



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MÁRCIA CRISTINA GRAÇA MARINHO

“Fiz para me sentir mulher outra vez”: corpo, construção de gênero e cirurgia plástica estética entre mulheres de Salvador- Bahia.

Salvador

2017

MÁRCIA CRISTINA GRAÇA MARINHO

“Fiz para me sentir mulher outra vez”: corpo, construção de gênero e cirurgia plástica estética entre mulheres de Salvador- Bahia.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de “Doutora em Saúde Pública”.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Jorge Alberto Bernstein Iriart

Salvador

2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M337f Marinho, Márcia Cristina Graça.

“Fiz para me sentir mulher outra vez”: corpo, construção de gênero e cirurgia plástica estética entre mulheres de Salvador- Bahia / Márcia Cristina Graça Marinho – Salvador: M.C.G.Marinho, 2017.

236 f.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Cirurgia Plástica Estética. 2. Corpo. 3. Gênero. 4. Beleza. I. Título.

CDU 616-089.844



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MÁRCIA CRISTINA GRAÇA MARINHO

Fiz para me sentir mulher outra vez”: corpo, construção de gênero e cirurgia plástica estética entre mulheres de Salvador – Bahia

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 17 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Jorge Alberto Bernestein Irart – Orientador
Instituto de Saúde Coletiva ISC – UFBA

Prof. Mirian Golbenberg
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Mirella Berger
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UNICAMP

Prof. Leny Alves Bomfim Trad
Instituto de Saúde Coletiva ISC - UFBA

Prof. Mônica de Oliveira Nunes Torrenté
Instituto de Saúde Coletiva ISC - UFBA

Salvador
2017

Agradecer e abraçar

Abraçei o mar na lua cheia

Abraçei o mar

Abraçei o mar na lua cheia

Abraçei o mar

Escolhi melhor os pensamentos, pensei

Abraçei o mar

É festa no céu é lua cheia, sonhei

Abraçei o mar

E na hora marcada

Dona alvorada chegou para se banhar

E nada pediu, cantou pra o mar (e nada pediu)

Conversou com mar (e nada pediu)

E o dia sorriu...

Uma dúzia de rosas, cheiro de alfazema

Presente eu fui levar

E nada pedi, entreguei ao mar (e nada pedi)

Me molhei no mar (e nada pedi) só agradecei

Composição: Gerônimo / Vevé Calasans

BAGRADECIMENTOS

Finalizar um Doutorado é chegar ao limite de uma jornada que começou faz muitos anos, algumas vezes décadas, num caminho que se antes foi escolhido e direcionado por outros, agora é impresso por nossas marcas, escolhas e desejos frente aos temas que nos instiga, frente às perguntas que nos provoca e frente aos novos olhares que passamos a ter. Um ponto de chegada que também é o começo de novas jornadas.

E para chegar aqui, como toda boa história, esta foi uma história de sonhos, expectativas, interrupções, sobressaltos, aprendizados e muito afeto. O afeto de tantas pessoas que por pequenos e grandes gestos me fizeram chegar a este lugar e colocar um ponto final neste capítulo de vida. E sei que, de muitos modos, estarão comigo para me fazer colocar outro ponto de partida.

Aos meus amores Carolina Marinho Cedraz e Haroldo Pereira de Almeida, minha filha e meu marido, com os quais viver faz todo o sentido, um muito obrigado especial pelo tanto que tiveram de ouvir, de renunciar de minha presença, de assumir responsabilidades e de me manterem nutrida de afeto. Vocês me inspiram a seguir em frente a cada dia e tornar nossas vidas um espaço de sonhos e busca de novos horizontes. Meus amores sempre.

Qualquer palavra que se diga de agradecimento ao Orientador sempre expressará um reconhecimento a uma pessoa especial nesta jornada. Para meu orientador, Jorge Bernstein Iriart, qualquer palavra será pouca para expressar meu imenso agradecimento por todos os aprendizados, pela relação de confiança, empatia e parceria. Este Doutorado foi uma história de muitos percalços e em todos eles Jorge Iriart não me deixou desistir. Todas as vezes que vacilei ele esteve lá para me sustentar. Para todo meu sofrimento, ele me inspirava com firmeza, afeto e calorosa acolhida. Uma lição de generosidade.

Aos meus pais, Beatriz Marinho e Manoel Marinho, pelo amor incondicional, pelos aprendizados da vida, pelo gosto do debate, por estarem sempre presentes em todas nossas escolhas.

A minha irmã Rosa Beatriz Marinho e sobrinhas Clara Marinho Nascimento, Jéssica Nogueira e Thais Marinho Nascimento que, além de serem meus amores eternos foram maravilhosas e parceiras incansáveis em suas leituras, transcrições e traduções de texto.

Aos meus amores, filhos de alma e de coração, Jucarlos Alves e Jenifer Souza todo agradecimento pela vida compartilhada, pelas horas incansáveis divididas no computador na leitura da Tese, na troca de ideias e opiniões, no debate sobre o tema que já descortina outros projetos. Vocês são meu norte e exemplos de vida. Amo vocês.

Á minha amiga irmã Monica Coutinho por ser simplesmente a amiga de todas as horas, na alegria e na tristeza. Foi incentivo, foi apoio emocional, foi compartilhar tarefas, foi escuta e presença na partida e na chegada desta jornada.

A amiga querida Paula Muniz, que entre sorrisos, incentivos, insistência e broncas nunca me deixou desistir de retomar o Doutorado. Paulinha, “olha aonde cheguei”! E você é totalmente responsável por isto. Muito obrigada minha fênix por não ter me deixado desistir.

Aos meus muitos queridos amigos, de muitos e intensos anos de amor e carinho, por toda preocupação, torcida, apoio e feitura e que compartilham comigo desta alegria da tarefa concluída e do tanto que aprendi: Adroaldo Cruz Silva (Dodô), Aline Pereira de Almeida, Magally Souza, Valéria Christiane, Lucidalva Oliveira, Nelma Cedraz, Eloísa Bahia, Gladys Almeida, Harley Henriques, Maria Nazareth Barbosa, Zilda Torres, Akemi Erdens, João Emanuel Araújo, Agnaldo Orrico, Marta Lima, Édson Ribeiro Jr., e Evandro.

Acredita em Anjo? Acredito e tive vários nesta caminhada, mas um foi o maior de todos e se chama Maria Anunciação, a Nuncy. Toda proteção, esclarecimentos, torcida, carinho e aquele sorriso lindo. Sem suas orientações e esclarecimentos não teria superado tantos obstáculos. Muito obrigada querida.

Aos professores do ISC por tantos anos de muito conhecimento e descortinamento do mundo, que foram fundamentais para consolidar a saúde pública como meu lugar de pertencimento no mundo.

À Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia (Divep)/SESAB pelo seu apoio inquestionável a esta etapa de meu conhecimento, na liberação para as aulas e para um tempo de estudo e escrita. Agradeço à Diretora Maria Aparecida Araújo Figueiredo e a minha Coordenadora, Ana de Fátima Cardoso Nunes pela compreensão e intenso apoio sem os quais não teria sido possível chegar até aqui. As minhas colegas Adriana Santos, Gildete Farias e Irani Dorzée um agradecimento pelo carinho, pela torcida e pela escuta de meus recuos e avanços.

E a vida que sempre nos surpreende. Um ciclo se fecha e já estamos a desejar outros. E assim seguimos. Sempre a caminhar.

RESUMO

A prática de cirurgias plásticas estéticas teve crescimento acentuado no Brasil colocando o país no segundo lugar no mundo na realização de cirurgias sendo que as mulheres respondem por mais de 70% destes procedimentos cirúrgicos. Este estudo buscou compreender, a partir de uma perspectiva de gênero, a experiência e os sentidos construídos por mulheres residentes em Salvador sobre corpo, cirurgias plásticas estéticas e os riscos que lhe são associados. Adotaram-se os referenciais teóricos de corpo como signo de distinção social em Bourdieu e de projeto reflexivo em Giddens, o conceito de cuidado de si em Foucault e o de performatividade de gênero em Butler. Foi realizado um estudo qualitativo que consistiu de entrevistas semiestruturadas junto a 15 mulheres de camadas médias e médias altas residentes na cidade do Salvador que tinham realizado cirurgias plásticas de cunho estético. As mulheres entrevistadas estão sistematicamente engajadas em diferentes projetos de gestão da aparência e assumem estes projetos como uma ação reflexivamente tomada como medida de sua disciplina e monitoramento corporal. Percebeu-se neste grupo de mulheres pesquisado uma intensa vinculação entre aparência e cuidados estéticos organizados em torno ao discurso da saúde, numa busca por legitimar a ênfase nos cuidados corporais e refutação a gordura. Quando os corpos eram percebidos como “imperfeitos” e fonte de “vergonha” e “constrangimento” a cirurgia estética se constituía numa estratégia de alavancar junto a terceiros um julgamento mais favorável e mais enquadrado numa perspectiva de corpo “normal”. Para a maioria das entrevistadas estar fora do padrão corporal socialmente esperado significa ser menos mulher, e a cirurgia plástica estética foi capaz de lhes ter devolvido algum nível de beleza que as permitiram se sentir mulher outra vez. Para outras das entrevistadas as cirurgias plásticas realizadas buscava a retomada de um corpo erótico para afirmar mais sensualidade e atratividade e apagar as marcas do corpo materno. A relação com o risco para este grupo de entrevistadas se deu numa relação ambígua, entre a minimização e o acionamento a um conjunto de elementos (qualificação dos cirurgiões, busca de informantes-chaves) que as permitiram assumirem alguma gestão destes riscos. Cirurgias plásticas estéticas colocam-se como recurso médico e tecnologia terapêutica com viés de gênero, que busca recuperar um tipo de feminilidade, restaurar atratividade e proporcionar um novo recomeço com uma identidade com mais possibilidades.

Palavras Chaves: Cirurgia plástica estética; corpo; gênero; beleza.

ABSTRACT

Aesthetic plastic surgery has increased sharply in Brazil to such an extent that the country is in second place worldwide in the performance of this type of surgery, with women accounting for more than 70% of these surgical procedures. This study sought to understand, from a gender perspective, the experiences and the feelings constructed by women living in Salvador about their bodies, aesthetic plastic surgery and the risks associated with it. The theoretical references used were those of the body as a sign of social distinction in Bourdieu and as a reflexive project in Giddens, the concept of care of the self in Foucault and that of gender performativity in Butler. A qualitative study was performed consisting of semi-structured interviews with 15 middle class and upper middle class women living in the city of Salvador who had undergone aesthetic plastic surgery. The women interviewed are systematically engaged in different appearance management projects and assume these projects as a reflexively taken action as a measure of their body discipline and monitoring. In the group of women studied an intense link was perceived between appearance and aesthetic care organized around a discourse on health, in the quest to legitimize their emphasis on body care and rebuttal of fat. When their bodies were seen as “imperfect” and a source of “shame” and “embarrassment” aesthetic surgery was a strategy for leveraging among other people a more favourable judgement more framed within a perspective of a “normal” body. For the majority of the women interviewed, being outside the socially expected body standard means being a lesser woman, and aesthetic plastic surgery was able to give back to them a certain level of beauty which enabled them to feel they were women again. For some of the women interviewed having plastic surgery was an attempt to regain an erotic body in order to affirm more sensuality and attractiveness and delete the marks of the maternal body. For this group of women the relationship with risk was ambiguous, between minimizing it and triggering a set of elements (qualification of the surgeons, seeking key informants) that allowed them to achieve some degree of management of these risks. Aesthetic plastic surgery appears as a medical resource and as therapeutic technology with a gender bias, which seeks to recover a type of femininity, restore attractiveness and provide a fresh start with an identity with more possibilities.

Key words: Aesthetic surgery; cosmetic surgery; body; gender; beauty.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Perfil das entrevistadas pelas variáveis de idade, escolaridade, ocupação, estado civil, tipo de cirurgia e presença de filhos.....	94
Tabela 02	Distribuição das entrevistadas segundo a renda informada e com base no valor do salário mínimo do Brasil em 2011.....	96
Tabela 03	Distribuição das entrevistadas segundo a escolaridade informada.....	97
Tabela 04	Distribuição das entrevistadas por Ocupação referida.....	97

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASPS	American Society of Plastic Surgeons
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
ISAPS	International Society of Aesthetic Plastic Surgery
RTBS	Técnicas Corporais Reflexivas
SBCD	Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1: O CORPO E AS RUPTURAS COM O BIOLÓGICO: INSCRIÇÃO SIMBÓLICA E PRODUÇÃO DISCURSIVA	31
Corpo como lugar da inscrição simbólica da cultura.....	31
Corpo: produção discursiva, práticas disciplinares e o biopoder.....	37
CAPÍTULO 2: A CONTEMPORANEIDADE E O CORPO: IDENTIDADE DE SI E REPRESENTAÇÃO PROVISÓRIA DA PESSOA	43
Corpo, Projeto Reflexivo do Eu e Subjetividade: um modo de ser na contemporaneidade....	47
Corpos Gendrados, estilos corporais e a construção de ser mulher.....	52
CAPÍTULO 3: CORTAR O CORPO: DIÁLOGOS E DEBATES SOBRE CIRURGIA PLÁSTICA E ESTÉTICA NA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA BRASILEIRA E INTERNACIONAL	59
Cirurgias Plásticas Estéticas e agenciamento.....	62
Medicina Estética e autoestima.....	72
Cirurgia plástica, corpo e consumo.....	79
Cirurgia plástica estética e envelhecimento.....	83
Considerações Finais.....	86
CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO	89
A Pesquisa.....	91
Instrumentos Metodológicos.....	91
Sujeitos da Pesquisa.....	92
Perfil Sócio Demográfico das Entrevistadas.....	93
Renda.....	95
Escolaridade e Ocupação.....	96
Idade.....	98
Estado Civil e Existência de Filhos (as).....	98
Mapeamento das Cirurgias Realizadas.....	99

Trabalho de campo.....	99
Análise dos Dados.....	102
Considerações Éticas.....	103

CAPÍTULO 5: CORPO E PROJETO REFLEXIVO: RESPONSABILIDADE, MONITORAMENTO E INVESTIMENTO..... 104

5.1 Corpo como Projeto Reflexivo.....	106
5.2 Corpo: aparência como valor, identidade de si e construção da subjetividade.....	109
5.3 Construindo e gerenciando seus corpos: saúde, alimentação e cuidados estéticos... 115	
5.3.1 Estetização da saúde.....	116
5.3.2 Práticas de construção do corpo: gestão do prestígio e capacidade de consumo	119

CAPÍTULO 6: CORPO COMO UM LUGAR DE “INSATISFAÇÃO”, “VERGONHA” E “CONSTRANGIMENTO”..... 126

6.1 “Defeitos estéticos”.....	130
6.1.1 O horror da gordura: “defeito estético” mais temido.....	134
6.2 Quando tamanho é documento: o dilema de viver com seios pequenos ou grandes demais.....	138

CAPÍTULO 7: GÊNERO, CORPO, FEMINILIDADE E CIRURGIA PLÁSTICA: “PRINCIPALMENTE PARA A MULHER O CORPO É TUDO”..... 144

7.1 Feminilidade: maternidade e cuidado com a aparência.....	147
7.2 Ser Mulher: direito ao cuidado de si x cobrança social.....	151
7.3 E quando o corpo falha? Repercussões na construção de ser mulher.....	156
7.4 Cirurgias plásticas estéticas, ciclos de vida feminina e ritos de passagem.....	162
7.4.1 Cirurgia plástica estética e os ritos de passagem.....	163
7.4.2 Ciclos de Vida e Cirurgia Plástica.....	168
7.4.2.1 Envelhecimento e cirurgia plástica.....	168
7.4.3 Cirurgia Plástica, corpo materno e corpo erótico: reconstrução da feminilidade ou afirmação de mais sensualidade?.....	170

CAPÍTULO 8: ENTRE CORTES E ESCOLHAS NEGOCIADAS: A CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA E UMA NOVA ESCRITURA SOBRE O CORPO FEMININO.....	179
8.1 Cirurgia Plástica Estética: arranjos negociados e compartilhados para um novo projeto de corpo.....	183
8.2 “Se eu morresse ia morrer feliz, ia saber que eu tô bonita”: percepção de riscos ou quando morte e beleza podem caminhar juntas	187
8.3 Quando a cicatriz é visível e a cor invisível.....	193
8.4 Cirurgia Plástica: um novo capítulo em uma narrativa de vida?.....	200
CONCLUSÃO.....	206
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	216
GLOSSÁRIO.....	230
APÊNDICES.....	232
Apêndice 1: Roteiro das entrevistas narrativas	232
Apêndice 2: Roteiro do questionário	233
Apêndice 3: Termo de consentimento livre e esclarecido	235

APRESENTAÇÃO

Este presente trabalho é fruto de uma história pessoal construída na articulação entre a subjetividade e a crença de que tudo que é pessoal é político e é público. Como psicóloga de formação fui ao longo de minha trajetória profissional caminhando num rol de experiências altamente atreladas as conjunções entre subjetividade, contextos sociais e culturais e políticas públicas.

Atuei por mais de vinte anos no campo temático do HIV/AIDS intrinsecamente transversalizado pelas construções sociais de gênero e sexualidade e pelas significações de uma doença que marcava no corpo, ou pela magreza da década de 80 ou pela lipodistrofia do começo do século XXI, a sua própria identidade a produzir estigmatizações.

O direito ao exercício da sexualidade, o direito de portar um corpo com as escolhas de sua identidade sexual e de gênero, o direito a ter um corpo que não colocasse em esquecimento a atratividade e sexualidade foram temas que faziam parte de meu cotidiano profissional, desde a abordagem psicoterapêutica na arena das vicissitudes existenciais, até a proposição de programas, ações sociais e influenciamento de políticas públicas pautadas na discussão destas categorias como dimensões pessoais, sociais, culturais e de direitos humanos.

Das lições apreendidas desta vivência, além de toda a experiência e aportes conceituais acumulados, permanece a noção de que o corpo encerra nele mesmo as dimensões do pessoal, do político e do público enquanto elementos indissociáveis deste objeto. E é a partir desta crença e deste compromisso também político que tomo o corpo para estudo neste trabalho. Pensar, descortinar e desvelar outras formas de expressão do corpo que, se agora organizadas em torno da aparência, da beleza e da intervenção tecnológica da Medicina Estética, não nos deixam esquecer o quanto ele encarna do subjetivo, da construção do mundo e do exercício de direitos.

A cirurgia plástica estética como uma medida tecnológica de intervenção sobre os corpos e sobre corpos femininos, como os tomados de recorte neste estudo, pode ser apreensível desde muitos modos. A literatura científica é farta. Ela apresenta visões as mais dicotômicas, desde aquelas que assinalam cirurgias plásticas como efeito da submissão das mulheres as regras

sexistas e do patriarcado, quanto ao do seu extremo inverso que é a da ação de livre escolha, uma afirmação inquestionável do empoderamento feminino.

O corpo e as cirurgias plásticas são modos que denunciam as opressões, os códigos culturais e sociais que aprisionam as liberdades do corpo e das mulheres em constituírem-se quem são sem o atrelamento a beleza e aparência. O objeto cirurgia plástica desnuda o sofrimento das mulheres com seus corpos, que nunca é um drama somente pessoal.

Fazer as leituras das diferentes vertentes, tomar o corpo e as cirurgias estéticas a partir das experiências e significados das mulheres que a experienciam e construir novas indagações se consolidou como a proposta deste estudo. Uma proposta que busca dialogar sobre o direito ao corpo, o direito de cada um sobre seu corpo, de intervir nele e com ele no mundo, no propósito de menos coerções, mais empoderamento e mais afirmação.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo compreender, a partir de uma perspectiva de gênero, a experiência e os sentidos construídos por mulheres residentes em Salvador sobre corpo, cirurgias plásticas estéticas e os riscos que lhe são associados. Em especial, buscaremos compreender como as cirurgias plásticas se relacionam com a construção de gênero e com uma noção de corpo que expressa os investimentos corporais como um projeto reflexivo do Eu.

O século XX presenciou um contínuo desenvolvimento das tecnologias da beleza, incluindo as tecnologias biomédicas, que possibilitaram a emergência do fenômeno do culto ao corpo e seus distintos modos de expressão – cirurgias plásticas, *bodybuilding*, tatuagens, fitness, musculação, cosméticos, dietas, dentre outros - que recriam a ideia de corpo na contemporaneidade: um construto social capaz de se transformar para fazer revelar uma imagem de si, um estilo de vida, a peça principal do projeto de individualização e de afirmação pessoal.

As novas tecnologias sociais da era da industrialização, as quais englobam às relacionadas ao campo da beleza e da estética, têm reorganizado de modo profundo as relações dos indivíduos com eles mesmos e com o mundo, transformando a compreensão de corporeidade nas sociedades contemporâneas.

O corpo como um símbolo de existência de cada sociedade, e em específico as sociedades contemporâneas, adquire um status de representação provisória e continuamente maleável, sujeito a modificações que exibam o estado do sujeito, e assumam seu lugar de objeto de consumo e matéria prima de produção de si.

Nas sociedades contemporâneas o culto ao corpo entra na era das massas, na lógica da sociedade de consumo que imputa a ideia de um corpo que tem valor a partir do investimento realizado sobre ele, quase sempre pessoal, feito para adequá-lo a um dado padrão estético socialmente esperado e com capacidade de produzir algum tipo de valor e distinção social.

Goldemberg (2002) argumenta que o corpo nas sociedades modernas se aproxima daquilo a que Bourdieu (2007) denomina de corpo distintivo, caracterizado por signos identitários, e por

regras sociais subjetivamente interiorizadas, que identificam seu pertencimento, e na outra vertente, sua distinção, de determinado grupo social.

Constantemente modificando o corpo, os seres humanos agem muitas vezes sem se dar conta de que qualquer decisão sobre seus corpos é atravessada por valores e concepções sociais vigentes. A realização de melhorias neste corpo sempre inacabado passa a ser um atributo dos indivíduos, como projeto de individuação e distinção de sua identidade no mundo, porém inserido numa rede de incorporações de valores sociais da aparência física presentes na coletividade.

Para Malysse (2002), este duplo movimento de individuação e regras coletivas na relação com o corpo caracteriza a corpolatria, termo este definido pelo autor como “... incorporações individuais de diversos valores modais da aparência física, que são os fundamentos das novas coletividades (pg 93)”.

No bojo de conciliar cada qual com seu corpo, de tornar possível um projeto de indivíduo compatível ao projeto de eu e de sociabilidade contemporânea, distintas tecnologias de modificações corporais foram erigidas, movidas pelo ideal de beleza, tornando o corpo, segundo Sant’Anna (2005) a principal finalidade do processo embelezador.

A busca da forma ideal joga um papel fundante na orientação dos significados a ela implicados e na produção de tecnologias distintas para a sua consecução. Implícita a noção de busca da forma ideal encontra-se subjacente duas perspectivas, a do autocuidado e a do culto ao corpo, os quais exigem aspectos cognitivos conscientes e um reforço à disciplina, empregada do sujeito a ele próprio.

Boa forma estaria assim incorporando significados tanto relacionados a modelos corporais, quanto a novas formas de subjetividade, cujos efeitos vão ter ressonância nos conceitos de autoestima, saúde, feminilidade e nas relações no mercado afetivo conjugal.

Segundo Kemp (2005) na atualidade dois fenômenos importantes tem se destacado no cenário das técnicas de modificações corporais. Um relaciona-se ao mercado da beleza, correlacionado à ideia da busca da beleza e da saúde, no qual se assentam todas as técnicas e procedimentos

encontrados em clínicas estéticas e cirurgias plásticas, orientados por processos de biotecnologia. O outro fenômeno relaciona-se ao Movimento de Modificação Corporal, que busca reatualizar rituais tribais corporais que se aproxima de experiências espirituais mais autênticas. Para efeito desta pesquisa, concentrarei no primeiro fenômeno.

Cirurgias plásticas constituem-se, na Medicina, em um termo que designa uma das especialidades da cirurgia geral. De acordo com o Dicionário Virtual da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a cirurgia plástica é:

“Uma especialidade cirúrgica encarregada de reconstruir tecido corporal e facial que, devido a doenças, defeitos ou transtornos requeiram remodelação ou remodelado, seja proporcionando ao paciente uma aparência o mais aproximado possível do normal, seja reparando sua capacidade de funcionamento”.(SBCP)

Ainda pela definição da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), cirurgia plástica estética é um tipo de cirurgia utilizada para remodelar as estruturas normais do corpo, principalmente para melhorar a aparência e autoestima do paciente.

Cirurgias plásticas estéticas colocam um novo paradigma na relação da Medicina com o binômio da saúde e doença, ao tornar o corpo normal o objeto de intervenções médicas que se realizam prescindindo da vertente patológica e reparadora com fins de cura. A lógica orientadora parece assentar-se num deslocamento de discursos, segundo o qual, a vertente da subjetividade e restauração psicológica fundamenta as bases filosóficas para a justificação deste procedimento médico, assim como a assunção de outro modo de interpretar e dar significados a saúde, “... um guarda chuva simbólico no qual tudo cabe...” (FERREIRA, 2010, pg. 5).

A Medicina, através desta especialidade médica, parece conformar uma nova linha de intervenção na qual não é mais suficiente evitar doenças e exercitar a prevenção, mas, sobretudo cuidar da forma, alimentação e da aparência, num crescente processo de estetização da saúde (FERREIRA, 2010; RIBEIRO, 2011).

As cirurgias plásticas estéticas evidenciam e talvez seja o produto mais bem acabado das novas possibilidades de transformações corporais que detém a capacidade de criar outros significados ao dualismo natureza/cultura por possibilitar que os corpos modificados se tornem mais

perfeitos e mais bem acabados do que o “natural”. (GOLBEMBERG, 2002; FERREIRA, 2010; LEAL, V., 2010).

As crescentes demandas pelo uso de distintas tecnologias de transformação do corpo criam diferentes modalidades de investimento sobre o mesmo criando um mercado de inúmeras atividades comerciais e de números com bastante magnitude em termos de clientela, serviços e fornecedores.

No mais recente Relatório da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), divulgado no ano de 2016, acerca dos dados mundiais sobre cirurgias plásticas efetuadas no ano de 2015, o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cirurgias plásticas realizadas contabilizando 1,22 milhão de procedimentos. Estados Unidos ocupa o primeiro lugar com um total de 1,41 milhão de cirurgias. México se coloca no terceiro lugar, com registro de 461.544 mil cirurgias.

Ainda de acordo com este Relatório, as principais cirurgias plásticas realizadas no Brasil no ano de 2015 foram à lipoaspiração, colocação de próteses mamárias, cirurgia de pálpebra e abdominoplastia. Naquele ano, no país, as lipoaspirações totalizaram 182.765 mil procedimentos, o implante de silicone nos seios com 158.950 mil cirurgias, a cirurgia de pálpebra contabilizou 143.165 mil e abdominoplastia registrou 131.120 procedimentos. Segundo o relatório da ISAPS, o Brasil é líder no mundo em cirurgias de pálpebra, redução de mamas, aumento do bumbum por implante ou transferência de gordura e cirurgia íntima feminina.

As últimas duas décadas no Brasil presenciaram um crescimento importante do segmento de cirurgias plásticas, especialmente até o ano de 2013, cenário este que passou a sofrer algumas alterações em termos do volume de procedimentos realizados a partir do ano de 2014. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) em parceria com a ISAPS realizou no ano de 2012 uma pesquisa sobre cirurgias plásticas no Brasil no período entre 2008 a 2011, a qual revelou que no período estudado o aumento da procura por tais procedimentos alcançou o patamar de 43,9%, aumento este atribuído pelo Coordenador da pesquisa ao perfil do brasileiro como “culturalmente mais aberto às cirurgias plásticas, sobretudo as corpóreas” (ISHIDA, 2013).

Ainda de acordo com Ishida, o aumento das cirurgias plásticas no país esteve relacionado com as mudanças econômicas implantadas no Brasil que fizeram a inserção de 90 milhões de pessoas na classe C, segundo ele potenciais consumidores das cirurgias plásticas.

Em artigo publicado na Revista Eletrônica Tendências e Mercados – Panorama Econômico do Nordeste, o mercado de cirurgias plásticas estéticas no Brasil movimentou no ano de 2008, segundo números da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), mais de R\$ 2 bilhões correspondendo a 700 mil intervenções realizadas por cirurgiões afiliados da SBCP naquele ano.

Ainda relacionado aos dados aferidos por esta Revista existia uma variabilidade regional em termos de valores praticados. Hoje se verifica, contudo, uma diminuição do preço médio por cirurgia o que pode se constituir em um dos fatores a explicar o aumento do número de cirurgias estéticas no país. Há 15 anos, uma cirurgia de mama e abdômen poderia custar mais de R\$ 25 mil. Nos dias atuais estes procedimentos custam em média R\$ 12 mil.

A variabilidade regional também se apresentava no modo de pagamento das cirurgias, número de procedimentos e na presença de especialistas. Segundo dados da pesquisa Datafolha, realizada por encomenda da Sociedade Brasileira de Cirurgias Plásticas, entre setembro de 2007 a agosto de 2008, das 700 mil cirurgias plásticas realizadas no país no ano de 2008 por membros filiados a SBCP, 25% das cirurgias plásticas no Nordeste eram pagas por convênio médico, num índice acima da média nacional, que respondia por 17% por esta via de pagamento.

Também na região Nordeste aparecia os maiores índices de cirurgias realizadas em hospitais públicos. Na média nacional, 82% dos procedimentos cirúrgicos eram realizados com recursos pagos pelos próprios pacientes.

No aspecto relativo a número de procedimentos, a mesma pesquisa apontava que a região Sudeste liderava o número de procedimentos (64%), seguida da região Sul (16%). A região Nordeste e a Norte dividiam o terceiro lugar com 10%, e a região Centro-Oeste detinha (8%) dos procedimentos.

Este cenário de crescimento das cirurgias plásticas no país se alterou nos últimos dois anos, apontando uma tendência de queda, embora com números ainda bastante expressivos em magnitude mundial. O resultado levantado do ano de 2015 difere dos resultados aferidos em 2013

pelo ISAPS, no qual o Brasil ocupava o primeiro lugar no mundo em número de cirurgias plásticas realizadas superando os Estados Unidos. A diminuição de procedimentos de cirurgia plástica no Brasil entre 2013 para 2015 foi da ordem de 210 mil procedimentos. A diminuição já se percebia a partir dos dados de 2014 que registrou 1,3 milhões de procedimentos realizados no Brasil. As lipoaspirações somaram naquele ano 217 mil cirurgias e o implante de silicone nos seios contabilizou 185 mil cirurgias, fazendo o Brasil já retornar para o segundo lugar no mundo em cirurgias plásticas.

De acordo com a SBCP esta queda pode ser explicada por alguns fatores, especialmente a crise econômica do país que diminuiu a demanda por este tipo de cirurgia. Outro dos fatores apontados pela entidade é o seu próprio esforço em orientar a não realização de procedimentos desnecessários e a importância de consultar profissionais qualificados. A SBCP procurou estabelecer estratégias de qualificação de seus quadros, as quais envolvem processos como a obrigatoriedade da graduação em Medicina, formação de dois anos em cirurgia geral, três anos em cirurgia plástica e submissão a provas escritas e orais aplicadas pela SBCP. Atualmente, a entidade se constitui na segunda maior do gênero no mundo, estando atrás somente da American Society of Plastic Surgeons (ASPS) (BAIMA, 2007)

No ano de 2015 a SBCP realizou uma pesquisa junto aos seus associados denominada “Análise Comparativa das Pesquisas 2009 e 2015 – Situação da Cirurgia Plástica no Brasil”. Entre os principais resultados desta pesquisa está a diminuição crescente da idade de realização de cirurgias plásticas, em que 37,6% dos procedimentos cirúrgicos estéticos são realizados por pessoas na faixa etária de 19 a 35 anos. A faixa etária de 36 a 50 anos responde por 33,2% das cirurgias plásticas efetuadas.

Ainda nesta pesquisa, numa perspectiva de recorte de gênero aferiu-se que a maioria significativa da clientela das cirurgias plásticas no Brasil permanece sendo a de mulheres, com 77,5% dos registros para as cirurgias realizadas em 2014. Em comparação com os dados de 2009 houve uma redução da participação do gênero feminino, onde havia o registro de 88% das cirurgias feitas em mulheres. Cirurgias plásticas no gênero masculino vêm crescendo passando de 12% em 2009 para 22,5% em 2014.

A persistência das mulheres como maioria significativa da clientela das cirurgias plásticas estéticas pode estar concorrendo para demarcar as cirurgias estéticas como uma prática

feminilizante, reveladora de significados importantes sobre o modo como os corpos femininos passam a se conformar na atualidade, e que novas tendências estão em construção na dimensão entre o individual e coletivo no que tange aos corpos na contemporaneidade.

O padrão de cirurgias estéticas no Brasil realizado por mulheres dirige-se maciçamente para intervenções, em busca de corpos curvilíneos. As intervenções cirúrgicas mais realizadas atestam esta afirmativa: lipoaspirar, retirar excesso na barriga, destacar seios e ressaltar o bumbum são técnicas que reafirmam um modelo de corpo atrativo, que conclama a sensualidade, atributo culturalmente valorizado no país e, que de algum modo exprimem as controversas relações no Brasil entre corporeidade, miscigenação racial e pertencimentos de classe.

Os corpos curvilíneos adquiridos através da cirurgia estética não refletem necessariamente uma reafirmação de pertencimento étnico, mas sim pode estar a traduzir a construção de novos significados sobre redesenhos corporais que envolvam a composição de fatores complexos, como a adoção de padrões estéticos mais globalizados alinhados com elementos culturais valorados na sociedade brasileira, a exemplo da aludida sensualidade da mulher brasileira (BAIMA, 2007; EDMONDS, 2002).

Para as mulheres na atualidade, a beleza tornou-se um imperativo, em que são constantemente solicitadas a buscar a beleza autêntica, hoje expressa pela alteração física de seus corpos. Beleza e feminilidade, contudo, são esferas da vida humana, especialmente das mulheres, que historicamente estiveram entrelaçadas e que ganham significados distintos em cada momento histórico. Segundo Sant'Anna (1995) as mudanças de significado na diáde beleza e feminilidade se relacionam a como cada contexto social e tempo histórico vem problematizando esta relação, e a própria construção e produção do embelezamento.

Embelezamento como construção discursiva e prática social se estabelece com marcas próprias de seu tempo histórico e se materializa nos corpos humanos, especialmente o corpo feminino, como mais uma relação de poder, e em alguns momentos até de dominação de gênero.

Cuidar do corpo, manter este em forma e render-se a um incessante arsenal de opções estéticas, em maior ou menor grau, se coloca como uma tarefa cotidiana para a maioria das mulheres hoje

no mundo, práticas estas exercidas sob o compromisso pessoal de autodisciplina e responsabilidade consigo mesma. Aqui os corpos dóceis de Foucault (1988), antes constituídos assim por inúmeros mecanismos de controle externo, se reatualizam em novas práticas de controle, agora amparados por toda uma gama de discursos e práticas que estão centradas no autocontrole e vigilância de si mesmos.

Lipovetsky (2004) e Baudrillard (2007) argumentam que são inegáveis as conquistas que a emancipação da mulher ocorrida especialmente a partir da década de 60 do século XX produziu em termos da libertação do corpo feminino de parte de suas coerções e regulações sexuais e reprodutivas, mas ao mesmo tempo tem imposto, de forma paradoxal, através das coerções estéticas, o aumento de exigências de conformidade aos modelos sociais de corpo na contemporaneidade.

Atualizam-se as estratégias nas relações de poder entre os gêneros e o corpo feminino, porém há uma persistente manutenção de certo tipo de dominação masculina que ainda circunscreve as mulheres, enquanto objetos simbólicos, a reatualizar novos modos de insegurança corporal que as fazem experimentar repetidamente um modelo de feminilidade atrativa e dócil, no qual uma modelagem corporal magra e jovem está mais próxima desta representação social de um corpo idealizado e de uma determinada concepção de gênero. Estar fora deste padrão é estar fora do padrão de feminilidade esperado e, portanto de reconhecimento e inserção social (BOURDIEU, 1999; GOLDENBERG, 2005).

Na atualidade, estas novas atualizações nas relações entre corpo, feminilidade e práticas de beleza guardam vínculos de interdependência com o desenvolvimento tecnológico gerado no campo da Medicina e da indústria da beleza. Segundo Haraway (2009) vivemos hoje, pós-final do século XX, num mundo reestruturado em seus significados pela predominância da ciência e da tecnologia, que produzem novas formas de relações sociais, as quais se incluem às vinculadas aos processos de remodelação dos corpos, produto da ação das tecnologias de comunicação e das biotecnologias.

O prestígio do discurso científico e sua confiabilidade se organizam em premissas de melhorias da condição e satisfação humanas (HARAWAY, 2009), o que possivelmente nos ajuda a compreender o fascínio dos indivíduos pelos recursos tecnológicos, incluindo os relacionados

aos processos médicos cirúrgicos para remodelação dos corpos, os quais, em geral são concomitantemente acompanhados de uma relativa banalização dos riscos e impactos na saúde.

No Brasil, o desenvolvimento tecnológico da ciência médica voltada à estética é um exemplo bem acabado deste processo. O reconhecido e publicizado desenvolvimento e qualidade tecnológica do procedimento cirúrgico estético no Brasil se articula aos determinantes sociais e culturais presentes na sociedade brasileira contemporânea se constituindo em elementos cruciais para fundamentar os padrões de beleza e do culto ao corpo como obrigatórios para a definição de identidade, sucesso e bem estar de homens e mulheres e, sobretudo estas, no atual cenário brasileiro (LEAL, V *et al.*, 2010).

As cirurgias plásticas estéticas no Brasil caracterizam-se por um duplo processo: legitimidade e prestígio, inclusive internacional de seus cirurgiões; e popularização desta prática da medicina, através de ampla divulgação na mídia, incluindo estratégias de acessibilidade às cirurgias. A mídia, através de seus diferentes meios de comunicação, operam para propagar e legitimar processos de sociabilidades emergentes como aqueles relacionados ao privilégio da dimensão audiovisual, da estética dos corpos e da medicalização da beleza (RIBEIRO, 2011, BERGER, 2006 e LEAL, 2010).

Com um campo de atuação dirigido a garantir às condições tecnológicas adequadas a obtenção do corpo perfeito ou do corpo idealizado, as cirurgias plásticas estéticas necessitam permanentemente para a manutenção de sua demanda do produto mais bem acabado dos meios de comunicação, a produção de imagens.

Imagens criadas e constantemente reafirmadas pela repetição e proliferação de distintos veículos da mídia colaboram a criação de modelos corporais mais legitimados socialmente, a construção de significados subjetivos relacionados a possuir e não possuir estes corpos, assim como a formulação de estratégias e recursos para obtê-los.

As afirmações de Berger, M. (2006; 185) reafirmam esta perspectiva:

“... à cultura do corpo na contemporaneidade, a imagem é central, primeiro porque toda cultura do corpo passa por imagens reais do corpo, projetadas como espetáculos e, segundo, porque as imagens veiculadas pelos meios de comunicação são indissociáveis deste processo de desejar e construir um corpo ideal” (BERGER, 2006).

Embora veiculadores e produtores desta ideologia do corpo perfeito e do lugar privilegiado das cirurgias plásticas estéticas em sua obtenção, os meios de comunicação deixam lacunas no que se refere às informações sobre os efeitos e riscos à saúde provocados por estes processos cirúrgicos, o mesmo ocorrendo com os próprios cirurgiões plásticos.

O aspecto de banalização dos riscos implicados numa cirurgia plástica estética não aparece na mídia e são inclusive minimizados ou até escamoteados pelos profissionais cirurgiões, alguns destes sem a devida formação técnica específica no campo de cirurgia plástica, fato gerador de procedimentos mal realizados, erros médicos, e até óbitos.

Autores como Ferreira (2010) e Leal *et al.* (2010) discutem o aspecto dos riscos nas cirurgias plásticas, incluindo as dimensões dos efeitos e consequências psicológicas das cirurgias, com possibilidades de transtornos na imagem corporal resultante das modificações corporais efetuadas e não satisfatoriamente atendidas.

Para Leal, V. *et al* (2010), a dor implícita ao processo cirúrgico e pós-cirúrgico se constitui ainda numa das outras dimensões também minimizadas pelas mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas, que assumem o sofrimento como parte do processo de tornar-se bela.

Ao tomar a cirurgia plástica estética como tema de estudo vimos descortinar um objeto que nos oferece em suas múltiplas dimensões um retrato multifacetado da dinâmica das relações sociais que estão em jogo nas sociedades contemporâneas atuais: beleza e estética como indústria de grande mobilização financeira e fomentadora da criação de novos esquemas de pertencimento e distinção social, os quais ganham sinergia com as relações de gênero, classe e raça.

Cirurgias plásticas estéticas com seu amplo crescimento no Brasil, assentadas nos pilares da aparência, embelezamento e bem estar pessoal desestabilizam diferenças sociais, a exemplo da assunção de públicos de menor renda como clientela demandante das cirurgias e a própria ampliação da parcela do público masculino como clientes. Por outro lado, cria outras diferenças, especialmente aquelas entre o “corpo natural” e o “corpo remodelado”, que corporifica e distinguem aqueles que podem (ou não podem) consumir as técnicas de modelagem corporal, reatualizando as diferenças de classe nas quais o corpo “natural” é cada vez mais associado a

quem não tem recursos financeiros para sua transformação (EDMONDS, 2010; MALYSSE, 2002; BOURDIEU, 2007).

Tomar a cirurgia plástica estética como um tema de estudo no campo da antropologia do corpo e da saúde é também um modo de considerar que os objetos de estudo, reflexão e posicionamento da saúde coletiva se tornaram mais complexos no bojo das transformações operadas nas sociedades ocidentais nos últimos quarenta anos, com a ruptura de tradições e a crescente emergência de um sujeito produzido e produtor de um ethos individualista e fundamentado na lógica do consumo de bens e consumo de si.

Cirurgia plástica estética, inicialmente oriunda do campo de especialidade da cirurgia geral emerge como um daqueles fenômenos sociais a reivindicar ao campo da saúde coletiva um espaço de tematização, problematização e compreensão de sua rede de significados como um fenômeno que extrapolou as fronteiras da Medicina, ou do campo da vaidade ou bem estar psicológico que nos permita descortinar as relações entre corpos, risco à saúde, corporificação de novos modos de pertencimento social e o papel renovado da Medicina em construir e ofertar uma ferramenta que confere empoderamento à sua clientela, mas também cria novos paradigmas de dominação.

Identificamos que no estado da Bahia não temos pesquisas sobre o objeto cirurgias plásticas estéticas que se intercuze com as dimensões de uma abordagem teórica sócio antropológica bem como junto a sujeitos de pesquisa com um determinado recorte de classe (pertencentes a camadas de mais alta renda), desde um olhar da saúde coletiva. Este caráter inédito da pesquisa é mais uma contribuição da produção científica em aportar algum nível de compreensão aos processos e características do movimento de culto ao corpo e estetização da vida, no qual se situa a cirurgia plástica, a partir das características do contexto atual da Bahia.

Este estudo busca também romper com um viés de olhar sobre o tema das cirurgias plásticas estéticas que insiste em coloca-lo num lugar banalizado da dimensão da vida privada, como escolhas individuais de mulheres “vaidosas e frívolas que só se interessam pela aparência”. Escolhas de mulheres por cirurgias plásticas estéticas muito nos falam sobre expectativas e normas de gênero que de muitos modos a todos nos conclama: para as mulheres, ser belas e continuamente atraentes, e para os homens, desejar e se sentir atraídos por mulheres belas e

jovens. Modos de estabelecer desejos que, menos que disposições psicológicas individuais que parecem naturais e, portanto inquestionáveis, traduzem toda uma rede de significados, discursos, intencionalidades que vão performando a arquitetura de nossas subjetividades.

Estas disposições parecem de caráter global nas sociedades ocidentais atuais e, Salvador como a terceira cidade em termos de número de habitantes no Brasil, com mais de dois milhões de habitantes está inserida neste contexto de demandas e padrões culturais da contemporaneidade. Entretanto, Salvador é uma cidade peculiar e possivelmente pode informar características e nuances específicas aos modelos de como pensamos e agimos com nossos corpos.

Salvador foi a primeira capital do Brasil e importante entreposto comercial durante o período da Colônia, e um dos principais locais de desembarque de negros escravizados no país. Isto caracteriza seu tipo de conformação étnico racial, de uma cidade que até os dias atuais é composta por uma população em mais de 70% de afrodescendentes. A mudança da capital do país para o Rio de Janeiro inaugura uma etapa de retrocesso e estagnação econômica que vai se estender até meados do século XX, com a implantação da Petrobrás, Centro Industrial de Aratu e o Polo Petroquímico de Camaçari (SANTOS, L. 2008).

Este passa a se constituir no momento de construção de outra face da cidade, agora impulsionada pela modernidade e advento de novas demandas nas relações de produção, alinhada com as fortes tradições culturais locais, expressa na sua intensa musicalidade, dança, hábitos alimentares e corporais, mas também numa acentuada desigualdade social. Estas articulações irão produzir um boom de novos mercados de trabalho, calcados na indústria de bens e serviços, demanda por um tipo de trabalhador mais qualificado e a transformação dos signos culturais em indústria (música e dança como base para a indústria do Carnaval; gastronomia, arquitetura e belezas naturais como a indústria do turismo).

Se pensarmos nos elos de articulação entre estes três setores produtivos (bens e serviços, indústria do carnaval e indústria do turismo) encontramos uma ênfase na “boa apresentação” e na “corporalidade” como dimensões comuns, e ao mesmo tempo estruturantes enquanto matriz ideológica desta cadeia de produção – consumo. Profissionais mais escolarizados, com exigências em sua apresentação corporal na perspectiva de um ideário mais homogêneo e baseado nos referentes brancos de aparência passam a ser valorizados, que em seu contrário é

uma forma de apagamento e desvalorização das mais diversas matizes de cor e apresentação corporal de uma população majoritariamente miscigenada.

Por outro lado, a indústria cultural/musical que se sustenta nas raízes da matriz africana da cidade vem alicerçando um modo de afirmação da estética negra que cada vez mais passa a capturar adesões, que se inscrevem nos corpos como afirmação desta identidade, em especial de uma parcela mais jovem da população. Vê-se também que este movimento também tem parcela de contribuição na repetição de uma imagem da “mulher baiana idealizada”, a mulher com características da mulata: livre, aberta, sensual, erótica (PINHO, 2004). Diria ainda a mulher idealizada local tem que ter “malemolência”, uma típica expressão regional que não é outra coisa que uma técnica corporal aprendida no bojo desta cultura que afirma e reafirma um lugar do erótico e do sensual para a mulher baiana, um jeito de ser expresso em gestos e falas que significa manha e malícia.

A construção de uma identidade de pessoa e de gênero na cidade de Salvador não passa imune por este hibridismo e por estes tensionamentos raciais “invisibilizados”, aos quais ainda se atravessa a origem de classe, numa cidade onde negros e afrodescendentes são majoritariamente pobres. Constituir-se mulher em Salvador é apreender as diferentes hierarquias sociais aqui construídas com base nestas complexas dicotomias. Há um constante chamado a exibir no corpo uma sexualidade erótica que ganha atualização nos apelos da música de axé e do pagode baiano (NASCIMENTO, 2009), o exibicionismo demandante de uma cidade vocacionada para a sociabilidade da praia, conjugado com a inserção da sociedade baiana na agenda dos códigos culturais da contemporaneidade.

As mulheres sujeitos deste estudo embora pertencente às camadas médias e médias altas e sendo em sua quase totalidade brancas estão inseridas neste complexo cultural, que em alguns momentos apela para a adesão aos sinais corporais da identidade local, ora são demandas mais globalizantes especialmente aquelas que demarcam diferenciações no campo profissional.

Tomando como base estas perspectivas, este estudo indaga se *Cirurgias plásticas estéticas realizadas por mulheres de camadas médias da cidade de Salvador-Bahia criam novas representações de corpo, saúde e construção de gênero?*

Os objetivos estabelecidos para responder a esta questão de investigação e que efetivamente encontraram ressonância com os achados de campo foram:

- Conhecer os significados atribuídos pelas mulheres ao corpo e às cirurgias plásticas estéticas.
- Compreender o processo de construção da decisão e da realização da cirurgia plástica estética na vida das mulheres e identificação de influências mais significativas.
- Compreender como os significados de gênero nas narrativas das mulheres informam elementos para a assunção da cirurgia, e como esta pode ou não (re) modelar concepções de gênero nas relações com seus corpos.
- Identificar as transformações ocorridas na vida das mulheres após a cirurgia plástica estética e as relações destas com novos sentidos sobre seus corpos e sobre si.

O presente trabalho de pesquisa está organizado em capítulos, apresentado a seguir:

No primeiro e no segundo capítulo abordo as principais ferramentas teóricas adotadas por este estudo, no qual o objeto corpo é apresentado e discutido com base nos referenciais teóricos da sócio antropologia, desde a perspectiva do corpo como inscrição simbólica até as concepções de corpo como projeto reflexivo do Eu, dentro das abordagens contemporâneas acerca deste construto. No segundo capítulo apresento ainda a discussão e os aportes teóricos sobre corpos gendrados, estilos corporais e a construção de ser mulher.

O terceiro capítulo, denominado **Cortar o corpo: diálogos e debates sobre cirurgia plástica e estética na produção bibliográfica brasileira e internacional** vêm a se constituir numa revisão da literatura acerca do objeto cirurgias plásticas estéticas, com levantamento da produção científica sobre o tema a partir do enfoque teórico e metodológico sócio antropológico apresentando as principais linhas de argumentação, pontos de convergência, lacunas e o lugar dos contextos sociais e culturais específicos na conformação sobre o objeto estudado.

No quarto capítulo trago o **percurso metodológico** adotado, a apresentação dos instrumentos de pesquisa, o perfil das mulheres entrevistadas, critérios adotados e as técnicas de produção e análise dos dados.

No quinto capítulo se inicia a análise dos dados produzidos pela pesquisa a partir do tema intitulado **Corpo e Projeto reflexivo: responsabilidade, monitoramento e investimento**, no qual discutimos como as concepções das mulheres sobre seus próprios corpos estão orientadas na perspectiva do corpo como um projeto reflexivo, numa atitude sustentada rotineiramente e expressa na adesão a diversificadas práticas de cuidados e melhoramento corporal. A responsabilidade e disciplina na gestão corporal e no cuidado com a aparência lhes possibilita a construção/reconstrução de suas identidades pessoais, do mesmo que reafirma prestígio e capacidade de consumo.

No sexto capítulo denominado **Corpo como um lugar de insatisfação, vergonha e constrangimento** buscamos compreender a rede de fatores que se inter-relacionam na construção das motivações para a cirurgia plástica, especialmente aqueles relacionados à nomeação dos corpos como produtores de insatisfações, vergonha e sofrimento. Cirurgias plásticas estéticas são apreendidas como recurso terapêutico para “normalizar” corpos “imperfeitos”, restaurar a autoestima e proporcionar novas possibilidades de conciliar corpo e identidade de si. Neste capítulo discutimos ainda o lugar da gordura como o “defeito estético” mais temido e como elemento de dessexualização da pessoa.

O sétimo capítulo, **Gênero, Corpo, Feminilidade e Cirurgia Plástica: “principalmente para a mulher o corpo é tudo”** aborda os significados relacionados à construção de gênero das entrevistadas, que posicionam beleza e aparência como eixos estruturantes da definição da identidade de gênero e feminilidade. Discutimos como “falhas” na beleza e aparência comprometem sua condição de mulher e colabora a percepção de que atributos estéticos são recursos diferenciais para exercerem ativamente sua atratividade e sexualidade. Cirurgia plástica estética passa a se constituir num meio para fortalecer/restabelecer certa performance de gênero. Neste capítulo discutimos ainda o papel da cirurgia plástica como rito de passagem que a vincula à períodos específicos de vida das mulheres, ora relacionados à vida reprodutiva e do ciclo geracional, ora vinculados a decisões das mulheres em torno à sua dimensão privada, afetiva e/ou matrimonial. Abordamos como a cirurgia estética estabelece um marcador diferencial entre o corpo materno e o corpo erótico possibilitando a expressão de sensualidade e atratividade como um direito reivindicado pelas mulheres.

O oitavo capítulo, intitulado **Entre cortes e escolhas negociadas: a cirurgia plástica estética e uma nova escritura sobre o corpo feminino**, passa a apresentar a trajetória percorrida pelas mulheres em todo o processo da cirurgia plástica - escolha dos cirurgiões, tipo de cirurgia, o processo cirúrgico, pós-operatório, dor e riscos. Discutimos como as escolhas das mulheres aparecem mediadas pela relação de confiança em torno à tecnologia médica moderna da cirurgia plástica estética e a relação ambígua estabelecida com os riscos, que transitam entre a minimização e a adoção de alguns critérios para sua gestão. Discutimos também neste capítulo as relações entre projetos corporais e questões raciais que se apresentam invisibilizadas para o conjunto das entrevistadas. Finalizamos este capítulo com a discussão sobre as transformações na vida das entrevistadas pós-cirurgias.

A última parte da Tese se refere à **Conclusão** que arremata os principais achados de campo, reflete sobre o papel que cumpre a cirurgia plástica estética em corporificar as contradições e ambiguidades vividas pelos sujeitos em nossos dias atuais, como este pode ser um objeto privilegiado para nos ajudar a refletir como se operam as atuais relações de gênero e como mulheres oferecem seus corpos e sua saúde para obter diferencial profissional e para seguir sendo mulheres.

Capítulo 1: O corpo e as rupturas com o biológico: inscrição simbólica e produção discursiva

Corpo como lugar da inscrição simbólica da cultura

A Antropologia ao longo do século XX contribuiu de forma decisiva para o mundo científico ao colocar em debate e problematizar o lugar do corpo em nossas sociedades. A Antropologia apresentou discussões e estudos que questionavam a valorização da dimensão biológica ou natural dos corpos na sociedade ocidental. A partir de seu interesse pelos estudos sobre os corpos esta disciplina postula que estes não se configuram apenas como entidades físicas que

os homens portam, mas sim como uma mediação da reflexão e ação sobre o mundo. O corpo passa a ser compreendido não meramente como um dado natural, nem como uma materialidade individualizada, mas como uma construção social.

O pioneiro e, um dos mais importantes estudiosos da Antropologia, a se dedicar aos estudos do corpo, o Sociólogo e Antropólogo francês Marcel Mauss no ano de 1934 lança a obra “As Técnicas Corporais” que discorre sobre como os homens, em diferentes tipos de sociedade e períodos históricos, estabelecem modos de agir dos corpos e, se utilizam destes como o seu primeiro instrumento e meio técnico.

Para Mauss (1974), este modo de objetificar o corpo tem por finalidade tornar este um suporte e veículo das relações culturais e sociais, que assim se torna pelo emprego de procedimentos e técnicas apreendidas através da educação, que seria o instrumental de apreensão e transmissão de como agir com os corpos.

As formulações de Mauss (1974), considerando a época de sua proposição, traziam em seu bojo uma proposta de ruptura com a perspectiva biológica do modo de agir do corpo unicamente orientado pelos mecanismos fisiológicos ou ainda com a concepção de uma ação corporal orientada pela finalidade de disposições individuais, de cunho psicológico.

O autor refuta a ideia de que as causas psicológicas sejam a raiz dos processos corporais, elas estariam mais para “engrenagens” e insiste naquilo a que ele chama de “causa sociológica” para reafirmar a noção de que todos os indivíduos, em todas as sociedades devem saber fazer (e aprender) o que lhes é esperado socialmente acerca de seus corpos.

O autor rechaça, portanto, a ideia de uma perspectiva individualizante para os movimentos corporais, enquanto escolhas meramente individuais de cada sujeito, e a consequente naturalização daquilo que é culturalmente construído e transmitido, através do que ele denomina como “habitus”, o qual conceitua como:

“(…) a palavra não se dirige aos hábitos metafísicos, essa misteriosa memória (...). Este habitus varia não somente com os indivíduos e suas limitações, senão também, sobretudo com as sociedades, a educação, as regras de urbanidade e a moda. Há que se falar de técnicas com o conseguinte trabalho da razão prática coletiva e individual, ali onde normalmente se fala de alma e suas faculdades de repetição” (MAUSS, 1974).

Na proposição de autor sobre o corpo é importante destacar que ele busca estabelecer limites ao lugar do indivíduo e suas disposições psicológicas como causa dos movimentos e técnicas corporais. As escolhas individuais, per si, pouco ajudam a compreender como nossos corpos agem em cada momento e de acordo com nossa idade e sexo. Entretanto, o sujeito individual não se encontra subsumido deste processo.

O trabalho corporal é fruto da “razão prática coletiva e individual”, o que nos ajudará nos dias atuais a compreender como os processos e técnicas corporais relacionados ao embelezamento e cirurgias plásticas estéticas, estão vinculados à dupla dimensão da natureza do habitus de seu contexto social e tempo histórico e como cada indivíduo aprendeu e incorporou as categorias classificatórias de cuidados corporais de embelezamento e cuidado de si.

Robert Hertz, assim como Mauss (1974) com estudos pioneiros acerca da Antropologia do Corpo, lançou duas perspectivas fundantes para a compreensão do corpo, desde um olhar social (RODRIGUES, 2006). A primeira delas argumentava que o corpo se caracteriza como expressão simbólica de cada sociedade e, a segunda perspectiva pleiteava que esta inscrição social é também um modo de constituição das sociedades que se fazem construindo os corpos de seus indivíduos. Rodrigues (2006), em sua apresentação acerca da construção antropológica sobre o tema do corpo, discute as contribuições da Escola Sociológica Francesa, que nos brindou com postulados fundamentais dos quais se destacam aqueles que refutam a primazia do biológico na concepção acerca do corpo, assim como formula a construção social do corpo, incorporando fenômenos culturais, variabilidades históricas, grupais, geracionais, e individuais.

Ao problematizar as concepções que naturalizavam os corpos como objetos fisiológicos, a Antropologia assenta na cultura a posição de elemento determinante para a construção simbólica do corpo em cada sociedade. O corpo é atravessado pela cultura, e evidencia nas suas manifestações as relações do indivíduo com seus grupos sociais de pertencimento, e seu tempo histórico.

Ao estabelecer o lugar da cultura como determinante dos corpos a Antropologia nos fala sobre as normas e regras que cada sociedade constrói para os corpos e os significados que são atribuídos às ações e manifestações corporais, mesmo aqueles que pareçam “puramente fisiológicos”, como por exemplo, a menstruação e o sêmen.

As concepções de Mauss (1974) estão na base do trabalho de Rodrigues (2006) ao analisar os corpos como um sistema simbólico da sociedade, o qual entende que o corpo se constitui no espaço de confluência entre dimensões aparentemente dicotômicas entre natureza e a cultura e entre o grupo e o individual. É sobre este corpo que a cultura inscreve padrões e modos de vida de cada sociedade, assim como todo um sistema de crenças e representações, que não dependem daquele e nem lhe são subordinadas, sendo variáveis de sociedade a sociedade.

“A experiência do corpo é sempre modificada pela experiência da cultura. O que chamamos de “necessidades naturais” só nos é acessível após ser traduzido e retraduzido por todo um conjunto de normas e valores que constituem a lente sem a qual somos todos cegos e insensíveis. Portanto, a percepção do corpo é função da organização da sociedade e do modo de relação do corpo com as coisas – e as práticas corporais são atualizações de representações mentais. Consciente ou inconscientemente, o corpo expressa essas práticas e essas representações...” (RODRIGUES, 2006:113).

Os autores acima citados, assim como Bourdieu (2007), se inscrevem na corrente de compreensão do corpo como objeto de inscrição simbólica da cultura, lugar em que os diferentes modos de vida social se materializam. Bourdieu (2007) apresenta o corpo como portador de sinais, oriundos de um processo basicamente cultural, porém percebido como uma manifestação mais expressiva da natureza, do mesmo modo que se configura como um produtor de signos também marcados corporificadamente, através de inúmeros modos corporais, expressões do habitus. Para Rodrigues (2006) e Bourdieu (2007), o corpo é afetado pelas posições sociais, ao mesmo tempo, que é produtor de distinções e sistemas classificatórios.

Para Bourdieu (1996:22), os habitus são princípios geradores de práticas distintas e distintivas (...), mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes. O conceito de habitus construído por Bourdieu possibilita compreender as marcas da cultura sobre os corpos dos indivíduos a partir da concepção implícita de processos contínuos de ação da estrutura social sobre os corpos para inscrições de modos de percepção e ação e construções identitárias sobre os indivíduos. Estes processos acionados pelo habitus, - as práticas e os esquemas classificatórios - são objetivados pelo corpo em suas diferentes formas de expressão: na sua aparência, no vestuário, nos hábitos alimentares, nos cuidados corporais, etc.

Como argumenta Miguel Vale de Almeida (2004; 12):

“Bourdieu vai mais longe do que a ideia do habitus como colecção de práticas, definindo-o como um sistema de disposições duradouras, princípio inconsciente e colectivamente inculcado para a geração e estruturação de práticas e representações. Este princípio não é mais do que o corpo socialmente informado.”

Segundo Setton (2002) o aporte conceitual do habitus colabora a compreensão da dinâmica das relações entre a estrutura social e os sujeitos, na perspectiva de explicar a correspondência ou os mecanismos de mediação entre os comportamentos dos indivíduos e os contextos sociais. Para esta autora, o construto teórico do habitus é ele próprio esta mediação, por se constituir numa matriz cultural, um princípio continuamente maleável e flexível em suas disposições que produz a constituição do pessoal e subjetivo. Dimensões do eu, como as construções identitárias e produção da subjetividade, dentro desta perspectiva teórica, são menos produções de alcance meramente psíquico e mais produções sociais conformadas pela ação da estrutura social corporificada em modos particulares de percepção e subjetivação.

A noção de habitus em Bourdieu contempla a possibilidade de descortinar como cada sujeito individual no conjunto de seus comportamentos e ações expressa a incorporação de configurações sociais de seus grupos de pertencimento (PERRUCHI, 2007) e este aporte conceitual nos será particularmente útil para a compreensão das condutas e estilo de vida das mulheres sujeito da pesquisa em torno de seus corpos e as suas práticas de estetização e remodelação corporal - mais que ações naturalizadas e por mera ação da vaidade pessoal - refletem princípios culturais mais amplos em voga sobre os corpos, que reatualizam novas práticas corporais, as quais, em particular para este público de alto poder aquisitivo, busca reafirmar mais prestígio e mais oportunidades de distinção e valor para si mesmas.

Novas matrizes culturais, como as produzidas atualmente pela cultura de massa e mídia, alavancam transformações no habitus que geram novas ou atualizadas relações dos indivíduos com a sociedade, e modos atuais de corporificação e subjetivação fundamentadas na relação de centralidade do corpo em torno às disposições práticas e esquemas de classificação dos indivíduos na sociedade, tendo-se a aparência dos corpos um valor preponderante para gerar estilo de vida individual e diferenciação entre sujeitos – os que portam ou não beleza, boa aparência e cuidado com o corpo (BOURDIEU, 2007; SETTON, 2002).

A preocupação com a aparência e o corpo, embora cada vez mais alcance os indivíduos de diferentes classes sociais e os coloque na arena de sujeitos demandantes e consumidores das

tecnologias, produtos e reconhecimento social oriundos da indústria da beleza, é ela também um modo de expressão de um grupo social no qual as necessidades econômicas não são centrais na relação dos indivíduos com o mundo e com os outros sujeitos, possibilitando a emergência daquilo a que Bourdieu irá denominar de “disposição estética” (pg 55, 2007), ou seja, uma experiência de estar no mundo, onde através do poder econômico é possível o distanciamento das necessidades econômicas.

Disposição estética é tanto maior quanto melhores forem as condições materiais de existência dos indivíduos, que lhes permitam exercer os sistemas de gostos e as escolhas de estilo de vida, dos quais se inclui também a relação com tudo aquilo que diga respeito aos seus corpos - vestuário, uso de cosméticos, práticas de embelezamento e modelagem corporal – que terminam por se constituir em sinais valorados e indicativos do lugar do sujeito no sistema social.

Bourdieu (2007) postula que as condições objetivas da relação de investimento para com o corpo e toda sorte de “disposições estéticas” podem diferenciar-se entre os sujeitos a depender de seu lugar de inserção no sistema de distinções, e concorre para revelar uma posição privilegiada ou não no espaço social. Os diferentes tipos de “correções corporais” (BOURDIEU, 2007), sejam as invasivas ou não, seriam, de acordo com o autor, outras tantas marcas sociais, cujos sentidos e valor estariam informados pelos sinais de distinção que os constituem.

Neste trabalho de pesquisa, as mulheres entrevistadas pertencentes às classes sociais médias e médias altas, com poder econômico suficiente para exercer de modo eficaz suas disposições estéticas, ao se submeterem a uma cirurgia plástica estética podem expressar, através deste alto investimento corporal, o que Bourdieu (2007) argumenta como a dupla crença no valor da beleza e do esforço. Esta noção converge para compatibilizar valor estético com valor moral, ou seja, tanto mais se reafirma um lugar social de distinção pelo exercício de ter beleza e de exercitar as técnicas do embelezamento.

No âmbito desta pesquisa, o aporte conceitual de Bourdieu sobre as marcas corporais como produtos e produtoras de distinção social nos parece particularmente útil como um dos pontos de referência teórica porque nos possibilita compreender como os processos implicados nas ações relacionadas às cirurgias plásticas estéticas são informados por escolhas que visam

compatibilizar ou melhorar a apresentação de si de modo a manter a posição privilegiada no espaço social que as mulheres ocupam.

Mulheres de camadas médias e médias altas detêm capital material e simbólico que lhes permitem ter acesso a um repertório amplo de oportunidades e recursos para cuidados do corpo, e suas marcas corporais potencialmente devem demonstrar seu pertencimento a determinado padrão social esperado e lhes facilitar muitas outras tantas oportunidades de resultados materiais e simbólicos.

O corpo distintivo obtido pela cirurgia plástica estética pode estar operando expectativas de manutenção da atratividade sexual das mulheres, distanciamento das marcas de envelhecimento e tantos outros sinais que demonstrem as marcas sociais de um grupo mais privilegiado cujo sucesso e poder econômico também precisam ser visível através de seu próprio corpo.

A perspectiva da distinção, tal como utilizada por Bourdieu, informa aportes importantes para compreender as escolhas e os resultados de uma cirurgia plástica estética em mulheres. Entretanto, nos parece que o objeto cirurgias plásticas estéticas requer outros olhares conceituais, especialmente os relacionados ao lugar do sujeito na contemporaneidade e a perspectiva de gênero. É certo que corpos expressam lugares sociais de pertencimento e que marcações corporais estéticas indicam investimentos e conferem valor social, porém, há na atualidade sobre os corpos uma multivocalidade à qual reivindica articular o mecanismo de controle social externo com aqueles gestados nos processos de monitoramento de si e reflexividade, que tomam os corpos como identidade de si, de um Eu cada vez mais compelido à corporificação: “sou aquilo que a modelagem de meu corpo é”.

Como mulheres que já detêm níveis e recursos importantes de capital distintivo em seu espaço social, este estudo também compreende como a dimensão de gênero opera na relação com este capital distintivo e, qual a perspectiva de mulher e de exercício de poder que estas mulheres estão a expressar (ou não) em sua relação com seus corpos que foram atravessados pela recorrência à tecnologia médica de transformação corporal.

Corpo: produção discursiva, práticas disciplinares e o biopoder

Uma das mais importantes abordagens teóricas relacionadas ao construto corpo se refere à perspectiva que conceitua o corpo como produto do poder produzido pelo discurso de saber e verdade sobre este, o qual foi assim descrito e desenvolvido na obra de Michel Foucault. A ênfase da perspectiva teórica foucaultiana sobre o corpo se fundamenta na definição de que o corpo em sua materialidade expressa ele próprio os discursos produzidos sobre ele, numa diferenciação da abordagem teórica da inscrição simbólica.

Discursos produzem corpos, que são a materialidade das relações entre saber e poder, que ganham configurações específicas a depender do tempo histórico em que estejam sendo gestados. Os discursos dominantes de poder produzidos por instituições, normas e valores de cada momento e contexto social ganham materialidade nos corpos, os quais através de distintas práticas sociais, incluindo técnicas corporais e tecnologias, vão se disciplinando na perspectiva de tornarem-se controlados em seus gestos e comportamentos, disciplinados para o cumprimento das exigências sociais, desde as laborativas, advindas com o sistema capitalista, até as mais contemporâneas do ideário de culto ao corpo (FOUCAULT, 1979; PERRUCHI, 2007; GUILLEN, 2004).

O exercício de controle dos corpos é uma prática social levada a cabo por inúmeras sociedades, onde em cada uma se foi construindo modos próprios de vigilância e de tecnologias de poder sobre os corpos. O florescimento do sistema de produção capitalista e o conseqüente advento da sociedade industrial, ademais do nascimento da Medicina Moderna demarcam, entretanto, a constituição de novos modos de exercício de poder, que se sustentam na base do poder disciplinar e no papel da Medicina enquanto instância de produção de saber e de práticas disciplinares sobre os corpos que produziram e produzem efeitos para além do campo das relações de trabalho e capital.

A combinação do sistema de produção capitalista e da Medicina calcada na compreensão anatômica e fisiológica do corpo fez emergir um modo de compreensão do corpo com enfoque em sua consciência mecânica. O corpo passa a ter uma função instrumental, subordinado à mente, reforçando as dicotomias corpo-mente.

A associação corpo mecânico e funcional se localiza num momento histórico de surgimento do modelo capitalista de produção para o qual importava o controle dos corpos, tanto para melhor funcionalidade deste frente à sua tarefa produtiva, para o controle de doenças e, para, através do saber médico, transformar o desvio das normas em enfermidades, que podiam ser inseridas num contexto de intervenção terapêutica, na lógica da medicalização do corpo. A Medicina passa a intervir nos corpos visando sua modificação, a partir de um posicionamento que os vê menos como uma entidade e mais como um processo (COURTINE, 2005).

Numa sociedade que precisava para a consolidação do sistema de produção dominante, ter o controle sobre os corpos e a reprodução, a Medicina apresentava-se com uma dupla função, curar e fazer prevalecer normas. Normas sobre o corpo, a saúde, a doença e o sexo, normas que garantissem a vida, que ganha na sociedade burguesa o status de riqueza e, portanto, de propriedade.

Corpo passa a ser um espaço de materialização concreta de uma sociedade, o qual argumenta Foucault (1988) se caracteriza como lugar de poder e de resistência ampliando os sentidos da noção de construção de corpos pela sociedade. O corpo é um lugar de investimentos da sociedade para esta materialidade. Investimentos incessantes que se produz no nível dos discursos e das práticas disciplinares que, mais que serem exercidas de fora para dentro, passam a serem tomadas como exercício e demandas dos próprios indivíduos.

Esta característica de que cada sujeito assume para si o papel de vigilância e controle de si e dos corpos, a partir de múltiplas práticas disciplinares é o que marca a passagem para a constituição das sociedades modernas. Segundo Foucault (1979), “o domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio... o poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo” (pg. 146).

O poder intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida

cotidiana e, por isso, podendo ser caracterizado como micropoder ou subpoder (MACHADO, 1979).

Os poderes são exercidos em níveis distintos da rede social, não se falando de poder enquanto uma categoria hegemônica, mas sim como práticas ou relações de poder, que tampouco guardam uma perspectiva negativista. O interesse do poder é adestrar o corpo humano, seus comportamentos para a manutenção de um modelo de produção econômica historicamente determinada, regulador das atuais relações e significados sociais. O poder se instaura para produzir mais conhecimento, prazer e não apenas demarcar limites.

As contribuições do pensamento de Foucault são fundamentais para a compreensão do corpo nos modelos das sociedades ocidentais modernas, ao longo do século XIX e quase a totalidade do século XX, e quais os mecanismos construídos socialmente que foram conformados e reatualizados para o controle e a produção de saber sobre os corpos.

Passamos da anatomia política e seus modos disciplinares de controle dos corpos, exercidos em especial por instituições tradicionais como a escola e a família, que caracterizou as sociedades modernas, para a emergência do biopoder, disposição social de conhecimento e poder que, além de incorporar os modos de disciplina da sociedade moderna se assenta no instrumental da ciência e da tecnologia e, estabelece novos mecanismos de regulação sobre os sujeitos, agora mais abrangentes em termos de seu escopo, voltados à população, de seu agente regulador principal, as políticas de Estado, e em termos de sua finalidade, o controle da vida (GUILLEN, 2004).

A ação do poder disciplinar nas sociedades contemporâneas atuais tem sido mais contundente, através de mecanismos cada vez mais complexos de disciplina interna via autocontrole e novas instâncias de regulação de saber e poder, como por exemplo, o lugar da boa forma e de todo aparato de intervenções cosméticas (cirúrgicas ou não) para cuidados do corpo.

A cirurgia plástica estética, como campo da Medicina, seguramente se configura como uma institucionalidade que continuamente produz saber, tanto tecnológico quanto discursos sobre beleza, saúde e modelação de corpos, e se revela, na atualidade, como uma das disciplinas

médicas mais privilegiadas e mais influentes tanto no próprio campo médico quanto no campo social.

A cirurgia plástica estética oportuniza um discurso e uma prática que possibilita criar condições objetivas dirigidas, entre tantos argumentos, ao da possibilidade de harmonização dos sujeitos com seus corpos, sua autoestima e consequente fortalecimento do bem estar psíquico, numa perspectiva que discursivamente desliza para associar modificações corporais com o princípio ético de cuidado de si. A noção de cuidado de si se apresenta na obra de Foucault enquanto uma categoria analítica que busca entender como os mecanismos de poder exercido sobre os corpos se configura em práticas corporais e sociais que geram formas de subjetivação voltadas para si mesmas (PERRUCHI, 2007).

Segundo Perruchi, (2007) numa revisão analítica da abordagem de Foucault sobre a noção de cuidado de si na obra da História da Sexualidade, este princípio da cultura ocidental é antigo na história das sociedades ocidentais, porém com variabilidade histórica, ora valorada socialmente como nas sociedades greco-romanas, ora negligenciado ou até considerado como moralmente reprovável na Era Cristã, pela ênfase dada ao conhecimento de si e a renúncia a si.

Nas sociedades modernas e contemporâneas, o voltar-se para o corpo enquanto exercício de poder e de controle sobre este incita continuamente o desejo de saber sobre ele (corpo), o desejo de conhecer mais sobre ele, o desejo de cuidar dele, suscitando todo um conjunto de discursos e práticas que se voltam a si mesmo, de atenção a si, produzindo construções identitárias e formas de subjetivação as quais vão conformar o que denominamos de estilo de vida e modos de estar no mundo. Cuidar de si mesmo é um dos modos de fazer-se sujeito ao longo da existência de cada pessoa. Esta tarefa não expressa, porém uma ação individual, mas sim um conjunto de comportamentos possíveis pela rede de inserção e de relações sociais que cada sujeito tem.

Ao estabelecer um paralelo com o tema das modificações corporais através da recorrência ao uso de técnicas estéticas e tecnologia médica, a exemplo da cirurgia plástica estética, vimos o quanto o cuidado de si está em sua base de justificação, de ofertar aos seus sujeitos demandantes práticas de autogestão que dialogam com o fortalecimento do individualismo, com reconfiguração dos conceitos de saúde que se baseiam menos na presença de doença ou defeito

físico e mais na autoestima e no direito à beleza. Tecnologias cosméticas seriam na perspectiva foucaultiana mais um dos modos, agora contemporaneamente localizados, de se fazer conhecer e cuidar de si mesmo, a que se denomina de tecnologias do Eu, que se destinam a modificação do sujeito com a finalidade de algum tipo de satisfação ou felicidade, ou ainda do consumo de si e dos outros (EDMONDS, 2010; GUILLEN, 2004).

Foucault nos revela a dimensão da determinação histórica para produção e significação dos corpos, através dos quais os desejos, normas e mecanismos de controle vão sendo continuamente negociados e mediados por diferentes institucionalidades, sem deixar de considerar o próprio sujeito como instância de exercício de poder sobre seu próprio corpo. Esta abordagem nos ajuda neste estudo a compreender como o cuidado do corpo enquanto mecanismo do cuidado de si reflete modos de investimento de poder, do mesmo modo que expressa dialeticamente novas práticas sociais de disciplina e vigilância, o mesmo que se pode pensar quanto ao papel da agência das mulheres que realizam cirurgias plásticas estéticas.

Processos de modificações corporais acionados por cirurgias plásticas estéticas revelam, conforme nos aponta Gagné & MacGaughey (2002), um lugar contraditório de poder e subordinação das mulheres frente a seus corpos, perspectiva esta que reconhece a dimensão de domínio e decisão que as mulheres têm sobre seus corpos, incluindo a do desejo de realizar transformações que atendam a distintas demandas e motivações. Decisões que estão, entretanto, desde a perspectiva desta pesquisa, significados por um conjunto de aspectos socialmente informados e cada vez mais valorados e legitimados como hegemônicos.

Por outro lado, é importante refletir sobre os limites da perspectiva do biopoder ao analisar o objeto cirurgia plástica estética nos moldes como este se conforma na atualidade. Cirurgias estéticas não partem necessariamente de um defeito físico, ao contrário, elas se situam no cruzamento entre demandas individuais de beleza e/ou autoestima e/ou atratividade com a legitimação do saber/fazer médico e as conformações socioculturais mais amplas que garantem legitimidade e valor a processos tecnológicos de embelezamento.

Esta perspectiva multicausal coloca outros elementos em cena: Medicina e o consumo/consumismo como valor a estabelecer novas regras, normas e papéis sobre o sujeito e a própria prática médica; corpos femininos transformados pela cirurgia estética podem estar

refutando a ideia de um corpo reprodutivo, ou seja, instaurando uma gestão que demarca o fim do ciclo reprodutivo e renova as potencialidades do exercício da sexualidade.

Capítulo 2: A contemporaneidade e o corpo: identidade de si e representação provisória da pessoa

Nas sociedades ocidentais contemporâneas atuais o corpo permanece ocupando um lugar central, só que incorporando outros significados que ultrapassam a dimensão do corpo enquanto matriz simbólica da sociedade ou produção discursiva. O corpo passa a traduzir-se enquanto um projeto de construção pessoal, de uma identidade pessoal, de individualização dos sujeitos, aberto a modificações. Corpo se atualiza enquanto um objeto capaz de refletir a vida social e os novos paradigmas da condição humana no mundo contemporâneo.

A compreensão do lugar do corpo nas sociedades ocidentais contemporâneas está indiscutivelmente vinculada à compreensão dos modelos que assentam a própria contemporaneidade, enquanto paradigma de ordenamento do mundo, em suas bases sócio culturais, econômicas e simbólicas. No mundo contemporâneo as estruturas sociais de sentido

se enfraquecem, com uma recorrente e reiterada valorização do indivíduo em contraponto a coletividade.

Neste processo, aos sujeitos se solicitam sucessivas redefinições identitárias, de modo a ajustar-se a um mundo maleável em constante transformação, com incessantes processos de vinculação-desvinculação, no qual joga um papel fundamental e estruturante as dimensões da subjetividade e o projeto de pessoa (ALMEIDA, 2004; DUARTE, B, 2010; LIPOVETSKY, 2004; BAUMAN, 1998).

Charles (2004) discutindo os conceitos de Gilles Lipovetsky acerca do individualismo nas sociedades pós-modernas argumenta que a libertação e maior autonomia dos indivíduos das estruturas de sentido das sociedades capitalistas modernas possibilitaram a constituição de outra lógica de normatização e das estruturas disciplinares.

Os controles e os mecanismos de coerção não deixaram de existir, eles tornaram-se menos reguladores, atribuindo-se aos indivíduos, pela lógica da personalização, mais responsabilidades de autocontrole ou de seu inverso, o do descontrole.

Segundo Bauman (2000) na atualidade os padrões culturais são múltiplos, contraditórios e conflitantes entre si, pouco evidentes, "... de tal forma que todos e cada um foram desprovidos de boa parte de seus poderes de coercitivamente compelir e restringir. E eles mudaram de natureza e foram reclassificados de acordo: como itens no inventário das tarefas individuais" (pg 14).

Na modernidade "líquida", termo cunhado por Bauman (1998), os poderes passaram do sistema para o nível mais micro da vida social, sendo que no caso da categoria corpo frequentemente localiza-se no nível do indivíduo, ao qual cabe manter as responsabilidades para a manutenção dos padrões hegemônicos e assumir para si os danos dos fracassos porventura ocorridos.

Ainda segundo Bauman (1998, p. 23), no mundo atual existem padrões a serem cumpridos por aqueles que almejem a plena inserção nas novas condutas sociais: "tem de mostrar-se capaz de ser seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado

consumidor, de se regozijar com a sorte de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência [...].”

Nas sociedades atuais é frente ao corpo que estas performances e marcações da contemporaneidade têm constituído sua arena preferencial. Na contemporaneidade é o corpo que tem se colocado como espaço privilegiado para a expressão de regras e condutas sociais identitárias mais legitimadas e hegemônicas, do mesmo modo que expressa a construção do eu. Para Berger (2006), o corpo se constitui uma unidade autônoma, privada, expressão da fragmentação do mundo, e que porta signos de individualização, espelho dos sujeitos que o portam.

Le Breton (2003) discute estas dimensões do lugar social do corpo no duplo papel de estrutura simbólica e domínio de si, apontando que para o corpo torna-se imperativo sua transformação, sua modelagem e sua colocação no mundo como ostentação da pessoa.

Para este autor compreender a assunção do lugar privilegiado do corpo com capacidade de transformação e remodelação nas sociedades contemporâneas se dá na própria égide de princípios desta sociedade, na qual a perda da confiança nos sistemas sociais tradicionais terminou por colocar no sujeito uma maior responsabilidade.

A retirada para o corpo, para a aparência, para os afetos é um meio de reduzir a incerteza buscando limites simbólicos o mais perto possível de si. “Só resta o corpo para o indivíduo acreditar e se ligar” (LE BRETON, 2003, p. 32).

O corpo como um símbolo de existência desta sociedade adquire um status de representação provisória e continuamente maleável, sujeito a modificações que exibam o estado do sujeito, e assumam seu lugar de objeto de consumo e matéria prima de produção de si. O corpo assume o lugar de acessório da pessoa, suporte secundário a diferentes tipos de investimento.

Este estudo toma este referencial de análise sobre os sujeitos na contemporaneidade com as marcas do individualismo e do consumo, que matizam as dimensões de maleabilidade e fragmentação dos corpos e identidades para compreender como as mulheres que realizam

cirurgias plásticas estéticas definem-se como sujeitos e como esta definição é atravessada pelo modo como seus corpos se apresentam.

A perspectiva teórica acionada por Le Breton possibilita para o escopo deste estudo a compreensão de como o corpo assume nas sociedades atuais um lugar de imagem de si e das identidades pessoais transitórias, num contínuo investimento, no qual a cirurgia plástica estética emerge como um investimento dos mais custosos e definitivos, tanto em termos financeiros quanto da apresentação pública das mudanças pretendidas.

Na perspectiva de Le Breton (2003), o corpo na contemporaneidade ocupa o lugar da condenação ou o lugar da salvação. Relacionado ao primeiro sentido, o corpo pode ser significado a partir de suas imperfeições, cujo destino é a alteração, o corpo condena o sujeito a uma existência que não combina com a pessoa. Para o sentido do lugar da salvação, o corpo pode modelado permitir a alteração do eu e a reconstrução da identidade.

A modelagem de um novo corpo incorpora não apenas as técnicas envolvidas em sua transformação, como também os valores e sentidos sociais atribuídos ao corpo nas sociedades contemporâneas, na qual transformar o corpo ultrapassa as dimensões de um projeto individual, inscrevendo-se no lugar de um processo social de criação de novos papéis e identidades que buscam se adequar ao ethos individualista e ao consumo de massa desta mesma sociedade.

As análises de Baudrillard (2007) sobre a sociedade de consumo que se toma como experiência nesta época contemporânea coloca o corpo como seu mais belo e precioso objeto, legítimo substituto da alma enquanto objeto de salvação, cujas manifestações se expressam através do culto higiênico, dietético e terapêutico que o circunda na sociedade de massa.

Nesta sociedade, o corpo precisa ser investido, tornando-se um bem de prestígio, a reivindicar dois modos de investimento: narcisista no objeto corpo e no de corpo como patrimônio. Para ambos os modos de investir no corpo, o que se pretende é demonstrar que o corpo se configura como o mais belo e precioso objeto que não pode ser esquecido, nem negado, num recorrente processo de apontar para os sujeitos sua própria responsabilidade, e na outra vertente sua possível irresponsabilidade, em cuidar e devotar de seu próprio corpo.

De acordo com este autor, o investimento narcisista não está necessariamente direcionado ao fortalecimento da perspectiva de autoconhecimento e autonomia dos sujeitos, mas, sobretudo para servir a demonstração exterior dos esforços obtidos no trabalho de cuidar do corpo. No aspecto do corpo como patrimônio, isto se aproxima a compreensão do corpo como forma de capital, capaz de revelar o estatuto social ou de produzir mobilidade.

Esta visão de corpo pleiteada por Baudrillard parece convergir para as concepções de Bourdieu sobre o corpo como elemento de distinção social e produtor de classificações. A compreensão deste autor acerca deste lugar do corpo nas sociedades atuais é que o interesse a ele dirigido, assim como os investimentos aplicados sobre o corpo, está diretamente vinculado às expectativas de retorno, sejam estas de ordem material e/ou simbólica.

Como um corpo que se conclama ao esforço e cuidados para não ser esquecido e cuja responsabilidade recaí sobre os sujeitos, deixá-lo de fora deste modelo de investimento converge para o que Miskolci (2006) argumenta de que um corpo fora dos padrões erigidos na atualidade, um corpo inadequado, revela a exclusão do indivíduo a um determinado grupo social, capaz de manter os custos de produção do corpo ideal, assim como revela o caráter, alguém que fracassou na tarefa de constituir seu corpo como saudável.

Para Sant’Anna (2005, p.13), de todo modo, “o processo constituinte do corpo eficaz, saudável, belo, jovem, é amplamente revelador de uma história que lhe é paralela, ou seja, aquela que redefine e conjura, sem cessar, a ociosidade, a doença, a feiura e a velhice”.

Diferentemente do que possam parecer, as sociedades modernas contemporâneas parecem não tem liberado os homens e seus corpos de seus mecanismos de controle. O ideal de corpo contemporâneo reinventa novas normas e estabelece novos arranjos disciplinares para controle das condutas.

Tomando como eixo as categorias conceituais utilizadas por Foucault (1979) na discussão de Poder – Corpo, as relações de poder se reorganizam em torno do corpo, numa luta incessante entre liberação de velhas condutas disciplinares e criação de novas, em forma de investimento de controle-estimulação e substituição ao controle–repressão: “Fique nu, mas seja magro, bonito, bronzeado!” (FOUCAULT, 1979, p. 147).

Para Courtine (2005, p.87)

“a realidade é muito mais nuançada e complexa do que aquela que se supõe quando se estabelece o nexos entre esta posição “narcísica” e uma atitude “hedonista” diante das normas e condutas corporais que seriam as do indivíduo de hoje. No seio dessa cultura de massa do corpo, o ambiente disciplinar é, às vezes, extraordinariamente estrito e sempre coercitivo”.

Goldemberg (2002) converge com estas assertivas ao destacar o caráter paradoxal do lugar do corpo e do culto ao corpo na atualidade, no qual o ideal de autonomia individual constitutivo desta contemporaneidade convive com modelos de exigências estéticas e de conformação social ao corpo muito intensos e normativos, que explicitam as polarizações entre os ideais de singularização dos sujeitos e entre as expectativas de conformação a modelos sociais esperados de beleza e de corpo.

Corpo, Projeto Reflexivo do Eu e Subjetividade: um modo de ser na contemporaneidade

Consoante aos principais eixos conceituais de noção de corpo e pessoa na contemporaneidade, a abordagem de corpo e projeto reflexivo do Eu postulado por Giddens (2002) entende o corpo como um sistema de ação, uma práxis com interações contínuas no cotidiano da vida humana a partir da mobilização reflexiva da identidade do Eu. A partir delas também podemos compreender o papel da cirurgia plástica estética como meio tecnológico, do repertório de regimes corporais, que viabilizam a manutenção/modelagem do corpo como um projeto reflexivo do Eu.

Do mesmo modo que outras abordagens teóricas sobre o corpo em Giddens (2002) o contexto social informa o pano de fundo para a constituição da identidade do Eu, formada ainda pela interação deste contexto com as características psíquicas e emocionais de cada sujeito, porém, e esta é a particularidade conceitual do autor, submetida a contínuas afirmações a partir de atividades cotidianas reflexivamente tomadas pelos indivíduos. O Eu é a expressão de ações tomadas reflexivamente de modo a tornar coerente uma narrativa sobre si própria, e é ele mesmo o corpo. A identidade de si é o corpo que se tem e se apresenta no mundo (GIDDENS, 2002; CROSSLEY, 2005).

É através do corpo que ocorre a relação com o mundo e com a realidade. O manejo do corpo é o modo através do qual se dá as interações cotidianas, o corpo permite a vivência das situações

e eventos da vida e, ter um controle regular do corpo se coloca como uma tarefa fundamental para que a narrativa de si seja criada e sustentada coerentemente.

Para Crossley (2005) assim como encontrado em Giddens (2002), do mesmo modo que cada indivíduo é um corpo, ele simultaneamente tem um corpo, o que aponta para uma ruptura com os dualismos, corpo e sociedade, e com o Eu e o corpo. Para os autores citados, o olhar sobre os corpos não deve dicotomizar a identidade (dentro) e a matéria corporal (fora) como oposto, mas sim os entender como complementares. A noção de ser um corpo e ter um corpo, ao mesmo tempo, possibilita que cada pessoa tome seu corpo como objeto também. Como algo que se tem posse, um objeto de si, através do qual se tem a possibilidade de desenvolver distintas intervenções e alterações no curso de uma vida.

Corpo então pode até ser objetivado, porém sem ser objeto, nem um objeto-sujeito, numa aproximação analítica com as elaborações de Featherstone (2010) e Budgeon (2003, 2005) que retratam o corpo como um evento em contextos com multiplicidade de práticas e regimes, uma entidade vivida.

Os corpos poderiam então ser compreendidos enquanto identidade encarnada, de natureza processual, múltipla, formada pela possibilidade de interações e conexões contínuas com outros corpos, narrativas e representações, que lhes confere certa indeterminação (FEATHERSTONE, 2010; BUDGEON, 2003; GIMLIN, 2010).

Esta noção do corpo apresenta uma ruptura com as noções de corpo enquanto apenas base ou ponto de ancoragem de discursos, estruturas sociais e representações. Corpo é mais do que eu falo, é mais do que eu penso sobre ele, corpo é o vivido, em termos da ação prática e sentimentos. Corpo é uma entidade em permanente alteração, seja esta por razões biológicas ou sociais. A reflexividade monitora e atua neste corpo que reivindica manutenção ou mudanças.

O *Body Project*, termo cunhado por Crossley (2005), projetos corporais de manutenção ou de modificações, se constituiriam então em projetos reflexivos, entendendo a reflexividade corporal como a capacidade de perceber as emoções, de refletir e de atuar sobre o próprio corpo. Aspectos da identidade dos indivíduos são expressos, em modos mais ou menos intencionais e deliberados através dos projetos de manutenção e modificações corporais. As cirurgias

plásticas, neste contexto interpretativo podem ser compreendidas como técnicas de modificações corporais, componente de um repertório daquilo que ele denomina de técnicas corporais reflexivas (RTBS) (CROSSLEY, 2005).

As técnicas corporais reflexivas, de acordo com este autor, têm por propósito atuar sobre o corpo, por processos e práticas de manutenção/ modificações corporais. Tomam como ponto de partida a significação do corpo como projeto reflexivo do Eu, a identidade de si constituída pelo corpo que se tem, ao tempo que o corpo que se porta é ele próprio objeto e sujeito da percepção e estar no mundo.

Técnicas corporais reflexivas podem ser denominadas de técnicas do corpo porque explicitam processos de incorporação de competências no manejo do corpo. O aprendizado de técnicas corporais, a denominada incorporação encarnada, possibilita o desenvolvimento do sentido do Eu. Também são técnicas para o corpo, ao envolver a questão de escolha para sua manutenção ou modificação. Algumas das técnicas buscam a preservação de uma dimensão específica da identidade do indivíduo, ao passo que outras técnicas corporais reflexivas tendem a uma transformação.

Esta distinção apontada por Crossley (2005) é em torno à noção do que seriam técnicas de manutenção do corpo e do significado de técnicas de modificações corporais. As primeiras seriam caracterizadas pelo aspecto de reprodução e continuidade, ao passo que as técnicas de modificações corporais estariam expressando processos de transição. Segundo Crossley (2005:14) “... certas intervenções técnicas, como tatuagens ou cirurgias estéticas podem servir para marcar um novo capítulo em uma narrativa de vida”.

Quaisquer que sejam os tipos de técnicas corporais de manutenção e/ou modificação escolhidas pelos sujeitos, isto se dá por uma ação consciente, parte de um processo de construção do Eu e, refletiriam esquemas sociais reflexivamente incorporados.

Embora cada sociedade construa e defina os elencos de técnicas corporais reflexivas, os diferentes tipos de técnicas adotadas podem ser encorajadas ou desestimuladas a depender do contexto de inserção social dos sujeitos, assim como possuem distribuição e difusão não uniformes pelo conjunto da sociedade ou grupos.

Tomando estas concepções de Crossley (2005) acerca das técnicas corporais reflexivas num paralelo às cirurgias plásticas, enquanto repertório das técnicas de modificações corporais, se podem compreender as cirurgias plásticas enquanto técnicas sociais, apreendidas e compartilhadas coletivamente, porém individualmente incorporadas nos esquemas corporais dos agentes.

A dinâmica cultural e social moderna, alicerçada nos paradigmas de opções e escolhas que indivíduos fazem consciente e reflexivamente, dão a base de legitimidade e aceitabilidade para procedimentos tecnológicos estéticos, como o são as cirurgias plásticas estéticas (ADAMS, 2010). Por outro lado, este mesmo autor sinaliza que são também na arena das normas culturais, incluindo as estéticas, que se podem encontrar os limites e restrições a expressão do Eu, que se busca através das cirurgias plásticas.

Num paralelo à questão da escolha da cirurgia plástica estética, como um projeto corporal em resposta a determinado estilo de vida, se poderia pensar como seus limitantes os marcadores como idade ou renda, ou ainda o monitoramento e avaliação reflexiva dos riscos, como uma atividade consciente dos sujeitos em busca ativa de informações especializadas que molde sua escolha.

Outra reflexão acerca dos limites do escopo conceitual de Giddens acerca da noção de corpo no projeto reflexivo do Eu é feita por Crossley (2005) ao argumentar que as explicações de Giddens para processos de manutenção e modificações corporais somente parcialmente explicam algumas destas estratégias de manejo do corpo.

Para Crossley, determinadas práticas de manutenção/modificações estão fora da perspectiva interpretativa de Giddens pela necessidade de se considerar o grau de aceitabilidade, difusão e apropriação social que estas práticas assumem no conjunto da sociedade, que são diferenciadas e desigualmente apropriadas.

Práticas corporais como cirurgias estéticas, tatuagens, uso de esteroides por frequentadores de academias e determinadas colocações de piercing (a exemplo das localizadas na área genital), embora em uso cada vez mais frequente nas sociedades atuais, não alcançam a mesma difusão

e apropriação social que outros regimes estéticos corporais (a exemplo de dietas, fitness, manicures e cabeleireiros), seja pela legitimidade ainda em construção destas práticas, ou por expressar adoção de estilos de vida vistos como alternativos. Para as cirurgias plásticas ainda vale salientar o aspecto dos recursos financeiros envolvidos, que definitivamente não estão igualmente distribuídos para todas as pessoas que as desejem.

Sem considerar alguns destes aspectos mencionados, as contribuições de Giddens sobre corpo e projeto reflexivo do Eu, que servem como subsídio para explicar práticas corporais, tendem a ser generalizantes, conforme salientado por Crossley (2005). Elas podem não dar conta das variabilidades e características intrínsecas a determinadas práticas.

Corpos Gendrados, estilos corporais e a construção de ser mulher

Segundo Baudrillard (2007), as discussões sobre o corpo revelam que o corpo da mulher se constitui num veículo privilegiado da beleza, como um imperativo a revelar inclusive qualidades morais e encarna o grande mito estético e erótico da humanidade.

Durante séculos da história da humanidade no mundo ocidental, a mulher e o corpo estiveram relegados a um papel de condenação e servidão social, cenário este que só muito recentemente, em torno há quase duzentos anos, passa a serem modificado em torno a suas concepções, símbolos e práticas sociais. Embora hoje se espere que homens e mulheres tomem seus corpos como lugar de salvação, ainda permanece uma maior obrigatoriedade para os cuidados das mulheres com sua aparência física se comparada as que existem em relação às expectativas desta tarefa para os homens.

Para as culturas ocidentais contemporâneas, a aparência física parece traduzir-se em destino para as mulheres, cada vez mais compelidas a estarem belas, jovens, com saúde e magras. Cada sociedade estabelece os parâmetros e expectativas frente aos corpos femininos, e cada mulher deve tomar para si os cuidados e as responsabilidades que as ajudem a cumprir as prerrogativas de juventude e beleza.

A indagação que nos fazemos é: por que mulheres se sentem compelidas a se manterem mais belas e cuidadosas com sua aparência física, ao mesmo tempo em que socialmente sofrem mais cobranças para o exercício bem sucedido deste papel? Por que a maior liberação das mulheres no campo da sexualidade/reprodução e sua inegável emancipação no mercado de trabalho, em especial a partir da segunda metade do século XX, não as liberou das regras de domínio do lugar da beleza na constituição de suas identidades?

As respostas podem ser múltiplas e talvez a possamos compreender se entendermos o lugar das mulheres nas relações de gênero socialmente construídas e, como estas concorrem para vincular feminilidade à boa aparência. Por outro lado, na atualidade, outros vieses podem estar a colaborar para que esta relação entre corpo feminino e beleza ainda permaneça premente e com novas roupagens, especialmente aqueles que se utilizam do empoderamento da relação da mulher com sua aparência como um modo de inserção mais privilegiado no contexto social de emprego e no mercado afetivo sexual. Mulheres podem estar a repaginar a beleza como um atributo que as coloquem em posições mais favoráveis para jogar o jogo de gênero.

Lançar luzes sobre estes processos nos leva necessariamente a entender a dimensão das relações de gênero e o lugar que as mulheres ocupam nesta relação. O termo gênero tem por origem a palavra inglesa *gender*, o qual significa gênero como vinculado ao sexo dos seres vivos. Remete a perspectiva do biológico para distinguir as marcações anatômicas diferenciadas entre os que nascem com pênis e os que nascem com vagina. A categoria sexo surge desta conceituação.

As diferenças marcadas anatomicamente passaram a constituir todo um sistema de relações sociais baseadas no androcentrismo, o qual se fundamenta no posicionamento do masculino como centro do mundo desde uma perspectiva ideológica quanto simbólica, ao mesmo tempo em que subsume, invisibiliza e muitas vezes nega o que se relaciona à ordem do feminino.

Com o florescimento do feminismo no século XX surge o questionamento desta matriz conceitual e determinista de distinção e de produção de desigualdades entre homens e mulheres. Lacunas interpretativas frente a diversos fenômenos sociais, assim como características de homens e mulheres que não tinham por origem os marcadores biológicos ou genéticos suscitaram a necessidade de se constituir outros conceitos explicativos, com a reformulação do

termo, agora com foco no social e cultural. Gênero passa a designar o conceito que busca explicar os significados sociais e culturais atribuídos aos corpos de homens e mulheres, os quais definem os parâmetros do que seja masculinidade e feminilidade (Scott, 1995; Sardenberg, 2002).

Scott (1995) explicita em sua definição de gênero a existência de duas partes interligadas que se constituem em duas noções enquanto categoria de análise. A primeira delas que define relações de gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. A segunda parte é a que posiciona gênero como a base primeira de organização e de significação das relações de poder.

Gênero é apreendido como uma das relações estruturantes de organização da vida social e de inserção dos sujeitos, informando distintas oportunidades, trajetórias, escolhas, e a conformação da identidade, subjetividade e modos de homens e mulheres relacionarem-se social e sexualmente (SCOTT, 1995, BOURDIEU, 2002; LAVINAS, 1997; DUQUE-ARRAZOLA, 1997).

Esta forma de conceituação de gênero enfatiza a marcação social de atribuição cultural de significados à diferença biológica, que termina por se constituir como o princípio de apreensão e organização do mundo composto por quatro elementos: os símbolos culturais, conceitos e normas, instituições e organizações e a constituição da identidade subjetiva (SCOTT, 1995).

Como construção social, comporta variabilidades históricas e especificidades de cada contexto cultural, entretanto ao ser um princípio de organização dos indivíduos com o mundo, é a partir do gênero que construímos nossas formas de expressão, a linguagem, os modos de uso e de cuidados do corpo, as relações afetivas, as construções identitárias e a subjetividade.

Como expresso por Giddens (2002, p. 63): “... gênero é uma questão de aprendizado e trabalho contínuos, em vez de ser uma simples extensão de diferenças propostas biologicamente”.

Princípio estruturador da relação dos sujeitos com o mundo, o gênero tanto o é masculino quanto é o gênero feminino, portanto se define em termos da relação destes dois elementos do

par, mas, sobretudo diz respeito a todo o sistema de relações sociais nos quais os sujeitos estão imersos.

As relações de gênero, no seu percurso histórico não se estabeleceram em termos de complementaridade, ao contrario, há um predomínio de poder hegemônico no polo masculino, e uma construção social que atribui elementos de inferioridade e menos poder ao polo feminino. Estes processos ocorrem por múltiplas esferas de socialização, institucionalidades e produções discursivas, ao longo de toda temporalidade do curso da vida de cada ser humano.

A existência de uma realidade social de gênero, estruturada em relações de poder desigualmente distribuídas, implica não apenas em um modo de relações que se estabelecem na exterioridade dos sujeitos, como também em concepções profundamente internalizadas, que orientam condutas e modos de apreensão da realidade, num caráter de quase naturalização.

As relações assimétricas entre homens e mulheres, e as expectativas sociais esperadas de modo diferenciado para estes, são o resultado de construções históricas, num incessante processo de produção e reprodução social, viabilizado por distintas instâncias de socialização e produção de subjetividades. Este processo de contínua produção e reprodução das diferenças permite inscrever estas relações tanto na esfera das condutas quanto nas formas simbólicas de apreensão dos corpos.

Imersos numa relação que nos define e estrutura o modo que vemos e damos significado ao mundo e a nós próprios, as relações de gênero são as primeiras relações de poder constituídas, ou seja, são os modos como homens e mulheres agem e interatuam nos espaços públicos e privados, que podem ser variáveis no tempo-espaço. Gênero, como relações de poder, embora não a única relação a constituir poder como sinaliza Scott (1995), se expressa nos corpos os quais em sua materialidade dá forma ao poder, produzindo e reproduzindo as hierarquias, desigualdades e modos de inserção dos homens e mulheres numa dada sociedade (SARDENBERG, 2010; FOUCAULT, 1979).

Como primeiro lugar de relações de poder, o corpo é ele próprio gendrado, tanto pode portar as marcas dos potenciais determinismos e submissão às noções naturalizadas do masculino e do feminino, como desestabilizar estas relações de poder.

Esta conceituação de gênero se trouxe inegáveis contribuições epistemológicas e como ferramenta para construção de uma agenda de luta política de emancipação das mulheres, por outro lado se revelou ela própria um construto binário que dicotomiza sexo e gênero, por colocarem em posições opostas natureza (sexo) e cultura (gênero), o primeiro como elemento fora da história e das marcações sociais. Como o sexo seria o corpo sexuado, este seria também ahistórico (SARDENBERG, 2004).

O feminismo pós-moderno, em especial a partir das contribuições teóricas de Judith Butler (2003), argumenta que sim, gênero é culturalmente construído e nem decorre do sexo, tampouco é fixo quanto o sexo, do mesmo modo que gênero pode ser mais que dois – masculino e o feminino. E que feminino pode também estar num corpo de homem, e masculino num corpo de mulher.

Butler (2003, p. 59) o assim o afirma por considerar que o “sexo natural” é produto de discursos culturais sobre ele. As nomeações sobre o sexo são elas mesmas construções culturais e gênero é a própria corporificação que se atualiza incessantemente por atos corporais “que se cristalizam no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser”. Esta perspectiva quer assinalar que gênero não é uma atribuição fixa resultante de um marcador biológico, e sim um conjunto de códigos e estilos corporais expressos através de performances com significados culturais.

A concepção teórica de gênero formulada por Butler explicita dois eixos fundamentais, um relacionado à constituição de identidade de gênero como um “fazer” e não como um “ser”, o que já pressupõe desestabilização e possíveis alteridades de gênero. O outro eixo diz respeito a como este “fazer” ou “estar” de gênero se processa no corpo material. Ele é a incorporação das escolhas, afirmações ou desconstruções de gênero que cada sujeito vai processando ao longo de sua trajetória de vida a partir dos marcadores sociais e culturais de inserção.

Estas concepções de Butler, no bojo do feminismo pos-modernista, também irá colaborar a discussão de uma identidade de gênero que não somente é marcada pelo gênero, mas também se constitui por outras relações sociais, fundantes na definição dos sujeitos como classe, raça, geração, as quais tendem a conformar arranjos específicos a definir o que seja homem e mulher.

Como gênero se expressa em performances corporais estas interações de marcadores sociais também habitam nos corpos, os diferenciando e categorizando socialmente.

Os aportes conceituais do construto gênero nos possibilitam entender, a partir da instauração do modelo capitalista de produção, o lugar de construção de gênero para às mulheres, associado à feminilidade e passividade como expressões a afirmar relações de poder desigualmente distribuídas, que se materializam num corpo feminino produzido para portar um conjunto de práticas de dominação de gênero expressas numa feminilidade dócil, atrativa e calcada na beleza.

Como corpos são gendrados podemos dizer que este modo histórico e cultural de gênero feminino é ele mesmo uma performance da feminilidade, na qual a beleza é seu imperativo (Oliveira, 2005). Estas práticas, como quaisquer outras que performam gênero, não são neutras, elas atendem a expectativas sociais valoradas e mais hegemônicas, e tentam afirmar algum nível de poder, mesmo em relações sociais mais amplas de poder desiguais.

Para Berger (2006,p. 35) as relações de gênero informam os sentidos e as práticas de cuidados do corpo tomadas pelas mulheres, do mesmo modo que estes alimentam e reafirmam as relações de gênero: “... cuidar do físico é fundamental para a obtenção de signos de prestígio que a elevam na esfera social e que, ao mesmo tempo, alimentam as relações de gênero ao estabelecer a beleza, a feminilidade e o poder de sedução como armas femininas”.

Como a construção da identidade feminina se baseia em gênero na intersecção com outros marcadores sociais de pertencimento podemos pensar que nem todas as mulheres detém ou acumulam poder do mesmo modo, o que pode significar que a performance de gênero como performance de feminilidade o é assim de modos diferentes para tipos específicos de mulheres.

Parecem existir performances de feminilidade para aquelas cujos lugares de pertencimento posicionam a beleza como valor intrínseco de afirmação social e/ou para aquelas cujo poder econômico pode garantir que seus atos corporais performados de um tipo de feminilidade sejam mais eficientes pela possibilidade de acesso a tecnologias e produtos que lhes ajudem a afirmar esta prática.

Malysse (2002) reflete estas perspectivas a partir do contexto brasileiro, no qual assinala que as diferenças de acesso a beleza e os cuidados corporais são especialmente informados pelo gênero e pelas diferenças de classe. O lugar que as mulheres ocupam no campo social, quanto estão mais perto ou mais longe de papéis tradicionais de gênero revelam modos distintos de apropriação e de modelagem do corpo.

Os ideais de virilidade e de dominação que se esperam dos modelos de masculinidade tradicionais e os ideais de sensualidade como atributos de feminilidade expressam-se nas relações dos sujeitos com as partes de seus corpos que mais querem destacar ou sobressair em suas estratégias de modelagem corporal, sejam estas através de exercícios físicos ou cirurgias estéticas. O interesse de homens nas academias de ginástica se refere, em geral, ao trabalho de suas partes corporais superiores, e às mulheres demandam maior atenção aos quadris, seios e pernas, inclusive nas cirurgias, itens considerados como de maior atratividade sensual e erótica na cultura sexual brasileira (MALYSSE, 2002).

A ideia de corpo como maleável e modelável pela ação da vontade e responsabilidade pessoal dos sujeitos se coloca de tal modo na sociedade brasileira da atualidade que todos acreditam que podem assim o fazer, deixando muitas vezes invisível as reais condições e possibilidades de ter acesso às estratégias de consumo do corpo. O acesso aos modos e as tecnologias de construção de corpo nas mulheres são distintas para aquelas que podem consumir e aquelas que não podem.

As noções de um corpo gendrado, cuja identidade é encarnada num contexto de ações tomadas reflexivamente, o que caracteriza em maior e menor grau as sociedades atuais, especialmente as urbanas, nos apoiam na compreensão neste estudo de como a beleza corporal, abrangendo as relacionadas às adquiridas através da cirurgia plástica, se renova enquanto um atributo de prestígio e de abertura de novas possibilidades nos arranjos do mercado de trabalho e das relações afetiva sexuais.

O trabalho sobre o corpo nos dias atuais pode assumir muitos significados, desde a reafirmação de uma feminilidade mais normativa ou outras possibilidades de ocupar espaços de poder, mesmo em contextos sociais que informam discursos, normas e representações que ainda

convocam as mulheres para performatividades ainda restritivas. Como observado por Giddens (2002) na discussão sobre modernidade e identidade:

“As mulheres hoje têm a oportunidade nominal de seguir toda uma variedade de possibilidades e chances; mas, numa cultura machista, muitas dessas vias permanecem efetivamente fechadas. Ademais, para abraçar as que existem, as mulheres devem abandonar suas antigas identidades “fixas” de maneira mais completa que os homens, Em outras palavras, experimentam a abertura da modernidade tardia de uma maneira mais plena e ao mesmo tempo mais contraditória” (GIDDENS, 2002, p. 101 e 102).

Capítulo 3: Cortar o corpo: diálogos e debates sobre cirurgia plástica e estética na produção bibliográfica brasileira e internacional

Cirurgia Plástica é uma indústria, saúde é uma indústria, grande cadeia de produtos que se juntam. [...] Fico imaginando se vale a pena cortar o corpo para ficar em busca de uma imagem que vai mudar invariavelmente. Para mim agora está ótimo. Talvez seja mais prazeroso fazer os cuidados com o corpo, com a pele. Não digo que não, mas também não digo que sim. Meu corpo vai mudar invariavelmente, meu corpo está mudando” (ATENA, 47 anos).

As cirurgias plásticas, como um campo de especialidade da cirurgia geral na Medicina, incorporaram-se também, nas últimas três décadas, a indústria global de beleza, especialmente pela cada vez mais adesão e prestígio das cirurgias plásticas estéticas como parte da cultura da transformação que caracteriza as sociedades contemporâneas no Ocidente.

Cirurgias plásticas estéticas registram números crescentes no aumento da demanda de públicos por seus procedimentos, ao tempo que tem disputado espaço e legitimidade na esfera da tecnorracionalidade médica, e se configurado num tema de pesquisa por diferentes perspectivas de abordagem teórico-metodológicas, incluindo a perspectiva sócio antropologia.

Nesta abordagem, da qual nos baseamos para a produção deste capítulo, o foco de análise situa-se no desvelamento e compreensão dos significados sociais construídos em torno às cirurgias plásticas como um meio tecnológico de produção e recriação de corpos em sociedades contemporâneas marcadas pela valorização da estética, beleza, juventude e representação da pessoa.

A produção da literatura científica sobre cirurgias plásticas estéticas é extensa no campo das ciências sociais, especialmente a produzida internacionalmente, com destaque para os Estados Unidos, Grã-Bretanha e Canadá. No Brasil, a produção científica nesta abordagem é relevante, sendo o país do Hemisfério Sul com maior produção de obras sobre o tema, desde artigos em periódicos até dissertações e teses, o que permite entender o fenômeno das cirurgias plásticas desde um referencial das possíveis especificidades culturais locais.

Nesta revisão de literatura priorizou-se o levantamento da produção científica acerca do tema cirurgia plástica, na perspectiva sócio antropológica e considerando o período de 2001 a 2015, no qual encontramos uma maior predominância do número de publicações no período de 2010 a 2013. A maior parte das publicações existentes na abordagem sócio antropológica está baseada em metodologias qualitativas. Das utilizadas neste capítulo, também temos em maior quantidade estudos que lançaram mão da metodologia qualitativa. Também consideramos para a inclusão nesta análise do estado da arte do objeto cirurgia plástica estética os estudos sócio antropológico que se utilizou de métodos quantitativos ou aqueles combinados entre qualitativos e quantitativos, desde que os marcos teóricos e os objetivos estivessem alinhados a uma abordagem antropológica do tema.

Nos estudos levantados encontramos um painel heterogêneo de temáticas, com especial destaque ao tema que coloca em debate o lugar da cirurgia plástica estética como uma medida de agência das mulheres ou mais um dos mecanismos de submissão das mulheres ao sistema patriarcal e sexista de gênero, abordagem esta que será objeto de ampla discussão nas páginas que seguem. Esta abordagem temática é bastante relevante em termos da produção científica em especial no contexto norte americano. Outra linha temática que vem ganhando peso nos últimos anos e, que se reflete no aumento desta abordagem nas mais recentes publicações, é a de discutir as relações entre as cirurgias plásticas estéticas e os significados culturais destas intervenções no bojo das atuais sociedades de consumo.

Encontramos poucos estudos, tanto na produção científica nacional quanto na internacional, considerando o período pesquisado, que abordaram a questão da relação entre cirurgias plásticas estéticas e dimensões raciais. Os poucos estudos mapeados que abordavam esta relação não apresentavam uma linha de discussão da cirurgia plástica estética como apagamento das marcas étnicas, mas sim na perspectiva da recorrência à cirurgia plástica como um meio a

permitir um compartilhamento dos ideais e do lugar de cidadania que brancos ou ocidentais possuem.

Sem negar que cirurgias plásticas estéticas também informam significados que reificam ideais culturais de branqueamento e ocidentalização da imagem corporal, há abordagens que tentam adicionar outros elementos a esta discussão de que cirurgias plásticas sejam só modos de apagar traços étnicos mais estigmatizados socialmente (a exemplo de negros e orientais,). Elas tentam entender as cirurgias estéticas também como recurso diferencial para adquirir os mesmos acessos aos direitos e oportunidades no mercado profissional e afetivo-sexual.

Nos estudos mapeados, de pesquisas realizadas no Brasil esta lacuna é ainda maior, que pode estar relacionada a três hipóteses: majoritária ocorrência de cirurgias plásticas corporais ao invés de cirurgias plásticas faciais, o que concorre para invisibilizar ainda mais esta dimensão do debate; elevada predominância da clientela branca e de mais renda como demandante das cirurgias plásticas estéticas, o que termina por reforçar a ideia de que cirurgia plástica é “coisa de branco e rico” e; a pouca problematização da cirurgia plástica estética em sua relação com as dimensões raciais como aqui se conformam: negação das relações de discriminação ou estigmatização pela aparência e valorações ambíguas da corporalidade negra.

Outra linha temática que ainda se encontra com baixa produção, especialmente no Brasil, mas que tenderá a crescer nas próximas décadas é a que reflete as discussões entre envelhecimento e cirurgias plásticas estéticas. As sociedades ocidentais em desenvolvimento e outras como o Brasil vivem um franco processo de envelhecimento de sua população, e este fenômeno já começa a ser tomado como uma arena importante para o olhar da Antropologia, que tenta compreender as motivações e significados da recorrência as cirurgia estéticas pelas pessoas mais idosas ou em processo de envelhecimento.

Os estudos considerados, pelo seu próprio caráter de estudos qualitativos na abordagem social e antropológica, são tomados pelas suas particularidades de informar significados das cirurgias plásticas em sua relação com contextos culturais, sociais e econômicos específicos. Não se pretende toma-los como características universais, ou mesmo que possam ser aplicados ao contexto brasileiro sem as mediações interpretativas que devemos tomar em conta pela diversidade e especificidade de nossa cultura e marcos sociais.

Esta revisão do estado da arte das cirurgias plásticas estéticas se configura como um mosaico dos grandes e mais recorrentes debates, das transformações sociais e econômicas mais amplas que terminam por conformar novos olhares e relações com o objeto e quais as tendências que se possa pensar para o futuro.

Apesar da diversidade, encontram-se abordagens temáticas mais recorrentes nos estudos analisados, com destaque para determinados subtemas, os quais irão ser tomados para apresentação e aprofundamento na sequência: a) cirurgia plástica e agenciamento; b) medicina estética e autoestima; c) cirurgia plástica, consumo e estética da artificialidade; d) cirurgia plástica e envelhecimento.

Cirurgias Plásticas Estéticas e agenciamento

O debate nas ciências sociais em torno do agenciamento na prática das cirurgias plásticas estéticas talvez seja o mais central e o mais complexo na arena internacional. O centro do debate coloca-se entre os que argumentam que as mulheres fazem cirurgias plásticas compelidas pelas demandas coercitivas externas de um modelo social que posiciona o corpo bem cuidado e jovem como valor, e os que defendem que as mulheres que realizam cirurgias plásticas estéticas as elegem como meio de liberdade e controle sobre seus corpos e sobre si.

Pesquisadoras e teóricas da primeira onda feminista, conforme expressão cunhada por Holliday & Sanchez Taylor (2006), compreendem a assunção da cirurgia plástica estética enquanto um fenômeno social cada vez mais recorrente junto ao público feminino, nos países ocidentais, enquanto um meio de manter os corpos das mulheres disciplinados para o olhar hegemônico masculino (GAGNÉ & MACGAUGHEY, 2002).

Nesta abordagem teórica do feminismo, as cirurgias plásticas estéticas e a decisão de fazer uso dela estariam vinculadas a um processo de construção marcadamente do gênero feminino, embasada numa cultura misógina, que conceitua o corpo das mulheres como problemático, deficitário e que precisa recorrentemente tornar-se “normal” e “adequado”. As cirurgias estéticas, segundo esta abordagem, viriam responder a necessidade de normalização dos corpos

e seu uso refletiria, nos corpos operados, a própria incorporação de normas sexistas. Cirurgias estéticas mais que um meio tecnológico, mais que uma estratégia de viabilizar com sucesso a vaidade seria uma expressão concreta dos sistemas repressivos culturais que tradicionalmente aprisionam as mulheres em noções de beleza e juventude como valores intrínsecos de seu Eu, processo que as mantém em constante insatisfação com seus corpos e com desestabilidade de suas noções de identidade (DAVIS, 2002; NEGRIN, 2002; HOLLIDAY & SANCHEZ, 2006; WINTERICH, 2007; ADAMS, 2010; SWAMI ET ALL, 2013; MEREDITH JONES, 2013).

Para esta corrente de posicionamento feminista, as cirurgias estéticas evidenciam a dependência da autoestima feminina à sua aparência física, sistematicamente estimulada pelo sistema sociocultural a manterem-se belas e respondendo ativamente às imagens de perfeição culturalmente esperadas. A normativa cultural, que equaciona o valor do corpo ao valor do Eu, conclama as mulheres a estarem em constante julgamento de seu valor a partir do corpo que apresentam (SISCHO & MARTIN, 2014).

Para Menzel *et al.* (2011), num estudo realizado nos Estados Unidos sobre internalização de normas de aparência e atitudes para cirurgias plásticas estéticas, é inegável que as normas sociais com ênfase na aparência têm afetado nos últimos anos não somente mulheres, mas também os homens. Todavia estes autores sinalizam que ainda é sobre as mulheres que as influências culturais são mais substantivas e recorrentes. O posicionamento de Davis (2002) caminha nesta direção ao refutar as recentes noções de igualdade das normas culturais no âmbito da aparência para homens e mulheres. Segundo esta autora, o discurso da igualdade obscurece os significados distintos que a cirurgia plástica estética tem para homens e para mulheres, que ainda é realizada com base nas diferenças de gênero.

Adesão a práticas de beleza, como a cirurgia plástica estética, torna as mulheres mais valoradas socialmente por terem conseguido cumprir a expectativa nelas depositadas. Tornar-se objeto do olhar social e das normas hegemônicas de um lado cria mais propensão a que mulheres façam adesão a atitudes patriarcais e opressivas de beleza e feminilidade, possibilitando maior aceitabilidade da cirurgia estética como recurso para mantê-las em compatibilidade a este sistema normativo.

Posicionamento semelhante tem Sicho and Martin (2014) ao constatarem, a partir de sua pesquisa com um grupo de mulheres americanas que tiveram e outro grupo que se recusava a ter cirurgia plástica estética, que a adesão aos ideais de beleza permite maior valoração das mulheres, e seu contraponto também é verdade. A possibilidade de problemas com baixa autoestima e uma imagem negativa do corpo tende a ocorrer com mulheres que, por quaisquer razões, estão fora destes ideais culturais.

O núcleo central de compreensão desta abordagem está no lugar ocupado socialmente pelo corpo das mulheres, visto como inferior e como objeto do olhar e do julgamento social. Mulheres tornam-se objetificadas nas imagens sociais construídas, na internalização das normas e na interação com outros, conformando uma percepção de si que as fazem perceberem-se também como objetos, com uma imagem negativa de seus corpos e de si, com conseqüentes repercussões em sua autoestima.

Compartilhar as normas deste sistema de ideologia de gênero, com noções mais tradicionais e mais sexistas faz com que mulheres não somente sejam vistas como objetos, elas próprias se veem objetificadas e objetificam outros. Alguns achados de pesquisas se direcionam a esta perspectiva como os que afirmam que as cirurgias estéticas tornam-se naturalizadas e, em alguma medida passam a ser um recurso compartilhado e esperado em determinados grupos de pertencimento (SWAMI *et al.* 2013; ERIKSEN & GOERING, 2011; GIMLIN, 2010).

E mais, segundo Winterich (2007), que realizou uma pesquisa junto a mulheres americanas sobre suas experiências e atitudes frente aos sinais de idade, a internalização de uma noção de feminilidade baseada na aparência tende a criar nas mulheres uma maior propensão a investir recursos financeiros e tempo para estarem em conformidade com estas normas.

Outra dimensão abordada pelas teóricas feministas para refutar a cirurgia plástica estética é que esta expressa uma medida superficial, vinculada à ideia de que beleza é fútil e problemática, e conseqüentemente um reflexo do sistema de opressão que se volta sobre as mulheres e seus corpos. Esta argumentação feminista encontra raízes na concepção histórica, segundo Holliday & Sanchez Taylor (2006) de que beleza tem associação com atributos morais e estes são diferenciados por gênero.

Para homens, beleza significaria verdade, conhecimento e moralidade. Nas mulheres, a beleza esteve vinculada a características negativas como engano e farsa, e também como estratégia de sedução. Ainda de acordo com estas autoras, segundo a lógica da teoria feminista mais tradicional, recorrer a meios, produtos e tecnologias que produzam ou reforcem beleza torna as mulheres “falsas belas”, e julgadas como ruins por ativamente buscarem angariar algum tipo de benefício ou privilégio nestas ações de embelezamento, inclusive aqueles relacionados à sexualidade.

Trabalhar sobre o corpo para buscar ou ressaltar beleza indicaria passividade frente às normas, que tentam continuamente restringir mulheres a obsessão com seus corpos. Para Holliday & Sanchez Taylor (2006), nesta ótica feminista, corpo bonito é valorado negativamente. Corpo bonito seria aquele natural, sem modificações. As autoras postulam que esta visão legitima algumas práticas de trabalhos corporais, em detrimento de outros. Os valorados seriam aqueles que se associam a saúde e se distanciam do discurso de magreza e beleza. Cirurgia plástica estética, assentada na busca da beleza e da perfeição, representaria mais um mecanismo de controle social do corpo feminino e, portanto refutado por feministas tradicionais.

A compreensão das normativas culturais que incidem sobre a aparência e corpo das mulheres nos fornecem elementos bastante significativos para situar a relação destas com práticas corporais de embelezamento. Mulheres são historicamente conceituadas como inferiores e objeto de regulação social e tiveram, em diferentes momentos históricos, que atender aos distintos paradigmas sociais construídos em torno da beleza.

Berger (2006) nos traz um panorama histórico da construção social da beleza no Brasil que permite verificar esta variabilidade histórica e como chegamos aos dias atuais onde beleza se centra no corpo, como item de consumo, e de responsabilização individual por sua manutenção, aperfeiçoamento e distanciamento da feiura.

De acordo com esta autora, passamos de um modelo de beleza do século XVII caracterizado por ter nos adornos e vestuários um meio de expressão do lugar que se ocupava na hierarquia social, ao modelo do século XIX no qual a beleza tinha correspondência a um padrão étnico de brancura e reforço na elegância e refinamento dos trajes das mulheres, como um modo de gerar distância da imagem e do modo de vestir-se das mulheres escravas e daquelas dos segmentos

mais baixos da escala social. Os anos 20 do século XX estabelecem em definitivo a entrada nos padrões que são a base do que se conceitua beleza na atualidade: privilégio da apresentação física, associação entre juventude, beleza e exercícios físicos e, o corpo como mecanismo e como alvo das práticas de embelezamento.

Por fim, nesta síntese histórica, para Berger (2006) nos dias atuais a beleza, vinculada a aparência física, joga um papel importante como meio de potencializar oportunidades na esfera conjugal. Do mesmo modo adquiriu o status de item de consumo democrático, acessível potencialmente a todos, porém gerando em contrapartida aumento da responsabilidade pessoal das mulheres em manter a beleza e afastar de si a feiura e as imperfeições do corpo.

Levando-se em conta a perspectiva analítica da abordagem teórica feminista mais tradicional, compreende-se que o corpo, especialmente o feminino, jamais deixou de ser historicamente um objeto de disputa na arena cultural, sobrepujando a noção de corpo como da ordem da natureza e do biológico. Negrin (2002), numa revisão de autoras feministas acerca do objeto cirurgias plásticas estéticas, apresenta que, de muitos modos, cirurgia plástica estética demonstra capacidade em destacar o corpo como uma construção cultural, desestabilizando ainda mais o debate e as concepções de corpo e de beleza como “naturais”.

As concepções de corpo e beleza se atualizam em cada contexto histórico, porém, inegavelmente com mais ênfase sobre as mulheres. Nas sociedades atuais este mecanismo permanece, atualizado pela vinculação da beleza como atributo a ser visibilizado no corpo, o qual possibilita que nas inscrições corporais estejam marcados os signos de distinção, capacidade de consumo e valor de pessoa.

O consenso na teoria feminista de que ao tomar o corpo feminino como objeto de controle e opressão social, o sistema de normas sociais encontra nas cirurgias plásticas estéticas o seu método mais bem acabado, radical, e com efeitos de longa permanência para viabilizar esta opressão.

Este recurso tecnológico, com uma dimensão não desprezível de risco, relativamente custoso e que envolve a dor física e a possibilidade da permanência de cicatrizes indesejáveis, também tende a gerar novas hierarquias entre as mulheres, e novas formas de insatisfação corporal que

agora não poderiam mais ser resolvidas somente com praticas superficiais de beleza, é necessário recorrer a “cirurgia de bisturi”, conforme expressão cunhada por Meredith Jones (2013).

Por outro lado, ao enfatizar a opressão das mulheres como resultado do sistema social que valoriza a beleza e a aparência física, esta abordagem teórica não considera que a beleza pode representar uma ferramenta instrumental que viabiliza novas oportunidades de mudança social, inserção no consumo e meio de agenciamento.

Gordon (2013), numa pesquisa etnográfica sobre estratégias de mobilidade social e formação de identidade com famílias negras em Salvador – Bahia constata que:

“discursos e práticas de beleza constituem um meio importante pelo qual as entrevistadas poderiam ter um impacto construtivo sobre suas experiências diárias, que define um espaço para a ação individual e para contornar as desigualdades tradicionais” (GORDON, 2013, p. 204).

Ainda de acordo com esta autora, para as mulheres negras participantes da pesquisa o consumo de tratamentos de beleza e cirurgia plástica de algum modo representa meios concretos e, ao mesmo tempo simbólicos de adquirirem visibilidade e uma cidadania como a das mulheres brancas no Brasil.

Na literatura sobre o tema foi possível identificar diferentes autores que discutem as cirurgias plásticas estéticas, reconhecendo as normas culturais de opressão, porém compreendendo a utilização do meio cirúrgico como uma forma das mulheres encontrarem, dentro dos limites das normas de aparência, alguma forma de controle e de acomodar estas normas, recriando outros modos de feminilidade.

Davis (2002), por exemplo, afirma que cirurgia estética pertence a um regime alargado de tecnologias, práticas e discursos que definem o corpo feminino como deficiente e que precisa de constante transformação. Para esta autora, cirurgias plásticas estéticas não refletem necessariamente um ato de submissão, mas sim uma possibilidade de exercício de controle dos corpos femininos pelas próprias mulheres, que agem tomando decisões que revertam o destino de possuírem um corpo fora dos padrões.

Nesta perspectiva, estudos como os de Davis (1995), realizados majoritariamente no contexto norte americano e/ou britânico, não refuta a contradição entre estrutura e agência no debate sobre cirurgias plásticas estéticas, mesmo posicionamento de Adams (2010) e de Boulton & Malacrída (2012). Para Adams, numa pesquisa nos Estados Unidos com mulheres sobre suas motivações pessoais e resultados percebidos de cirurgia plástica estética, estas últimas, sem negar o continuado debate entre autonomia e cumprimento de ideais dominantes, permite viabilizar nos indivíduos suas expressões estéticas pessoais e, para determinados tipos de cirurgias estéticas, como exemplo a de redução de mama, podem sinalizar certo tipo de transgressão das normas esperadas de aparência, com o propósito de que mulheres mantenham controle sobre seus corpos.

A autora acima enfatiza em seu trabalho os achados que relaciona cirurgia plástica estética a benefícios que extrapolam a dimensão física corporal, vinculando-se a uma categoria que poderíamos denominar de qualidade de vida cotidiana, expressa na obtenção de mais autoconfiança, melhoria no estado emocional de bem-estar e na satisfação sexual.

Boulton & Malacrída (2012) em estudo realizado no Canadá, sinalizam a existência de diferentes tipos de recompensas como resultado da ação das mulheres, que frente aos estritos padrões de feminilidade atuais (juventude, magreza, atratividade sexual, seios fartos e brancura) optam pela cirurgia plástica estética como uma prática de beleza. As recompensas positivas (relacionamentos afetivos, vantagens salariais e promoções no trabalho) resultam do cumprimento das expectativas culturais esperadas.

As cirurgias plásticas pelas mulheres entrevistadas por estas autoras representavam um investimento, um recurso diferencial para sucesso no mercado de trabalho, e no afetivo sexual, posicionamento semelhante aos achados das pesquisas de Holliday & Elfwing-Hwang (2012) na Coreia do Sul, de Sanchez Taylor (2012) com mulheres britânicas da classe trabalhadora; de Brooks (2010) nos Estados Unidos sobre atitudes e experiências de mulheres com cirurgias antienvelhecimentos, e de Gagné & MacGaughey (2002) com mulheres americanas que tiveram implante de silicone.

A recompensa ou em sua, oposição, a insegurança e a baixa estima, reflete modos das mulheres lidarem com seus corpos dentro de uma construção social de gênero que constantemente

reafirma uma identidade de si localizada no corpo que se têm. A cirurgia plástica estética constitui-se, segundo Sicho e Martin (2014) então num projeto de corpo bem sucedido que possibilita às mulheres exercerem agência para melhoria de sua autoestima e na relação com os outros, a partir da incorporação nos corpos dos ideais de beleza. As autoras afirmam:

“... projetos de corpo, como a cirurgia de mama, oferecem insights exclusivos para os significados que as mulheres atribuem aos seus corpos/seios e como seus corpos são implicados nos esforços para navegar na contradição de criar identidades valorizadas como mulheres dentro do contexto de um sistema de beleza estrito e opressivo” (SISCHO, L., MARTIN2014:18).

Os cuidados e os compromissos de mulheres, especialmente em contextos urbanos, com diferentes práticas de regimes de beleza (cuidados com unhas, cabelos, pele, vestuário, fitness, etc) são procedimentos amplamente incorporados nas práticas cotidianas, em processos contínuos de construção de uma determinada identidade de gênero, cada vez mais associada, segundo Sanchez Taylor (2012), com respeitabilidade e agência, mesmos atributos encontrados pela autora em sua pesquisa realizada na Inglaterra junto a mulheres que realizaram ou tinham interesse em aumentar seus seios.

Livre escolha e controle sobre seus corpos surgem como fatores de motivação preponderantes para realização de cirurgia plástica estética junto a mulheres americanas, público da pesquisa realizada por Gimlin (2007), que salienta diferenças entre estas e as mulheres inglesas pesquisadas. Para as primeiras, inseridas num contexto cultural onde o protagonismo e a responsabilidade dos indivíduos é um componente da identidade pessoal e social, a cirurgia plástica aparece como sendo de livre escolha.

Para o grupo de mulheres pesquisado na Inglaterra, ainda no estudo de Gimlin (2007), emergiu motivações que tendiam a responsabilizar os outros pela cirurgia estética realizada, por possivelmente estarem inseridas em contextos culturais que fracamente incentivavam e valorizavam cuidados com o corpo, comparados com a cultura norte-americana, ao menos naquele período histórico da pesquisa.

Nas sociedades urbanas atuais, mesmo em países como o Brasil, é inegável a massiva presença de mulheres atuando no mercado de trabalho, o que lhes confere maior independência financeira, e maior liberdade para decidir como e com o que gastar. Os gastos com itens de beleza, o investimento em cosméticos e procedimentos estéticos não invasivos e invasivos

crecem na mesma progressão por parte das mulheres e podem estar revelando também pressões para manterem-se belas e adequadas nos espaços profissionais.

Por outro lado, a independência financeira potencialmente possibilita às mulheres tomarem a decisão de realizar cirurgias plásticas estéticas mesmo em contextos de fraca aceitação ou flagrante rejeição ao procedimento por parte de pessoas próximas, podendo representar uma correlação entre cirurgia estética e poder, poder de agradar a si mesma, e de produzir outros sentidos na vinculação entre corpo e subjetividade a partir desta experiência corporificada.

No contexto de modernidade atual, o poder para as mulheres manifesta-se através da assertividade e autodeterminação sexual (HOLLIDAY & SANCHEZ, 2006), expresso numa noção de corpo glamoroso e hipersexualidade, que a cirurgia estética poderá lhes proporcionar. A identidade das mulheres exibida através de seus corpos vistosos nos fala sobre autonomia, controle, status, sucesso e prazer, perspectivas discursivas que se tornam obscuras na retórica da vitimização.

Em Berger (2006), numa pesquisa realizada com mulheres de alto poder aquisitivo na cidade de São Paulo, envolvidas em práticas fitness, a cirurgia plástica estética se reafirma enquanto uma tecnologia que permite conferir mais poder às mulheres, torná-las mais visíveis, tanto em seu aspecto físico quanto nas representações e sentidos que estão subjacentes às motivações para a cirurgia. Conforme apresenta Berger (2006, p. 221) “... de fato as mulheres, quando se submetem à cirurgia plástica querem se sobressair por suas formas, serem mais admiradas por elas, e não apenas estar na média. Elas ambicionam um algo mais, que só a plástica pode proporcionar”.

Outra dimensão da cirurgia plástica estética que se vincula a noção de poder é em relação à característica de permanência das cirurgias plásticas estéticas, diferente de outras práticas de beleza, em geral de efeitos temporários. Para Gagné & McGaughey (2002), uma das possíveis interpretações da elevada busca da cirurgia estética pode estar na característica de permanência da técnica que permite a própria manutenção do poder e do controle das mulheres sobre seus corpos.

Estas autoras, a partir da pesquisa que realizaram com mulheres norte americanas submetidas à mamoplastia, sustentam a argumentação que cirurgias plásticas estéticas são uma das “... técnicas de feminização localizada na intersecção entre agente e subordinação, nas quais mulheres ativamente e passivamente se criam como mulheres desejáveis” (GAGNÉ & MCGAUGHEY, 2002, p. 819).

Utilizando aportes teóricos do conceito de hegemonia de Gramsci, estas autoras explicam que o processo de agência exercido pelas mulheres na realização da cirurgia plástica se dá na tomada de decisão por uso desta tecnologia, muitas vezes em oposição à opinião de outros, que invoca um determinado controle sobre o modo como as mulheres desejam ser vistas e na construção de uma identidade de si incorporada. Atuar com agência frente à cirurgia plástica estética era um modo das mulheres demonstrarem capacidade de entender que viabilizar a cirurgia estética lhes confere mais competitividade no mercado social de recompensas.

Por outro lado, a tomada de decisão recorre a normativas hegemônicas de beleza internalizadas, percebidas como naturais e que em geral reificam um modelo de subjetividade feminina ancorada na juventude, vitalidade sexual, heteronormatividade e que amplifica as diferenças raciais e de classe. Neste sentido, por si mesmas as cirurgias plásticas estéticas não são tecnologias opressivas, mas pode tornar-se a depender dos fins a que se vinculam.

Para Gagné & MacGaughey (2002) o debate estrutura e agência pode tornar-se demasiado simplista, ao escapar-lhe a concepção de que mulheres simultaneamente exercem agência por terem a capacidade de escolha e são agentes de recriação de normas de beleza sexistas que mediam seus processos de escolhas.

O cerne do debate no conjunto das concepções apresentadas encontra-se em efetivamente reconhecer qual o papel da escolha individual e qual o papel da cultura na decisão da cirurgia plástica estética. Motivações pessoais são processos mediados por fatores culturais e sociais dos mais diversos, e dificilmente podem ser tomados isoladamente como fruto de algo que surge espontaneamente da estrutura psíquica de cada pessoa.

O foco das escolhas pessoais, em qualquer arena da vida cotidiana, resulta de um complexo intersubjetivo que leva em conta julgamento e avaliações pessoais frente a um conjunto de

possibilidades de ações, criadas e recriadas socialmente e pela própria ação dos sujeitos que as encarnam.

Posicionamentos dicotômicos sobre o papel das mulheres no campo das cirurgias plásticas estéticas, ora tendendo a vitimização, ora como ação de autonomia e agenciamento, não permite explorar mais detidamente as mudanças culturais atuais que estabelecem novos modos de concepção do corpo e do lugar da beleza, e como a identidade de gênero vai sendo reconfigurada a partir da adesão (ou não) a estas novas práticas sociais.

Mulheres aderem hoje a práticas estéticas, e em especial a cirurgia plástica, como uma medida de autodeterminação e exercício de algum tipo de poder, num momento histórico onde o poder centra-se no corpo e reflete a capacidade de inserção dos sujeitos numa sociedade de consumo, que torna os corpos uma própria mercadoria a ser consumida em incessantes modos de aperfeiçoamento.

Medicina Estética e autoestima

A melhoria da autoestima e sentir-se bem consigo mesma, harmonizar a imagem que se tem de si mesmo com a imagem refletida no espelho estão entre as mais importantes motivações das mulheres para fazer uso da cirurgia plástica, presente em diferentes estudos realizados no contexto internacional e na produção científica nacional, conforme veremos em sequencia. Importante salientar que na produção brasileira este é um enfoque bastante relevante de pesquisa, entretanto por utilizar majoritariamente os marcos teóricos do campo da Psicologia ou Psicanálise estes não foram tomados para inclusão nesta revisão do estado da arte.

As cirurgias plásticas estéticas conformariam um meio viável de realizar tal propósito e frequentemente tem sido conceituada como uma técnica de harmonização da autoimagem, especialmente nos discursos oficiais da medicina e de outras práticas discursivas circulantes na atualidade, como a mídia que pautam as cirurgias plásticas enquanto um recurso e técnica de embelezamento, como possível de restaurar felicidade e adequar autoestima (ANTÔNIO, 2008; FERREIRA, F, 2010, 2006).

Segundo Poli Neto e Caponi (2007), na elaboração acadêmica do campo da Medicina da Beleza, em geral, não se encontram explicações muito claras sobre o significado de autoestima, que comumente aparecem como sensações subjetivas “... o que faz com que a Medicina da Beleza considere, como resultado de sua intervenção, uma reparação psicológica”.

A autoestima, enquanto um discurso do campo psi, passa a legitimar tanto as motivações dos sujeitos para a realização da cirurgia plástica quanto o próprio campo institucional da cirurgia plástica estética, que permite dizer que toda cirurgia plástica estética é restauradora, no sentido de propiciar meios para que o sujeito retorne a uma condição de normalidade, reparar algo que o tornava estranho a si mesmo.

Esta correlação sobre a noção de autoestima em sua convergência com o campo da Medicina Estética também será objeto de discussão por parte de Edmonds (2010), o qual irá afirmar que o construto autoestima cumpriu uma trajetória de certa estranheza, partindo de uma origem recente como palavra inexistente no idioma inglês até o século XIX até se tornar na atualidade um conceito global vinculado a um conjunto específico de racionalidade com fins sociais e psicoterapêuticos.

Autoestima foi um conceito que viabilizou ao campo da cirurgia plástica estética um grau de legitimidade social porque sua prática está assentada na promoção de uma cura de queixas que alcançam repercussão psicológica. Ao cortar o corpo, também se está curando a alma e o sofrimento mental.

Foram às terminologias advindas da Psicanálise e da Psicologia, especialmente o complexo de inferioridade quando causado por perturbações na aparência, que oportunizaram a Medicina Estética estabelecer um argumento para promover saúde bem mais que cura e/ou ausência de doenças. Promover saúde é também disponibilizar instrumentais tecnológicos para o bem estar psicológico que serão fundamentais para proporcionar felicidade, cura mental e aceitação social (EDMONDS, 2010).

A noção de autoestima afasta a prática cirúrgica da cirurgia estética da subordinação ao argumento da vaidade da clientela gerando uma dupla legitimação e mais valor social para os cirurgiões e para os indivíduos demandantes, que ainda os vincula no compartilhamento das avaliações sobre a necessidade da cirurgia. Pacientes e cirurgiões instauram neste campo o

componente da avaliação subjetiva, o que orienta decisões sobre partes a serem operadas que resultam em corpos negociados, os quais podem provocar tensões e disputas de poder, entre um que possui o conhecimento técnico-científico e o outro que detém o poder de consumir o produto ofertado (BAIMA, 2007; EDMONDS, 2010).

Na pesquisa realizada num hospital universitário no interior de São Paulo, Antonio (2008) observa que as mulheres constroem narrativas sobre seus corpos e sua autoimagem associando-os a sofrimentos psicológicos produzidos pelo fato de que seus corpos não se apresentam em conformidade com a imagem que tem de si mesmas, ou na interação com outros. A reparação e restauro poderia ser assim possível através da cirurgia plástica. O corpo antes da cirurgia plástica estética se constituiria numa “máscara” que resulta em preconceitos, vergonha e por isso impede o reconhecimento das qualidades de cada um.

Gimlin (2007) apresenta uma discussão convergente. Em uma pesquisa comparativa de mulheres que realizaram cirurgias plásticas estéticas na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, a autora encontra nas britânicas uma forte justificção para a cirurgia ancorada na aparência como causa de afastamento social, incluindo as dimensões das relações afetivo-sexuais.

Restabelecer o corpo tal qual o foi um dia, ou tal qual exista em uma imagem construída de si mesmo funcionaria como uma medida de restaurar a identidade de si. Esta abordagem também está presente em Huss-Ashmore (2000) e Davis (2002) as quais arguem que a cirurgia plástica viabiliza meios para superação do sofrimento de mulheres frente a um corpo que não expressa seu “Eu verdadeiro”.

Este eixo de discussão é particularmente importante no desvelamento dos significados associados às cirurgias plásticas, por sinalizar em seu bojo duas vertentes interpretativas da cirurgia plástica estética. A primeira vertente sustenta que esta prática de modificação corporal traz, para cada indivíduo, a possibilidade de retornar ao que se era na perspectiva de recuperar uma identidade e uma imagem de si considerada perdida ou alterada. Como argumenta Antônio (2008) existiria um “Eu escondido” que a cirurgia plástica traz de volta como o “Eu verdadeiro”.

A segunda vertente caminha na linha de argumentos em que as cirurgias plásticas criam novos corpos e uma nova narrativa de identidade na produção de outra pessoa. Esta segunda vertente será abordada mais adiante neste texto.

A perspectiva da cirurgia plástica enquanto um recurso que permite um retorno a si mesmo, foi um dos achados de Kinnunen (2010), num estudo sobre cirurgias plásticas na Finlândia. Na mesma direção, para Sischo & Martin (2014), a recuperação da normalidade com melhoria da autoestima se colocou como uma justificativa para avaliar a decisão de um grupo de mulheres americanas acerca da colocação de implantes nos seios. Nesta pesquisa, a cirurgia plástica realizada restabeleceu a confiança e feminilidade ou como afirmado pelas autoras “...voltar a sentir o que já tinha perdido” (SISCHO & MARTIN, 2014).

Estas argumentações se aproximam dos resultados de Crossley (2006) em estudo acerca de atividades de musculação em academia na Inglaterra, no qual, para muitos dos informantes pesquisados, as práticas corporais ali desenvolvidas tinham como meta a recuperação de algo perdido e não a construção de um corpo ou uma narrativa de identidade particular. As referências para frequentar uma academia se localizavam muito mais na possibilidade de recuperar uma imagem de si do passado (em contraposição a imagem de si no presente), do que na busca por um novo corpo que atendessem as expectativas deste na cultura de consumo.

As abordagens acima apresentadas parecem, em princípio, nos sinalizar que as referências para a escolha de práticas dos regimes de beleza, como as cirurgias plásticas estão vinculadas a um tipo de avaliação comparativa entre passado e presente de sensações corporais vividas, e talvez da própria consciência do processo de envelhecimento, que geram como resultado piora da autoestima, insatisfação, e perda de um certo sentido de identidade da pessoa. O corpo é vivido como problemático, fora do normal e muitas vezes produtor de estigmas.

Adams (2010) afirma que, entre os entrevistados de sua pesquisa realizada nos Estados Unidos, as concepções por eles internalizadas combinadas às noções sociais circulantes sobre aparência jogavam um papel importante na forma como gerenciavam seus corpos em busca de um padrão normal idealizado. Por conta disto a autora reuniu relatos que evidenciaram que a motivação para a cirurgia plástica enfatizava a busca por um corpo dentro de uma faixa média de normalidade, inclusive para a atratividade. Os entrevistados, em sua maioria mulheres, não

almejavam tornarem-se bonitos, mas sim alcançar, de modo ativo, uma eliminação de características atípicas ou até exageradas de seus corpos, que os excluía da normalidade.

Ainda nesta perspectiva, a cirurgia plástica estética permitiria o restabelecimento de uma congruência entre o modo como mulheres percebiam seus corpos e a forma como elas são vistas e tratadas pelos outros (GAGNÉ & MACGAUGHEY, 2002).

Neste foco de análise, de um corpo problemático, responsável pela exposição dos sujeitos resultando em vergonha e estigma, Gimlin (2006) nos oferece uma perspectiva interpretativa do papel da cirurgia plástica ancorada em outro referencial teórico, além do oferecido pelo do corpo como um projeto reflexivo.

Segundo a autora, mulheres optam por realizar cirurgias plásticas estéticas tanto como um projeto de corpo, na perspectiva teórica definida por Giddens (2002) quanto pela possibilidade de constituir-se enquanto uma ferramenta que torna o corpo menos problemático, de acordo a teoria de Leder de corpo ausente (GIMLIN *apud* LEDER, 2006).

Nesta última postulação, o corpo é compreendido como uma presença não notada, em frequente estado de latência ou oculto para a consciência na maior parte das ações cotidianas do indivíduo. A consciência corporal assoma quando há alguma situação de irregularidade ou alguma disfunção corporal que torna este corpo problemático ou indesejável, em geral como decorrente de situações de doenças, irregularidade no funcionamento ou frente aos olhares de outros. A este processo Leder denomina como “*dys-appearance*”. O corpo ausente se torna dissonante e reclama atenção.

É a partir desta tematização do “*dys-appearance*” que Gimlin (2006) busca, a partir de dados de sua pesquisa com mulheres que tiveram cirurgia plástica na Inglaterra, explicar as cirurgias plásticas estéticas como uma via que possibilita aliviar o sofrimento de mulheres que veem seus corpos como um estranho, um corpo que perturba o sentido de identidade do Eu, por mostrar-se como objeto de vergonha e sem expressar a pessoa que se é de verdade. As cirurgias plásticas ao reparar um corpo percebido como problemático atua para restabelecer não somente o mal estar no corpo, mas, sobretudo a conexão com o Eu que se é.

Com esta proposta a autora busca uma complementaridade entre as abordagens explicativas da cirurgia plástica estética, sem negligenciar a dimensão explicativa do lugar que os valores sociais incorporados de beleza e normalidade ocupam para explicar como os indivíduos experimentam seus corpos como normais ou como problemáticos.

Para Menzel et al (2011), que utiliza a abordagem conceitual da influência tripartite da imagem corporal, os fatores socioculturais atuam como influências diretas na conformação de um processo de insatisfação com corpo. Estas associações apontam uma tendência de que sujeitos que referem maior vergonha em relação aos seus corpos, ou até maior insatisfação com a aparência, tendem a apresentar atitudes mais favoráveis à realização de uma cirurgia estética.

Estes autores sinalizam a ocorrência destas associações diferenciadas por gênero. Mulheres apresentam maior internalização dos padrões de beleza, que favorecem as motivações para cirurgias plásticas, em razão de pressões culturais. Homens manifestam maior insatisfação com seus corpos e isto os impulsionam a pensar mais positivamente frente à cirurgia plástica.

Na discussão desta categoria interpretativa da cirurgia plástica estética pode-se perceber que o papel das normas sociais, como sistema de pressão para as cirurgias plásticas não se encontra subsumido. O sofrimento e a infelicidade por portar um corpo produtor de mal-estar à pessoa evidenciam avaliações das mulheres embasadas nas referências culturais e em suas próprias percepções pessoais, num contexto social mais amplo de recorrente conclamação ao valor da liberdade para escolher e da responsabilidade para atuar.

Contextos sociais não são entidades fixas, variam de acordo com especificidades locais, com a temporalidade e com mudanças de práticas que atualizam, reafirmam ou revisam paradigmas culturais que vão conformando o cenário no qual os indivíduos se movem, fazem escolhas e atualizam novos significados as suas ações.

No campo da cirurgia plástica não é distinto. O discurso do restabelecimento de um corpo normal para reflorescimento do Eu verdadeiro precisa possivelmente ser analisado considerando algumas ponderações. A primeira delas é capturar potenciais mudanças discursivas em torno a esta justificação com base na temporalidade. A argumentação do voltar ao corpo normal subsidiou intensamente as motivações para cirurgias plásticas de mulheres nas

últimas duas décadas do século XX (DAVIS, 1995, 2002), possivelmente refletindo uma tentativa de adequação e adaptabilidade a contextos sociais onde o indivíduo não deseja se sobressair, e sim manter-se igual a todos como forma de aceitação em seus grupos de pertencimento.

Esta argumentação concorre nos dias atuais com a da artificialidade na busca pela cirurgia plástica, numa vinculação cada vez mais estreita com um modelo de sociedade urbana caracterizada pela valorização da exposição de si, pelo glamour e certo exibicionismo como traços identitários.

Este tipo de mudança discursiva foi um dos achados de Gimlin (2013) numa comparação entre mulheres com cirurgia plástica entrevistadas no final do século XX e com outras que já realizaram as cirurgias no século XXI. Na avaliação de mulheres envolvidas em cirurgias plásticas no final do século XX a autora verificou uma maior ênfase para o restabelecimento da normalidade da aparência e dos corpos. Para mulheres submetidas à cirurgia plástica mais recentemente a busca pela artificialidade sobressai como escolha por tal prática de modificação corporal.

Uma segunda ponderação que requer atenção diz respeito à noção de sofrimento psíquico como justificção para as cirurgias plásticas. Importante considerar quanto a isto quais as oportunidades que podem ser capitalizadas ou não, ao transformar o sofrimento e a melhoria da autoestima em um processo patológico. Em contextos sociais ou em instituições específicas onde às cirurgias plásticas podem ser oferecidas gratuitamente, o discurso do prejuízo emocional pode representar um meio que assegure o direito a cirurgia. O silenciamento dos reais motivos das mulheres, e o uso de um argumento baseado na necessidade psicológica de reparação pode ser uma via de garantir uma cirurgia gratuita (ANTONIO,2008; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

A argumentação do sofrimento psíquico como base para a cirurgia plástica de todo modo não escapa do debate controverso da dimensão do poder e do agenciamento das mulheres frente aos seus corpos, ainda que se manifeste em respostas não conclusivas e muitas vezes tendentes à intersecção entre empoderantes e opressoras.

Lançar mão da cirurgia plástica para resistir a estigmatização e fortalecer a autoestima possivelmente envolve estratégias de agenciamento feminino, expresso nos diferentes recursos (financeiros, tempo, relação com a dor e os riscos) implicados no processo. Por outro lado abre outras indagações: a autoestima se posiciona como uma condição prévia para a agência das mulheres para optar por uma cirurgia plástica ou se localiza como um elemento de resultado e um fim perseguido do uso deste recurso?

O persistente sofrimento das mulheres com seus corpos as impele a encontrarem respostas na cirurgia plástica, que podem ao mesmo tempo lhes proporcionar maior controle sobre como se relacionar com seus corpos e reafirmar ideais de feminilidade que exigem mais esforços e recursos financeiros. Criam-se assim novas hierarquias entre mulheres que reúnem condições e aquelas que não as tem para consumir novas práticas corporais ou entre as que refutam e as que aderem sistematicamente a estas práticas.

Cirurgia plástica, corpo e consumo

A abordagem teórica feminista acerca da cirurgia plástica estética esteve centrada na apresentação de duas perspectivas de visão deste fenômeno social, em polos antagônicos acerca de qual o papel das mulheres frente à decisão pelo uso deste recurso invasivo de beleza. Na linhagem mais tradicional do feminismo, as mulheres posicionam-se como vítimas da beleza e responde passivamente a mais este mecanismo cultural de opressão de seus corpos. Para as pós-feministas, as mulheres decidem pela cirurgia conscientemente como uma medida de agenciamento e controle de seus corpos.

Algumas autoras, entretanto, tem postulado, compreender a magnitude e os significados da cirurgia plástica para além das vertentes dicotômicas de vitimização x agenciamento, centrando-se nas transformações discursivas acerca do corpo e de seus processos de transformação corporal, em especial a partir da última década do século XX, no bojo da inserção da cirurgia plástica estética na indústria do consumo e da moda (MEREDITH JONES, 2013; HAYES AND JONES, 2009; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

Para estas autoras, esta via de interpretação, sem pretender substituir o debate tradicional, busca adicionar outros modos de captar o objeto cirurgia estética, agora deslocando a análise centrada

no sujeito para o discurso produzido sobre a cirurgia e para as questões de cada contexto cultural que dão especificidade a este procedimento.

Nos contextos culturais atuais, em especial nas sociedades ocidentais, a compreensão das cirurgias plásticas estéticas é atravessada por uma multiplicidade de fatores que conformam o fenômeno, dos quais se destacariam o discurso da individualidade como uma ideologia e um estilo de vida, e a cidadania e a construção da identidade de si vinculada à capacidade de inserção nos mecanismos de consumo.

A constituição da cirurgia plástica estética enquanto mercadoria a ser comprada e consumida fornece a ideia de um objeto agora em dois campos de significações: o do mercado e o da medicina. Campos que pautam discursos e papéis distintos a serem ocupados pelos sujeitos implicados. Numa sociedade de consumo como se tem conformado, conclama-se continuamente à responsabilidade dos indivíduos sobre suas vidas e seus corpos, e que estes façam escolhas baseadas num pensamento racional.

De pacientes passamos a clientes, de quem se espera escolhas informadas e decisão competente sobre o consumo a ser realizado. Para Boulton & Malacrida (2012), as estratégias acionadas pelas mulheres para decisão da cirurgia plástica enquanto uma mercadoria a ser consumida - a exemplo da busca informada sobre o procedimento, escolha do tipo de cirurgia, avaliação dos melhores cirurgiões, avaliação dos riscos e o pagamento – lhes permitem algum tipo de controle sobre seus corpos e o cumprimento da prerrogativa cultural de assumir a responsabilidade individual para melhoria deste corpo.

A aproximação do discurso da cirurgia plástica estética com o de consumo e de moda acentua a perspectiva da cirurgia como um recurso a serviço da melhoria na auto apresentação de cada pessoa. Simultaneamente, possuir corpo “melhorado” e mais de acordo com as expectativas de uma cultura da moda requer a recorrência sistemática às cirurgias plásticas (MEREDITH JONES, 2013).

O desejo de auto aperfeiçoamento amplifica a ideia da cirurgia como motivada pela preferência pessoal e se afasta das concepções de cirurgia estética como um recurso para reparação do mal estar psicológico provocado por um corpo inadequado e não correspondente ao Eu interior. A

aparência reforçada e aperfeiçoada evoca a marcação de uma nova identidade de si, como também de demonstrar a capacidade da pessoa de reunir as condições materiais e financeiras para viabilizar a realização da cirurgia.

Segundo Sanchez Taylor (2012), entre as mulheres inglesas participantes de sua pesquisa, a cirurgia de aumento de seios refletia estratégias para construir ou confirmar um tipo de identidade de gênero e de classe. Elas queriam, através de seus seios notadamente grandes e aumentados, afastar-se de uma feminilidade passiva e aproximar-se da noção de independência e controle que são a marca da mulher “moderna”.

Poder comprar uma cirurgia plástica estética marca uma capacidade de consumo e marca uma possível nova construção de feminilidade, no qual ostentar a nova e falsa aparência, torná-la aparente, visível e glamorosa é uma forma das mulheres demonstrarem mais autoconfiança, mais assertividade, e certo tipo de corpo mais hipersexualizado, expresso numa ampliação (cirúrgica) avantajada de certas partes do corpo a exemplo de nádegas, seios e lábios, que são referências materiais e simbólicas históricas da sexualidade feminina (HOLLIDAY & SANCHEZ TAYLOR, 2006).

A ideia de exibir uma falsa aparência como resultado de determinados procedimentos cirúrgicos estéticos, a exemplo dos implantes mamários, os de glúteos e alguns procedimentos faciais, atende ao que denomina Jones (GIMLIN *apud* JONES, 2008) da estética da artificialidade.

Segundo esta autora, o artificial é uma busca em si mesmo, valorada justamente por opor-se ao “natural” e por estar socialmente conectado com os ideais e os personagens vinculados da atual sociedade de consumo. Como afirma Gimlin (2013, p. 930):

“... a ênfase cultural contemporânea na continua transformação da identidade também informa narrativas que valorizam o artificial, na medida em que constrói a aparência “natural” inalterada como prova de um controle insuficiente do corpo e da vulnerabilidade frente ao declínio físico”.

Aparência reforçada ou artificial também permite compreender um modo de apreensão dos corpos como partes separadas para as quais se poderia atribuir julgamentos valorativos, com consequentes medidas de melhoramento corporal que melhor expressem os ideais pretendidos dos sujeitos. A parte do corpo que se quer alterar é percebida como um objeto fora da pessoa,

e ao ser alterado requer ser ostentada como uma marca (GIMLIN, 2010; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

Berger (2006) em seus achados de pesquisa relata que as entrevistadas tinham mais vontade de exposição e desinibição com seus corpos depois da cirurgia. Estas mulheres assumiam publicamente suas cirurgias, falavam abertamente sobre a experiência e frequentemente queriam mostrar para a pesquisadora seus corpos transformados sem demonstrar nenhum constrangimento. Conforme citado pela autora: “ter passado por cirurgia plástica é mais natural do que não ter se submetido a nenhuma” (BERGER, 2006, p. 220).

Importante sinalizar aqui uma dimensão apontada por Sanchez Taylor (2012) da necessidade da exibição como uma possível demonstração de status dentro de uma hierarquia de valores compartilhada por um determinado grupo.

As mulheres pesquisadas por Berger (2006) tinham como perfil serem de alta classe média, moradoras da cidade de São Paulo, consumidoras de diferentes (e caros) regimes de beleza, e compartilhavam noções de corpo moldável para fins de manutenção do capital simbólico da beleza, preocupação com a autoimagem, e a necessidade de esforços contínuos de aperfeiçoamento corporal para exibição de seus corpos (na melhor forma possível).

A realização de cirurgias plásticas estéticas não se descola do contexto de inserção dos sujeitos que as utilizam, informando práticas e discursos específicos que as sustentam e lhes dão legitimidade, penetração e aceitabilidade social. As cirurgias plásticas podem trazer significados e capacidade de utilização diferenciada entre mulheres de diferentes classes sociais e informando construções distintas de gênero.

Embora, na atualidade a imagem da cirurgia estética como recurso de beleza tem sido largamente popularizada através dos diferentes meios de comunicação e, facilitado seu acesso através de novos mecanismos de pagamento (financiamento bancário ou parcelamento), ainda não se pode dizer que o consumo de cirurgias plásticas esteja no mesmo patamar de outras mercadorias ou outras práticas de beleza como ida à manicure ou depilação, por exemplo.

Conforme salienta Sanchez Taylor (2012) os padrões de inserção no consumo e as pressões para exercer ou manter-se num determinado tipo de beleza não é o mesmo entre as mulheres. Determinadas mulheres, de grupos sociais específicos reúnem mais condições materiais e sejam mais requisitadas a apresentarem um processo de gestão de seus corpos que de todos os modos reflita, através da boa aparência ou aparência reforçada, suas inserções de classe e suas concepções de gênero.

A transformação da aparência com o objetivo de tornar-se boa aparência, através do uso de inúmeras práticas, incluindo a cirurgia plástica, baseia-se na ideia de que todos podem (e devem) realizar este fim, informando um discurso de igualdade que encobre determinados limites e questionamentos. O primeiro deles é que esta discursividade tenta apagar as múltiplas interações de cada pessoa com seu corpo real, incorporado no mundo, e que estas interações ocorrem com base nos marcadores e nas desigualdades de gênero, etnia, classe e idade.

A segunda é a banalização dos riscos e potenciais perigos das práticas de beleza, sobretudo as mais invasivas como as cirurgias estéticas. E por fim, o resultado das cirurgias plásticas não necessariamente leva a que as pessoas estejam mais felizes com seus corpos, podendo ao contrário, provocar mais autoexame em busca de reais (ou inexistentes) imperfeições e maior comparação com outros (FEATHERSTONE, 2010; HAYES & JONES, 2009).

Como afirmado por Featherstone (2010, p. 213) “novo corpo e um novo rosto podem fazer com que as pessoas se vejam de uma maneira nova. Mas algo abaixo desta deve ser retida: continuar a brilhar ou fornecer uma falta de presença”.

Cirurgia plástica estética e envelhecimento

A relação do envelhecimento com as cirurgias plásticas estéticas tem sido uma linha de interpretação importante a explicar as motivações para a cirurgia plástica, assim como nos ajuda a compreender como as sociedades atuais pensam o envelhecimento a partir de um conjunto de tecnologias anti-envelhecimento, desnaturalizando processos secularmente tidos como naturais.

Kinnunen (2010), a partir de seus estudos sobre cirurgias estéticas e envelhecimento na Finlândia, apresenta uma perspectiva na discussão da cirurgia plástica e envelhecimento, na qual cirurgias plásticas tornam-se práticas desejáveis não pela negação do envelhecimento, mas pela possibilidade de controlar as representações das emoções e do corpo associado com o envelhecer.

Cirurgias plásticas permitiriam, segundo Kinnunen (2010) o denominado “envelhecimento positivo”, que proporcionaria emoções mais positivas e felizes, um recurso para melhorar os sinais visuais das emoções negativas que ficam evidenciadas pelo envelhecimento. Para esta autora as emoções negativas podem se referir a diferentes tipos que marcam a trajetória da vida de qualquer indivíduo, a exemplo das experimentadas por situações de doença, separações, desemprego, que terminam por ficarem encarnadas no corpo. A cirurgia plástica atuaria neste processo também produzindo emoções encarnadas, porém de cunho positivo, como a demonstrar vida bem sucedida e felicidade.

Espera-se, ao utilizar a cirurgia plástica, a criação de um olhar mais positivo sobre o envelhecer e menos a perspectiva de negação deste. Diante desta argumentação, a autora citada visibiliza a dimensão dos estigmas culturalmente associados ao envelhecimento, apontando em sua pesquisa que os usuários de cirurgia plástica buscavam através desta um meio de enfrentar e reparar os estereótipos associados ao envelhecimento, especialmente aqueles referidos à perda da beleza e da atratividade e o aumento da invisibilidade perante o olhar dos outros.

Em Brooks (2010) encontra-se uma abordagem aproximada a de Kinnunen, com algumas ênfases diferenciadas. Ambas as pesquisadoras localizam a cirurgia plástica como um meio tecnológico do rol das estratégias contemporâneas de antienvelhecimento, destinadas a produzir, segundo denomina Brooks (2010), “envelhecimento bem sucedido”, terminologia bastante similar à acima referida. Coincidem em referir à cirurgia plástica como uma nova oportunidade na resistência ao estigma de envelhecer.

A autora ao caracterizar cirurgia plástica como meio para “envelhecimento bem sucedido”, esclarece que a decisão por este recurso baseia-se nas dimensões da escolha e da responsabilidade individual, aspectos chaves da relação dos indivíduos com seus corpos e consigo mesmo nas sociedades contemporâneas. Esta conceituação dialoga com Giddens

(2002), onde há um incitamento contínuo a que os indivíduos assumam as rédeas sobre seus corpos e, se responsabilizem por encontrar meios que os modele/remodele para melhor apreciação de seu valor.

A abordagem da escolha e responsabilidade individual, que está implícita na utilização da cirurgia plástica associada ao envelhecimento, é apresentada pela autora de forma dialética: a mesma dimensão de responsabilidade individual pode reverter-se em problema individual ao tornar o envelhecimento como responsabilidade individual, aumentando a sensação de culpa, vergonha e estigma quando o indivíduo não consegue cumprir os requisitos do “envelhecimento bem sucedido”, ou seja, quando se deixa envelhecer. Cirurgias plásticas, neste sentido, estariam a criar novos e rigorosos padrões para o processo de envelhecimento, com reforço da ideia do envelhecer como da ordem do patológico.

As cirurgias plásticas associadas ao rejuvenescimento estariam fundamentadas naquilo a que Kinunnen (2010,p. 268) afirma “... a ascensão da cirurgia de rejuvenescimento tem raízes a partir das representações cotidianas do corpo normativo, que é jovem, bonito, saudável, feliz, eficaz e muitas vezes branco”.

Isto é particularmente problemático para as mulheres por reforçar padrões mais tradicionais de feminilidade, como a atratividade e juventude, exigindo esforços contínuos e, algumas vezes, reforçados como os que ocorrem com as cirurgias estéticas, numa idade em que muitas das mulheres já esperariam estar liberados para viver o envelhecimento, em que não lhes seja exigidos a beleza jovem, o corpo magro e a atratividade sexual.

Por outro lado, cirurgias plásticas desafiam normativas culturais tradicionais acerca do envelhecimento por desestabilizarem a noção deste como um fenômeno somente da ordem do natural e biológico (BROOKS, 2010; ANTONIO, 2008). Cirurgias plásticas estéticas funcionam como um instrumento de controle das mulheres para retardarem ou melhorarem o envelhecer, dando-lhes agência para si e em seus corpos.

As abordagens da cirurgia plástica estética enquanto recurso tecnológico antienuelhecimento e suas consequências de proporcionar positividade, atratividade e diminuir os efeitos culturais negativos do envelhecer parecem confirmar o caráter fluido da feminilidade (WINTERICH,

2007) no qual as práticas corporais exercidas pelas mulheres ganham reconfigurações diversas a depender do contexto social e do momento histórico em que são elaboradas e exercidas.

No cenário atual, diferente do que acontecia há cinquenta anos, por exemplo, as normas, os valores e as representações sociais frente ao envelhecimento guardam uma expectativa de que mulheres assumam escolhas para deter e melhorar o envelhecimento. Tecnologias corporais anti-idade são fortemente ofertadas e convocam mulheres á sua adesão, num simultâneo de empoderamento e submissão normativa.

A associação entre cirurgias plásticas e “envelhecimento bem sucedido ou positivo”, embasada em pressupostos ideológicos que reafirmam a individualidade e a responsabilidade de cada um sobre si e seus corpos, tende a invisibilizar ou negligenciar as possibilidades e limites diferenciados em torno à noção de responsabilidade individual.

Considerações Finais

Nos estudos levantados neste capítulo a cirurgia plástica estética é entendida como um instrumento da biotecnologia, inserida na cultura enquanto seu produto e ao mesmo tempo produtora de novos paradigmas e categorias sociais. Tecnologias médicas, como as do campo da cirurgia plástica estética, não são neutras, elas estão inseridas em contextos morais, culturais, econômicos e políticos disputando legitimidade, reconhecimento e adesão de novos públicos através de práticas, instituições e discursos.

Corpos transformados pela cirurgia estética nos revelam como as tecnologias médicas, como processos mais gerais, viabilizam processos de mudanças nos modos dos indivíduos se relacionarem com seus corpos, e a forma como a sociedade vai estabelecendo novos paradigmas para a relação entre corpo e subjetividade em articulação com demandas e influências sociais locais e globais (CAPRARA & IRIART, 2011).

A alteração dos corpos pela cirurgia plástica estética revela que as novas modelagens corporais podem estar a contestar ou reificar padrões culturais hegemônicos, que na atualidade converge para um duplo modelo que tenta articular as trocas sociais entre os padrões locais de corporalidade, de caráter mais específico e diversificado, e aqueles mais globais,

homogeneizantes em sua forma física, marcadamente influenciados pela mídia e pela indústria do consumo.

Cada contexto cultural tem um papel importante na definição das motivações para a cirurgia plástica, assim como para o tipo de cirurgia realizada. Contextos culturais que valorizam cuidados corporais tendem a proporcionar para as mulheres a eleição da cirurgia plástica como um recurso para cuidado de si, mais independente da opinião e aprovação de outros. Do mesmo modo, o tipo de cirurgia eleita pode refletir valorizações sociais mais amplas sobre aquelas partes do corpo mais vinculadas à atratividade, correlacionando modelagem corporal e papéis tradicionais de gênero.

A cirurgia plástica se situa como uma medida individual e tecnológica para uma questão que encontra suas raízes nas perspectivas estruturais e sociais. A realização de cirurgia plástica estética por mulheres poderia assim ser compreendida como uma técnica de feminização, que comporta as dimensões de subordinação e disciplinamento frente às normas de gênero, do mesmo modo que permite o controle das mulheres sobre seus corpos, num exercício de poder, porém dentro de padrões hegemônicos.

No campo das cirurgias plásticas estéticas a experiência de mulheres que modificam seus corpos pode estar apontando para novos fenômenos sobre a produção de sentidos sobre os corpos, num contexto que deve considerar a ação da cultura, o poder da mídia, a adequação aos valores de uma sociedade individualista, consumista e psicologizante. Entretanto, não se pode deixar de fora, a emergência de se conhecer os reais sujeitos que operam através e em seus corpos estas novas inscrições corporais, sociais e subjetivas.

Meredith Jones (2013) nos chama a atenção que a mais notável modificação da cirurgia plástica na última década está em sua expressiva inserção enquanto parte do processo globalizado da indústria de consumo, que reafirma velhos paradigmas, a exemplo do reforço ao status, e estabelecem novos, como a ênfase no papel de clientes em detrimento ao de pacientes, que requer cumprimento de papéis e de relações diferenciadas nas mulheres e no campo médico.

Cirurgias plásticas estéticas necessitam ser interpretadas como híbridas por refletirem influências culturais globais de consumo, status e normas de beleza, ao mesmo tempo em que

se inter cruzam e são mediadas pelos contextos culturais locais que dão valores e significados diferenciados a esta experiência incorporada.

Na literatura analisada persiste, porém, a inquietante lacuna relacionada à compreensão das razões da permanente insatisfação das mulheres com seus corpos, assim como uma mais ampla abordagem do fenômeno como uma questão de saúde pública em função da incipiente abordagem do tema na perspectiva dos riscos à saúde.

Como cirurgias estéticas se encontra assentada na lógica da estética, este paradigma tem convergido para produzir uma recorrente banalização dos riscos e implicações do processo cirúrgico na saúde e nos corpos humanos. Esta minimização de riscos é uma dupla operação tanto do campo médico, expressa em profissionais médicos sem formação especializada para a cirurgia plástica aderindo a esta prática cirúrgica sem o devido aporte de conhecimentos, do mesmo modo como da clientela que invisibiliza as dimensões do risco, da dor e pouco se interessa por estes elementos na busca pela cirurgia.

Capítulo 4: Percurso Metodológico

Este trabalho de Tese teve como proposta a realização de um estudo qualitativo, de enfoque sócio antropológico, com produção de dados não estruturados que toma como objeto de

investigação a cirurgia plástica estética como um acontecimento numa narrativa de vida, um momento numa história pessoal, porém imerso num contexto social e histórico que lhe torna possível sua existência.

A temática escolhida para investigação explora diferentes perspectivas a lhe compor um mosaico, desde a dimensão da subjetividade até as conexões com os grandes marcos conceituais de corpo e gênero e as articulações destes com o modo de constituir-se sujeitos nas sociedades contemporâneas atuais.

Buscamos apreender de como as experiências pessoais relacionadas ao objeto de investigação das cirurgias plásticas estéticas muito nos falam sobre o mundo em que estamos e a forma que indivíduos e mundo vão dando sentido a experiência de tornar o corpo mais ainda um objeto da cultura, cada vez mais mediado e transformado pela tecnologia.

Consideramos que nosso ofício metodológico neste estudo dialoga com a fala de Bourdieu (1996, p. 15) naquilo a que ele nomeia como o “caso particular do possível”:

(...) não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la, porém, como “caso particular do possível” (...).

O evento da cirurgia plástica estética conforme trazemos neste estudo pelas narrativas das mulheres é um caso particular de uma dada realidade empírica, desde sua dimensão individual, quanto da sua situacionalidade histórica, territorial e temporal, cuja apreensão só se torna possível pelo desvelamento dos significados culturais e sociais da experiência.

As contribuições da antropologia interpretativa de Geertz (2008) e seu conceito de cultura são tomados neste estudo para nos ajudar a sustentar a proposta de interpretação e compreensão das narrativas sobre a experiência da cirurgia plástica como um texto cultural tecido em ações e palavras.

A cultura, a partir desta abordagem, entende que a ação humana é social e pública porque é fruto de um conjunto de “símbolos significantes” que orientam as experiências humanas, existindo anteriormente a cada indivíduo e com continuidade mesmo após a sua morte. Estes

significados culturais orientam a experiência humana e a experiência humana a altera, a resignifica e acrescenta outros significados (GEERTZ, 2008).

Para Geertz (2008) a cultura é uma teia de significados cuja construção é feita pelo homem e ao fazê-la ele próprio se implica e se enreda nestas teias de significações. A cultura é um contexto o qual dá significado as ações, as palavras, aos discursos. As ações humanas estão enredadas num contexto cultural que lhe dá significado e, a tarefa antropológica da interpretação tem missão de percorrer um caminho onde as significações foram estabelecidas marcando o que se desvela pelas ações práticas ou palavras num determinado contexto, ou seja, a tarefa de encontrar a teia. E isto é realizado dentro de um processo no qual somente temos acesso à parte da realidade ou a parte do objeto que tentamos apreender.

A análise cultural seria, assim, uma apreensão dos significados numa apropriação da realidade que sempre nos é, para os pesquisadores, dada pelo que os informantes ou nativos nos dão acesso (GEERTZ, 2008)

A ação interpretativa do trabalho antropológico deve considerar, portanto que há uma complexidade no mundo social e cultural e é este panorama que o pesquisador vai se defrontar o de desvelar num objeto os seus múltiplos significados dados pelo contexto de sua inserção. As falas e ações de cada sujeito da pesquisa são textualidades que se conectam com outros tantos textos e com seus contextos (BIBEAU e CORIN, 1995). É esta tarefa que nos propomos: capturar em cada texto as relações com outros modos de significações e como estas informam sobre os contextos sociais e culturais que produzem significados sobre transformações corporais e a mediação da tecnologia médica, através da cirurgia plástica estética.

A PESQUISA

Instrumentos Metodológicos

Os instrumentos metodológicos adotados neste estudo foram a entrevista narrativa e um questionário fechado para identificação do perfil sócio demográfico e do mapeamento de dados referentes às cirurgias plásticas realizadas.

A escolha pela entrevista narrativa como técnica de produção de dados nesta pesquisa deu-se pela possibilidade da mesma estimular nas entrevistadas a narração de um acontecimento significativo em sua trajetória de vida importante em sua vida (BAUER, 2003), na qual consideramos a realização de uma cirurgia plástica estética um acontecimento e uma experiência na história de vida dos sujeitos que tem o potencial de reorganizar sua trajetória e suas ações.

Segundo Castelhanos (2014) as narrativas tanto podem ser as grandes narrativas, vinculadas aos sistemas de interpretação do mundo, bem como as pequenas narrativas, que se constituem num espectro que comporta desde as histórias curtas até os registros biográficos e se caracterizam pelo esforço de mediar às significações da relação do sujeito no mundo. As narrativas permitem trazer a tona a experiência pessoal mediada pela análise da cultura e ação social, ou seja, permitem a captura da experiência pessoal a partir da reflexividade sobre si mesmo, da própria experiência inserida numa temporalidade e num dado contexto sócio cultural.

Considerando que a experiência de realizar uma cirurgia plástica estética é tanto uma ação quanto uma decisão informada pela capacidade de constituir um projeto reflexivo sobre si mesmo e, que sua ocorrência pode desenrolar outro modo de ser no mundo nos sujeitos implicados, vimos na entrevista narrativa a escolha metodológica mais adequada a nos permitir o desvelamento da experiência a partir dos significados pessoais construídos que também é parte da representação do real e dos contextos sociais de sua produção.

A entrevista narrativa permitiu que parte da história de vida das mulheres fosse capturada e reconstruída a partir do objeto disparador - a experiência vivida da cirurgia plástica estética – retomando tópicos familiares e história biográfica desde infância e adolescência (com foco no tema principal), ordenação de eventos e ações que culminaram na própria cirurgia, a colocação

em cena do contexto e outros personagens e, a finalização com o olhar e a percepção sobre as transformações que a experiência efetivamente agregou em suas vidas.

As entrevistas narrativas foram iniciadas com suas histórias de vida, percepções sobre seus corpos desde a infância, registro de marcadores de experiências importantes nesta trajetória que estabeleceram transformações em seus corpos (a exemplo de gravidez), significados de seus corpos antes da cirurgia, a construção da decisão da cirurgia, a experiência da cirurgia, e os sentidos atribuídos a seus corpos e a questão de gênero pós-modificação corporal.

O outro instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi o do questionário fechado, aplicado após o término de cada entrevista. Era solicitado às mulheres entrevistadas que preenchesse um questionário fechado, composto de 14 questões, que buscava levantar informações de identificação pessoal, perfil sócio econômico das mulheres entrevistadas, número e tipo de cirurgias plásticas já realizadas, modalidade de pagamento e local de realização da cirurgia plástica, assim como identificação dos cuidados estéticos corporais que faziam parte de sua rotina habitual.

Todas as respostas do questionário acerca do perfil sócio demográfico foram autorreferidas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados do questionário foram tabulados por Excel para traçar um perfil sócio demográfico das mulheres entrevistadas.

Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada com mulheres residentes no município de Salvador-Bahia, no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, através da técnica de coleta de dados de entrevista narrativa e de questionário fechado. As entrevistas ocorreram após apresentação e aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa foram num total de 15, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão como sujeitos da pesquisa: a) terem residência fixa no município de Salvador; b) terem realizado ao menos uma cirurgia plástica estética no período de 2001 a 2011; c) idade entre 20 e 60 anos; d) pertencentes aos segmentos sociais denominados de renda média e média alta.

As variáveis do estudo que foram consideradas na identificação das mulheres, porém sem efeito de exclusão e nem de inclusão na pesquisa, foram às relacionadas ao estado civil, escolaridade e ocupação. Elas foram consideradas como informações relevantes no mapeamento do perfil de todas as entrevistadas a partir do questionário fechado elaborado e, tomamos estas variáveis para interpretação no processo de análise à medida que elas iam estabelecendo convergência com as categorias dos critérios de inclusão acima referidos e os achados daí produzidos.

Os critérios de exclusão adotados para eleição das mulheres sujeitos da pesquisa foram: a) mulheres não residentes no município de Salvador; b) mulheres com renda inferior à faixa mínima estipulada, conforme apresentaremos abaixo; c) mulheres com idade inferior ou superior à estabelecida no recorte do estudo; d) mulheres que tenham realizado cirurgia plástica anterior ao ano de 2001; e) mulheres que tenham realizado cirurgias plásticas estéticas com finalidade restauradora ou tendo por origem processos vinculados às cirurgias bariátricas.

Perfil Sócio Demográfico das Entrevistadas

O perfil sócio demográfico do conjunto das 15 entrevistadas encontra-se na Tabela 1 abaixo apresentada, no qual apresentamos dados acerca das variáveis de idade, escolaridade, ocupação, estado civil e presença de filhos, cujo detalhamento encontra-se nos tópicos e Tabelas em sequência. Com o objetivo de preservar as identidades pessoais e como compromisso ético de confidencialidade se definiu pela escolha de nomes substitutivos aos originais e optamos por nomeá-las com nomes de Deusas extraídos da Mitologia Grega. As Deusas Gregas se referiam às divindades que eram invocadas a partir de suas características e poder. A atribuição do nome a cada uma das entrevistadas foi feita pela identificação de determinadas características físicas ou psicológicas que foram apreendidas no trabalho de campo e no debruçar sobre suas entrevistas que tinham algum tipo de associação com o perfil de determinada Deusa.

Tabela 1: Perfil das entrevistadas pelas variáveis de idade, escolaridade, ocupação, estado civil, tipo de cirurgia e presença de filhos.

NOME SUBSTITUTIVO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	TIPO CIRURGIA	FILHOS
(Deusas Gregas)						

Afrodite	46 anos	Superior Completo	Fisioterapeuta	Separada/ Divorciada	Mamoplastia de aumento	Sim
Ártemis	21 anos	Superior Completo	Gastronomia	Solteira	Mamoplastia de aumento	Não
Atena	47 anos	Superior Completo	Assistente Social	Casada	Abdominoplastia	Não
Deméter	47 anos	Ensino Médio Completo	Empresária	Casada	Lipoescultura	Sim
Febe	32 anos	Superior Completo	Administradora	Casada	Lipoaspiração, abdominoplastia e mamoplastia de aumento	Sim
Gaia	48 anos	Superior Completo	Advogada	Casada	Abdominoplastia e lipoescultura	Sim
Hebe	23 anos	Superior Incompleto (em curso)	Estudante de Psicologia	Solteira	Lipoaspiração	Não
Hemera	25 anos	Superior Completo	Professora	Solteira	Mamoplastia de aumento	Não
Hestia	44 anos	Ensino Médio Completo	Dona de casa	Casada	Mamoplastia de aumento e plástica vaginal	Sim
Irene	24 anos	Superior Completo	Advogada	Solteira	Mamoplastia redutora	Não
Nix	60 anos	Superior Completo	Empresária	Separada/ Divorciada	Abdominoplastia e mamoplastia de aumento	Sim
Perséfone	28 anos	Pós Graduação	Bióloga	Solteira	Mamoplastia redutora	Não
Tálassa	36 anos	Superior Completo	Empresária	Separada/ Divorciada	Abdominoplastia, lipoaspiração, suspensão de seio e mamoplastia de aumento	Sim
Temis	23 anos	Superior Completo	Advogada	Solteira	Mamoplastia de aumento	Não
Tétis	26 anos	Superior Completo	Advogada	Solteira	Mamoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia	Sim

Renda

A inclusão da categoria renda como critério para participação das mulheres na pesquisa teve como objetivo delinear um perfil específico de mulheres que acessam a cirurgia plástica, na qual seu pertencimento de classe às camadas de maior renda é um meio distintivo de se

apropriar das práticas de cuidados corporais e estéticos, incluindo a cirurgia estética, ao tempo que as modificações operadas pela cirurgia as ajudam a manter ou agregar mais distinções sociais em seu contexto específico de pertencimento.

Para a classificação destas mulheres como pertencentes às camadas médias e médias altas tomamos nesta pesquisa duas vertentes: uma, com base nas noções de Bourdieu (1989) sobre classe social, o qual explicita que esta também se expressa por outros referentes sociais e simbólicos que atestam a relação entre agentes com posições próximas no espaço social. O perfil econômico e as condições culturais próximas entre agentes dão a possibilidade de que eles compartilhem significados, comportamentos e práticas comuns.

Nesta perspectiva tomamos como elementos para indicar este tipo específico de pertencimento de classe o levantamento do local de residência, dos seus contextos culturais de inserção, locais e atividades que estão implicadas em seus cuidados corporais e estéticos, ocupação profissional, história familiar, hábitos corporais da infância e adolescência que nos ajudou a conformar um perfil de público com alta inserção naquilo a que caracteriza pessoas com alto capital econômico.

A segunda vertente tomada foi a de classificação de classe social pelo recorte econômico com a identificação do perfil de renda média familiar. As faixas de renda familiar consideradas foram as que seguem abaixo, tomando como base o valor do salário mínimo estabelecido oficialmente pelo governo brasileiro no ano de 2011, que esteve fixado no montante de R\$ 545,00, conforme a Lei 12.382/2011, publicada no Diário Oficial da União em 28 de fevereiro de 2011 e com data de vigência a partir de 01/03/2011:

- a) 10 S.M a 15 S.M (R\$ 5.450,00 a R\$ 8.175,00)
- b) 16 S.M a 20 S.M (R\$ 8.720,00 a R\$ 10.900,00)
- c) 21 S.M a 25 S.M (R\$ 11.445,00 a R\$ 13.625,00)
- d) Acima de 26 S.M (R\$ 14.170,00)

Os resultados levantados no questionário fechado acerca da renda das mulheres entrevistadas aferem que a maior parte destas se encontrava na faixa de renda de 21 a 25 salários mínimos, que correspondia aos valores de renda entre R\$ 11.445,00 a R\$ 13.625,00, conforme Tabela 2 que segue abaixo:

Tabela 2: Distribuição das entrevistadas segundo a renda informada e com base no valor do salário mínimo do Brasil em 2011.

FAIXA DE RENDA	ENTREVISTADAS
10 a 15 S.M.	4
16 a 20 S.M.	3
21 a 25 S.M.	6
Acima de 25 S.M.	2

Escolaridade e Ocupação

A identificação do perfil de escolaridade e de ocupação das entrevistadas além de nos proporcionar o olhar sobre quem são as mulheres pesquisadas, tanto em sua singularidade, como nos lugares que ocupam no seu contexto social, também se constituiu em um material a complementar o mosaico de informações para conformar a sua classificação de classe, segundo a vertente adotada neste estudo com base na proposta de Bourdieu (1989) aqui já apresentada.

O perfil das entrevistadas nos informa que este é um grupo com alto nível de escolaridade, sendo que das 15 entrevistadas, 12 delas possuem nível superior de escolaridade completo (Tabela 3), o que é mais um indicativo da posição de classe deste conjunto de mulheres. Indivíduos pertencentes às camadas de maior renda apresentam em geral maiores níveis de escolaridade pela possibilidade de postergar seu tempo de entrada no mercado de trabalho e se dedicar para uma formação mais qualificada em seu nível educacional que lhes permita concorrer a melhores oportunidades no mercado de trabalho.

Tabela 3: Distribuição das entrevistadas segundo a escolaridade informada.

ESCOLARIDADE	ENTREVISTADAS
Pós-Graduação	1

Superior Completo	11
Superior Incompleto (em curso)	1
Ensino Médio completo	2

Quanto à variável Ocupação encontramos um perfil mais heterogêneo com duas categorias de ocupação com a mesma distribuição, profissionais do campo do Direito (3) e Empresárias (3) (Tabela 4). Há uma majoritária presença destas mulheres com inserção no mercado de trabalho, o que é compatível com as mudanças sociais e econômicas da sociedade brasileira a partir da década de 70, caracterizada pelo maior ingresso e presença de mulheres na força de trabalho. Importante ressaltar que esta é uma inserção qualificada, tanto em termos do tipo de atividade, na área de bens e serviços e também na área de ensino, quanto em termos do perfil de renda relacionado à estas atividades.

Tabela 4: Distribuição das entrevistadas por ocupação referida.

OCUPAÇÃO	ENTREVISTADAS
Advogadas	3
Empresárias	3
Estudantes	2
Sem ocupação	2
Bióloga	1
Servidora Pública	1
Professora Universitária	1
Professora Nível Médio	1
Administradora	1

Idade

A variável de idade foi uma das consideradas como critério de inclusão ao estabelecer o limite mínimo de 20 anos e máximo de 60 anos de idade, considerando o momento de realização da entrevista. Estes limites foram estabelecidos com a proposta de buscar identificar processos de

significação da cirurgia estética a partir das vivências das mulheres nos marcos da vida adulta. Trazer sujeitos da pesquisa com idades abaixo do limite mínimo e acima do limite máximo nos levaria a ter que considerar de modo mais profundo as articulações do objeto com marcos conceitual da adolescência e da vida idosa que poderiam trazer alguns vieses específicos de interpretação.

Para o grupo estudado encontramos que houve uma predominância das pesquisadas na faixa etária de 20 a 29 anos com a frequência de 07 mulheres. A esta seguiu a faixa etária de 40 a 49 anos com a presença de 05 mulheres. Entre 30 a 39 anos registra-se 02 mulheres e, de 50 a 60 anos apenas 01 das mulheres da pesquisa se encontrava nesta faixa etária.

Estado Civil e Existência de Filhos (as)

A identificação do perfil das entrevistadas registra que sete (07) delas apresentam estado civil informados como solteiras, 06 (seis) como casadas e (03) como separadas/divorciadas. A identificação do estado civil nos possibilitou estabelecer articulações com as discussões sobre as demandas por um corpo modelado numa sociedade que faz pressão e cobrança do corpo como valor para o mercado afetivo sexual. Também a condição do estado civil foi particularmente importante na discussão de como a cirurgia plástica estética se coloca como um recurso para o rito de passagem da condição de casada para divorciada ou de em relacionamento fixo para voltar à condição de solteira, conforme veremos mais adiante nos capítulos que analisam as narrativas das entrevistadas.

O mapeamento da existência de filhos também nos proporcionou informações bastante relevantes que permitiu situar à cirurgia plástica no debate sobre mulheres e ciclo de vida na qual a experiência das mulheres com seus corpos maternos podem ser significados pela cirurgia estética como uma medida para apagar as marcas da maternidade e amamentação ou conciliar estes papéis a partir da restauração da atratividade e sensualidade. Do total de 15 entrevistadas, oito (08) delas tinham filhos e sete (07) não tinham filhos no momento em que realizamos o trabalho de campo.

Mapeamento das Cirurgias Realizadas

Em relação à quantidade de procedimentos realizados identificamos que 09 das entrevistadas se submeteram a 01 procedimento cirúrgico, 04 a dois procedimentos cirúrgicos e 02 a três procedimentos cirúrgicos.

No ranking das cirurgias realizadas, pelo tipo de cirurgia, o Implante de Silicone nos Seios foi o tipo que obteve maior frequência com 09 cirurgias realizadas, seguido de abdominoplastia com 06 cirurgias realizadas. Lipoaspiração ficou em terceiro lugar com 04 cirurgias e, Mamoplastia redutora e Lipoescultura empataram com 02 cirurgias realizadas, em cada um deste tipo de procedimento. Suspensão de seios aparece uma vez, assim como a plástica vaginal.

Quanto ao tipo de estabelecimento de saúde utilizado na realização da cirurgia plástica encontramos que 09 (nove) das entrevistadas fizeram suas cirurgias em clínicas particulares e 06 (seis) em hospitais privados. Este resultado dialoga com os achados sobre a forma de pagamento das cirurgias que foi para 100% das entrevistadas feito com recursos próprios.

Na indagação sobre o interesse ou desejo de vir no futuro realizar uma nova cirurgia plástica estética encontramos que para dez (10) das entrevistadas a resposta foi Sim, e para cinco (05) delas a resposta obtida foi Não.

Trabalho de campo

As mulheres entrevistadas foram identificadas e contatadas para a pesquisa através da técnica de bola de neve, feita originalmente junto a amigos e familiares da pesquisadora e posteriormente, pelas próprias entrevistadas que passaram a acionar a sua rede de contatos e relações pessoais para indicação de novas entrevistadas.

O trabalho de campo se inicia com a identificação de informantes chaves que tiveram a função de indicar pessoas do seu círculo social que haviam feito cirurgias plásticas estéticas e atendiam aos critérios de inclusão para participante da pesquisa. A rede de informantes chaves acionada se deu através de contatos com colegas do curso de Doutorado com inserção em atividades profissionais como clínicas de fisioterapia ou que tinha trabalhado numa clínica de cirurgia plástica, profissionais de Educação Física da academia de ginástica que frequentava, assim

como a do meu marido, colegas do meu e do local de trabalho do meu marido, assim como amigos próximos. Esta primeira abordagem para aproximação com informantes-chaves permitiu a identificação das minhas duas primeiras entrevistadas.

A primeira entrevista, do círculo de relações profissionais do meu marido, teve seu agendamento para o local de trabalho da entrevistada, um escritório de representações de diferentes marcas comerciais à qual ela é proprietária. A entrevistada mostrou-se muito acolhedora e em vários momentos da entrevista retira parte de seu vestuário para mostrar os locais em seu corpo onde tinha feito à cirurgia estética e sempre indagando se não estava linda.

A segunda entrevistada também foi acionada a partir do círculo profissional de meu marido, e a entrevista também ocorreu em seu local de trabalho, uma grande concessionária de veículos da cidade, na qual exercia a função de Administradora. Esta entrevistada, expansiva e carismática, era alvo de muitos olhares por parte de seus colegas de trabalho e pela clientela masculina, observação que pude capturar no período em que fiquei aguardando ser atendida pela mesma. Em ambas as entrevistadas me chamou a atenção à desenvoltura e desembaraço em abordar o tema e contar suas histórias, assim como a disponibilidade em ocupar seu tempo de trabalho, inclusive priorizando a entrevista mesmo em situações que estavam sendo muito demandadas a se ocuparem de suas atividades laborais.

Penso que estes dois casos ilustram como a proximidade das entrevistadas com o meu marido, informante-chave, agregou ao papel da pesquisadora um conjunto de facilitadores como a rapidez no agendamento, disponibilidade para negociação de horários, empatia e confiança para inclusive se desnudar diante da pesquisadora.

O segundo bloco de entrevistadas se inicia com a indicação de uma colega de Doutorado acerca de sua vizinha, residente no mesmo bairro, local tradicional da cidade, caracterizado pela sua extensa dimensão territorial e de população majoritariamente de classe média. Entrevistei esta mulher na área social de seu local de residência e esta, diferente das primeiras entrevistadas, apresentou mais dificuldades em contar e elaborar sua experiência utilizando de generalizações e frases mais evasivas. Ela indicou a quarta entrevistada, colega sua da época do curso de Direito e a partir daí tenho acesso a mais três entrevistadas com formação profissional comum. Em todas estas três entrevistas, as mesmas se realizam em suas residências que oportunizou

uma possibilidade de estar mais perto de seus estilos de vida e de como suas moradias refletiam outro modo de classificar seus lugares de classe.

A sétima entrevistada é oriunda desta rede de relações por ser amiga comum de duas das entrevistadas e com esta a entrevista ocorre na escola onde é professora, que é localizada num bairro nobre da cidade. A entrevistada é solícita, com uma narrativa clara e organizada entre o relato dos eventos e as significações dadas à experiência. Com esta entrevistada se encerrou um ciclo de contatos por indicação de bola de neve e começou outro ciclo, agora tendo como ponto de partida informantes chaves de minha rede de contatos (amigos e parentes de amigos e colegas de trabalho, minhas próprias colegas de trabalho e uma colega da mesma academia de ginástica que eu frequentava).

Percebi que neste bloco, mais pulverizado na formação da indicação pela técnica de bola de neve encontrei mais dificuldades na identificação de mulheres que atendessem ao perfil da pesquisa e seus critérios de inclusão. Houve muitas indicações dos informantes chaves de mulheres que fizeram cirurgias plásticas, entretanto em sua maioria, não se adequavam ao critério de pertencimento de classe definido.

Para este bloco de entrevistadas os locais de entrevista foram predominantemente os de trabalho das entrevistadas, duas em suas residências e uma na academia de ginástica.

Este breve panorama da rede de contatos, acesso às entrevistadas, locais de entrevista e oportunidades de olhares sobre suas redes e contextos de inserção é também um momento de uma reflexão de como no campo e na interação pesquisador – pesquisado se estabelecem diferentes modos de interação, de proximidade e de afastamento. Identifico que parte das dificuldades para acessar este perfil de público se deu também em razão desta pesquisadora não circular nas redes de pertencimento e de sociabilidade das entrevistadas por não compartilhar do mesmo tipo de pertencimento de classe. Se isso foi um entrave em determinado momento para conseguir chegar mais rapidamente aos meus sujeitos de pesquisa, por outro lado me colocava numa posição de relativo afastamento. Digo relativo porque em algumas ações, práticas e significações também este é o mundo que “compartilho”.

O “compartilhar” também envolve o lugar de mulher, na faixa etária de 40 anos, que também é um corpo afetado pelos mesmos ideais e pressões sociais de corpo. Ao longo destes últimos quinze anos eu mesma venho tomando meu corpo como um projeto reflexivo e me envolvido em diferentes práticas de cuidados corporais, compatíveis as minhas condições de renda e de tempo – dietas, caminhadas, academia de ginástica, Pilates – as quais me envolvi com fraca regularidade e intensas interrupções. A escuta sobre os projetos corporais, o lugar do sofrimento com o corpo, as significações acerca das próprias cobranças e as expressas pelos “outros” não são falas assim tão “estranhas”, o que me exigiu redobrar a atenção no processo de campo e de análise para um distanciamento ponderado, que reconheça as diferenças como também as similaridades entre nós neste processo.

Análise dos Dados

O plano de análise se inicia com a transcrição das entrevistas e a organização do texto das entrevistas em torno às noções das principais categorias teóricas – corpo, projetos corporais e gênero – e, identificação das categorias empíricas que se destacaram no interior do texto de cada entrevista quanto no cruzamento da textualidade do conjunto das entrevistas. Após a comparação entre as categorias entre entrevistas passamos à busca de palavras e expressões mais recorrentes, significados em oposição e metáforas.

A compreensão dos significados das cirurgias plásticas estéticas para este conjunto de mulheres se tornou apreensível pelos enunciados empíricos recortados transversalmente e que orientaram a leitura interpretativa do objeto e seu contexto. Destas categorias empíricas se destacou as seguintes: “estetização da saúde”, “horror a gordura”, “imperfeições e constrangimentos do corpo e sofrimento psicológico”, “falhas do corpo e as fraturas na condição de ser mulher”, “cirurgias plásticas e os ritos de passagem”, “cirurgias plásticas e os ciclos de vida”, “trajetória da construção da cirurgia plástica” e “agora vejo outra mulher”: as transformações na construção de ser mulher com a cirurgia plástica.

A busca dos significados da experiência da cirurgia plástica estética através da fala, a busca pela sua própria historicidade na relação consigo em seu corpo não esgota e não se confunde com a totalidade da realidade. Esta é maior e mais múltipla. Porém, a narrativa de uma

experiência é um modo de, pelo “caso particular”, vermos o mundo no singular e o singular no mundo.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Saúde Coletiva do ISC/UFBA.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado para todas as entrevistadas antes do início da entrevista para leitura, esclarecimento de dúvidas e consequente assinatura. Os nomes utilizados conforme já mencionados são fictícios.

Capítulo 5: Corpo e Projeto reflexivo: responsabilidade, monitoramento e investimento

“...tudo que sei de beleza quero ver, participar, academia, cremes, estou sempre ligada nisso. Há mais de 10 anos faço drenagem linfática em casa. Sempre preocupada, quero experimentar. Digo que sou cobaia. Às vezes nem vejo um resultado grande, mas quero me meter a fazer” (NIX, 60 anos)

Neste capítulo, buscaremos mostrar como as concepções das mulheres sobre seus próprios corpos estão orientadas na perspectiva do corpo como um projeto reflexivo, caracterizado por uma ação ativa de cada indivíduo na construção e no controle de seus corpos, a partir de uma atitude sustentada rotineiramente que se expressa pela responsabilidade pessoal, pela disciplina e pelo investimento contínuo em técnicas de melhoramento e/ou de modificações que venham a tornar o corpo compatível à narrativa de auto identidade.

A perspectiva teórica do projeto reflexivo de corpo sustenta que os corpos nas atuais sociedades contemporâneas se colocam como essenciais para a individualização dos sujeitos e a construção da noção de auto identidade. (GIDDENS, 2002; CROSSLEY, 2005).

Para Giddens (2002) a identidade do Eu não se refere a traços distintivos de personalidade que cada sujeito porta ou possui, assim como não se define pelos seus comportamentos. Ela está associada à ideia de uma consciência sobre si que, num contexto diário de multiplicidade de escolhas possíveis pela oferta de distintos estilos de vida, como os que caracterizam a vida na modernidade, cada indivíduo constrói seu Eu a partir de reflexões contínuas sobre possibilidades de ações visando à sustentação de uma narrativa de si coerente e organizada. Esta perspectiva teórica compreende, deste modo, que cada indivíduo assume a responsabilidade sobre seu Eu a partir de autorreflexões e ações práticas, a exemplo do autoexame, monitoramento e planejamento, que dão forma concreta a noção da reflexividade do Eu (GIDDENS, 2001).

O Eu é o resultado de um processo contínuo de construção, a partir de escolhas e decisões em diferentes campos da vida, que reflexivamente serão reexaminadas, vindo a renovar estas próprias práticas, sem perder de perspectiva a preservação de um sentido de continuidade na biografia construída sobre si mesmo.

Neste entendimento, o “Eu, é claro, é encarnado...” (GIDDENS, 2002, p. 57), concepção compartilhada com Crossley (2005), para o qual o “Eu” seria então o próprio corpo que se porta, uma identidade encarnada. É através do corpo que ocorre a relação com o mundo e com a realidade. O manejo do corpo é o modo através do qual se dá as interações cotidianas, o corpo permite a vivência das situações e eventos da vida e, ter um controle regular do corpo se coloca

como uma tarefa fundamental para que a narrativa de auto identidade seja criada e sustentada coerentemente.

O corpo que dá forma exterior as narrativas de auto identidade, se mantém em constante exibição e apreciação de seu valor pelos outros. Isto permite compreender a função do controle contínuo do corpo pelos indivíduos tanto como uma estratégia de agência, quanto da aceitabilidade de ser um agente competente de controle e monitoramento de seu corpo pelos outros (GIDDENS, 2002).

Ao abordar esta característica de agência do projeto reflexivo do Eu possivelmente Giddens está sinalizando que os indivíduos tem consciência do que fazem, efetuam escolhas como resultado de decisões tomadas reflexivamente, e estas decisões refletem poder. O corpo não é considerado fixo nem sequer definitivo, devendo ser necessária sua modelação/remodelação como uma prova do envolvimento do sujeito com o mundo exterior.

Cada indivíduo tem a responsabilidade de envolver-se conscientemente em tarefas cotidianas de planejamento de seus corpos, de monitorar sua aparência, de decidir as estratégias de dar forma a seus corpos postas em práticas através de diferentes regimes de manutenção ou até de modificações corporais.

Nas sociedades contemporâneas atuais há uma proliferação de atividades dirigidas a dar consecução ao projeto reflexivo do corpo, as quais envolvem escolhas que se correlacionam a opções de estilo de vida tomadas a partir de um projeto de si reflexivamente construído e informado pelas demandas do mundo exterior, que solicitam um melhoramento e investimento contínuo. Na atualidade, quase ninguém escapa da tarefa de refletir e agir sobre o corpo que se tem. Qualquer ação no corpo, seja de manutenção ou modificação, torna-se uma decisão reflexivamente tomada.

5.1 Corpo como Projeto Reflexivo

“Cuidar bem do corpo requer disciplina, dinheiro e não fica bonito da noite para o dia” (FEBE, 32 anos).

Na pesquisa realizada, o corpo percebido pelas mulheres entrevistadas encontra correspondência com as características conceituais encontradas no aporte teórico do corpo como projeto reflexivo, na qual as mulheres expressam pelas narrativas e práticas sistemáticas de cuidados e regimes corporais adotadas a disciplina, o monitoramento e a melhoria do corpo como compromissos conscientemente assumidos de tornar seus corpos adequados ao ethos corporal da modernidade.

“...tudo que sei de beleza quero ver, participar, academia, cremes, estou sempre ligada nisso. Há mais de 10 anos faço drenagem linfática em casa. Sempre preocupada, quero experimentar. Digo que sou cobaia. Às vezes nem vejo um resultado grande, mas quero me meter a fazer” (NIX, 60 anos).

“Faço academia todos os dias. Me cuido acompanhada por uma nutricionista há nove meses, faço minha dieta, faço hidro, faço tudo, tudo para não engordar de novo” (GAIA, 48 anos).

“Se você não se cuidar volta tudo. Volta o peso, as gorduras. Tudo é alimentação, não adianta. Precisa entrar num equilíbrio de dieta e disciplina de exercícios” (DEMÉTER, 47 anos).

Percebe-se pelas falas acima retratadas o envolvimento consciente e refletido das mulheres em regimes variados de beleza e cuidados corporais, como práticas incorporadas as suas rotinas de vida cotidiana, as quais requerem investimentos diversos como a disponibilidade de tempo, de recursos financeiros e do auxílio de saberes tecnológicos e especialistas oriundos de distintos campos de conhecimento (nutrição, dermatologia, educação física), assim como na aquisição de produtos disponibilizados pela indústria da beleza (cremes, suplementos nutricionais, etc).

A frase de Febe, 32 anos, “*Cuidar bem do corpo requer disciplina, dinheiro e não fica bonito da noite para o dia*”, assim como as outras três narrativas acima exemplificadas nos sinalizam aspectos fundamentais que embasam as relações destas mulheres com seus corpos e que se relacionam com os conceitos do projeto reflexivo de corpo. Um destes aspectos se refere a um processo sistemático de monitoramento tanto individual, sobre o que se passa com seus corpos, quanto das oportunidades de cuidados oferecidas no mundo externo.

A preocupação, o medo de engordar de novo e o envolvimento em atividades de cuidados corporais regulares, refletem quanto estas mulheres parecem estar submetidas a um processo de auto monitoramento e de tomar para si a responsabilidade, não apenas do cuidado de seus corpos, mas a organização de uma vigilância contínua sobre si mesma e das opções que possam

lançar mão para reverter ou afastar a ideia de que não são bem sucedidas na tarefa de cuidar de seus corpos e, conseqüentemente de si mesmas.

A expressão “cuidar bem do corpo [...]” se diferencia da ideia de tão somente cuidar do corpo, possivelmente sinalizando que há um padrão que distingue entre cuidar e cuidar bem, que se refere ao exercício da autogestão de si e reflete uma virtude da pessoa, a sua capacidade de tornar-se responsável pela apresentação de si mesma, pela construção de seus próprios corpos, de escolher e decidir entre as opções existentes para tal finalidade, com o propósito da auto realização (aprimoramento/melhoramento de si).

A responsabilidade, o planejamento e gestão na construção, manutenção ou remodelação do corpo são tarefas que devem ser assumidas para que se alcancem os projetos de satisfação ou realização pessoal, e caracteriza um dos aspectos pilares do projeto reflexivo de corpo.

“Não é nem em relação à plástica exatamente, mas atividade física, exemplo é minha própria mãe. Durante muito tempo ela não se cuidou, então teve que fazer uma plástica, hoje em dia ela faz academia, faz dieta com nutricionista. Até mesmo meu pai, há muito tempo meu pai não sentia ciúmes da minha mãe, e agora dá pra ver que ele é mais cuidadoso com ela, eu vejo que ela é mais feliz, mais alto astral, vejo que ela é de bem com a vida, vejo a influência que isso teve na relação com meu pai. É importante o ser humano se cuidar, é como você se apresenta pras pessoas, se você tá de bem com você, você passa isso para as outras pessoas.” (TÊMIS, 23 anos).

“O que puder fazer de plástica eu faço, acho que todo mulher que queira fazer poderia fazer. Tudo isso influencia né, a autoestima influencia no casamento, no relacionamento com os filhos. Têm pessoas que não estão nem aí, que se sentem bem mais gordas, eu até admiro, mas eu sou paranoica, eu gosto de me sentir bem.” (HESTIA, 44 anos).

Pode-se ver pelas falas acima que o bem estar pessoal, o fortalecimento da autoestima e melhorias na relação conjugal são percebidos como ganhos obtidos pela capacidade de cuidar-se bem, ação esta que perpassa por investimentos concretos em estratégias de beleza como atividades físicas e cirurgias plásticas.

Cuidar bem do corpo passa a operar como sinônimo de bem estar pessoal, ao mesmo tempo em que agrega recompensas importantes para a vida subjetiva pessoal e familiar, o que justificaria manter-se vigilante, disciplinada e responsável.

A percepção de bem estar proporcionada por um corpo bem cuidado sugere que o controle corporal possibilita a ideia de que se pode estar mais socialmente aceito nas redes de interações

sociais por cumprir um modelo corporal ideal esperado ou ao menos de não fugir a um determinado padrão considerado “normal”.

“... mas não sou tão obsessiva com o corpo não. Assim, eu acho que tem gente que dá muita ênfase as coisas, essa questão corporal, de tá malhada, isso é muito valorizado, dão muito valor às vezes. A mídia afeta a sociedade, a supervalorização dos corpos, a gente vê os padrões mudando né, antigamente a mulher normal tinha corpão, era bonito, hoje em dia tem que ser musculosa, se não tomar suplemento não serve. É isso, eu não me apego muito a essas coisas não... mas eu também quero sempre melhorar” (TÉTIS, 26 anos).

“Eu não tenho vontade de ter aquele corpo muito malhado, nem gosto de malhar, mas ter um peito e uma bunda pra ficar legal na roupa. Acho que todo mundo deveria ter, nada grande demais, pra não ficar desproporcional, a silhueta natural mesmo, tem que ter cada coisa no seu lugar na medida, um peito normal, uma bunda normal, não precisa de nada exagerado, eu acho o mínimo pra uma mulher se sentir bem, ate porque infelizmente as outras pessoas acabam rotulando ela, quando a pessoa tem um corpo que foge ao padrão” (TÊMIS, 23 anos).

“... corpo é uma coisa muito importante... é estar bem. Estar bem com a imagem que se reflete no espelho. Poder vestir o que você gosta, pra esta satisfação estar completa” (IRENE, 24 anos).

Há nas narrativas acima uma ambivalência entre o reconhecimento da pressão cultural por determinado modelo de corpo e a adesão à busca desse modelo como condição para estar bem com o corpo. As entrevistadas não invisibilizam o peso das pressões sociais, admitindo excessos, a exemplo da suplementação e os efeitos subjetivos da não adesão aos modelos corporais esperados, como a perda da autoestima e o sentimento de inferioridade.

Os efeitos subjetivos colaterais a não adesão às pressões culturais do corpo na atualidade talvez nos forneça pistas acerca das razões que levam a adesão mesmo considerando uma reflexividade ambivalente. Todos querem estar inseridos de forma aceitável em suas redes de sociabilidade, e sem ter que suportar o peso dos estigmas e assumir suas falhas em cumprir o que Giddens (2002) denomina de agentes competentes, ou seja, ter a capacidade de gerenciar rotineira e reflexivamente seus próprios corpos como uma escolha de estilo de vida.

Os cuidados corporais e toda gama de possibilidades que isto encerra – dietas, cirurgias plásticas, atividades físicas, alimentação saudável – tornam-se práticas e modos de ação que envolve a capacidade de cada pessoa decidir sobre o que fazer de seus corpos e responsabilizar-se por esta decisão, construindo cotidianamente uma biografia coerente de si mesmos.

As escolhas inseridas na lógica do estilo de vida reforçam a narrativa da individualização: “de cada um escolhe por si”. Esta associação é discutida por Beck (2012) que argumenta que a individualização não se refere a livre decisão dos indivíduos, mas sim a um processo em que os indivíduos devem conseguir construir suas biografias e representa-las a partir da reincorporação dos modos de vida da sociedade na atualidade. Para este autor, a individualização produz uma compulsão frente ao autoprojeto e toda sorte de compromissos assumidos para este fim.

E como reforçado por Giddens (2002) não apenas escolhemos ser responsáveis por nossos corpos como, em alguma medida, a depender do tipo de sociedade em que estejamos inseridos, somos forçados a assumir esta responsabilidade. A escolha torna-se uma obrigação.

5.2 Corpo: aparência como valor, identidade de si e construção da subjetividade

“Corpo é nossa casa, nosso templo... lugar confortável para você, bonito, arejado, do seu jeito... com o corpo você pode ser quem é você. Cartão de visita. Você tem que se sentir bem. Pode fazer o que quiser se é para se sentir bem.” (HEBE, 23 anos).

Ao analisar as narrativas expressas pelas mulheres entrevistadas sobre a noção de corpo e sobre os seus projetos corporais encontramos também como resultado como o corpo e a identidade de si estão frequentemente associadas à aparência como valor da pessoa. O corpo é o mais adequado objeto de apresentação pessoal, significado pelo uso recorrente de metáforas como “cartão de visita”, “cartão postal” e “vitrine”.

“Corpo tem uma representação muito forte, como um cartão de visita...” (AFRODITE, 46 anos).

“É o lugar que você vive, é você, é seu cartão postal, não só pela aparência, mas pelo que você passa pras pessoas, pela questão dos gestos, das expressões, é o que você é, o que você é pras pessoas” (TÊMIS, 23 anos).

“Nossa casa, uma vitrine, eu diria...” (PERSÉFONE, 28 anos).

As narrativas apresentadas apontam para um dos argumentos centrais do projeto reflexivo do corpo, o qual sustenta ser o corpo definidor dos princípios de construção do sentido da identidade da pessoa, a partir de um conjunto de práxis que posiciona a aparência como algo que apresenta o sujeito no mundo.

A utilização das expressões “cartão de visita”, “cartão postal” e “vitrine” presentes como figura de linguagem nas narrativas das mulheres, se tomadas desde sua significação mais estrita fazem alusão ao tripé conceitual no qual está assentada a gênese do projeto reflexivo de corpo na atualidade: sinal de identificação do sujeito que o porta – marca ilustrativa de algo que expressa beleza – portador visual de informações acerca de um objeto em exposição. No caso a própria pessoa que em sua aparência tem a tarefa de apresentar ao outro a sua subjetividade.

Para Flores Pereira (2009), as expressões ‘cartões de visita’ e ‘vitrines’ como expressões cunhadas do campo empresarial e organizacional firmam-se como artefatos que simbolicamente apresentam uma dada organização. A definição de si expressa por algumas das entrevistadas que recorre a metáforas como cartão de visita - terminologia normalmente empregada em transações com fins comerciais, onde o cartão de visitas media a apresentação dos negociadores em transação, uma forma de apresentação de um negócio em bases comerciais - pode lançar paralelos com o modo de posicionarem seus corpos: uma visão mercantilizada de si mesmas que pode, pelos seus corpos, angariar um propósito utilitário e de vantagens pessoais.

Um cartão de visita estimula (ou não) ao outro o interesse no desvendamento do que se é apresentado e para isso, não de modo casual emergem concomitantemente nas falas as metáforas de “cartão postal” e “vitrine”, nos sinalizando que o “cartão de visita”, como simultâneo do corpo aparência, para ter valor precisa ter a imagem mais emblemática da pessoa (como a das imagens de cartão postal de cidades e paisagens), a que simboliza e traduz a essência do que se mostra, e, além disto, deve atender a condição de se mostrar como numa exposição, num envoltório bem cuidado e belo.

Importante notar na relação de dialogo entre as conceituações tradicionais das expressões “cartão de visita”, “vitrine” e “cartão postal” e a forma metaforizada de uso pelas entrevistadas é de que o corpo e a própria pessoa se dirigem a outros, atendem as expectativas, interesses e desejos de outros, sejam estes reais ou a um ideário de sociedade a qual fazem parte, construindo e reproduzindo seus modos de expressão.

Giddens (2002) afirma que a manutenção de uma biografia de auto identidade necessita de um contínuo esforço no sentido de um controle regular do corpo, ao mesmo tempo em que a identidade do eu, a partir da corporificação, é um status de permanente exibição aos outros. O autor pontua estes aspectos para esclarecer como a segurança de ser a própria pessoa que se é,

depende de se estar seguro no corpo que se tem, e esta avaliação perpassa pela apreciação dos outros.

A aparência de uma mulher em seu processo de exibição e julgamento pelos outros passa a ter valor desde que se apresente num determinado padrão, colocando-se a si mesma como vitrine de si. A aparência se coloca como central no projeto reflexivo do corpo, onde o corpo se constitui como um elemento do sistema de ação, regularmente questionado a se posicionar nas matrizes de referências sociais circulantes.

Se o corpo é central no projeto da modernidade, de algum modo à resposta a este se encontra na valorização da aparência, na mercantilização da imagem e na expectativa de que o “cartão de visita” renda alguns “bons negócios”.

As mulheres desta pesquisa possuem majoritariamente alto nível de escolaridade (superior completo) e inserção no mercado profissional, com destaque para profissões liberais como advogadas, administradora de empresa e empresárias, vinculadas ao ramo de serviços. Nas narrativas analisadas das entrevistadas com este perfil profissional é relevante à relação que as mesmas estabelecem entre aparência como recurso diferencial para inserção profissional e como um indicador de suas capacidades e qualificações profissionais. A aparência bem cuidada de seus corpos é a própria vitrine de suas competências.

“Como é que eu vou vender meu peixe se chegar mal, toda largada? Pra você vender uma alimentação balanceada você tem que ser o cartão de visita. A gente primeiro vê com os olhos” (NIX, 60 anos).

“Sou ligada na aparência. Na área que trabalho aparência conta muito. E você se sente cobrada? Sempre vai existir cobrança. A gente sempre admira quem se cuida” (FEBE, 32 anos).

O perfil profissional destas mulheres, embora em versão bastante circunscrita, não deixa de refletir as transformações operadas no Brasil nos últimos cinquenta anos no que tange as relações de capital – trabalho: forte inserção da mão de obra feminina no mercado profissional, aumento da escolaridade das mulheres, aumento da participação do setor de serviços como componente de destaque na cadeia produtiva e, a intensificação do consumo.

Para Edmonds (2010), a compreensão dos significados da aparência no Brasil na atualidade, sob a égide da sociedade de consumo, necessita de um olhar sobre as transformações operadas

no próprio modelo das relações de trabalho e produção, as quais ganharam uma guinada no sentido de maior presença do setor de serviços no campo econômico. Este setor do mercado de trabalho, em geral apresenta uma importante reivindicação de requisitos de aparência para seus ocupantes, que muitas vezes associa a imagem do trabalhador à imagem do próprio negócio.

“Poderia até tentar negar, mas pra você conseguir um emprego, uma vaga no mercado de trabalho a aparência conta” (IRENE, 24 anos).

“Mulheres como eu que se preocupam, lógico que você é cobrada lá fora, na profissão... Quando eu estava estagiando eu andava tão arrumada que a advogada que foi contratada pensou que eu fosse à advogada. As pessoas às vezes lhe veem pelo que você tem a oferecer e não pelo que você é. Eu chegava ao Fórum tão arrumada que ninguém nunca pediu minha carteira, era pela minha aparência... Eu digo, aparência conta muito. De imediato o que conta é o que você esta aparecendo ser... Aqui é status, se você tem pra oferecer você é bem quista” (GAIA, 48 anos).

Para parte das mulheres entrevistadas a adesão explícita a um modelo de apresentação de si, a partir de uma aparência bem cultivada retrata uma imagem de mulheres com inserção profissional em áreas onde sucesso profissional e desempenhos dependem muito de suas performances e competências individuais.

O investimento numa aparência bem cuidada pode representar um recurso diferencial gerenciado a partir de estratégias reflexivamente tomadas para ampliar suas oportunidades no mercado de trabalho, vinculando-as com os signos do sucesso, autoridade e status diferenciados. Atributos que tendem a equivaler responsabilidade corporal com responsabilidade laboral.

A aparência é utilizada como um recurso para construir um determinado posicionamento no mercado profissional, uma ação para se mover no mundo das relações econômicas produtivas atuais embasadas em valores da individualidade, cultivo da imagem e mercantilização de objetos, inclusive os corpos. Mulheres podem estar demonstrando outro modo de gerenciar seus corpos, com objetivos que vão além da perspectiva de mostrarem-se desejáveis para o olhar e desejo masculino (HOLLIDAY & SANCHEZ TAYLOR, 2006; EDMONDS, 2010; BOULTON & MALACRIDA, 2012; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

A ênfase na qualificação da aparência como recurso de competitividade e de valor agregado no mercado profissional não se destaca nas narrativas das entrevistadas com perfis mais heterogêneos de inserção profissional. Entrevistadas com atividades profissionais no campo da vida docente, no mundo acadêmico, funcionalismo público e estudantes não sinalizam a

relevância da aparência em seu vínculo como elemento distintivo para posicionamento profissional.

Envolvidas em atividades mais relacionadas ao campo do conhecimento, seus corpos não representam necessariamente um elemento ele próprio objeto de consumo, o que as façam demonstrar uma menor pressão da aparência como dimensão de valor diferencial em suas trajetórias profissionais e estudantis.

Para este perfil de entrevistadas a aparência jogará um papel de mais destaque na relação com a autoestima e na afirmação de sua feminilidade e atratividade, aspectos que serão objeto de discussão deste trabalho mais adiante.

Vale destacar que há motivações para cultivo da boa aparência por parte do grupo de mulheres que sinalizam a importância desta para suas vidas profissionais também relacionadas às dimensões de bem estar pessoal, e na relação com sua atratividade sexual. Percebe-se que as significações para o envolvimento com projetos de cuidados da boa aparência para este grupo pesquisado assemelham-se a um mosaico, no qual entram em jogo tanto as pressões sociais de pertencimento a uma determinada classe, as demandas para cumprimento de um determinado sistema de códigos culturais para inserção e sucesso profissional, quanto às motivações subjetivas e aquelas relacionadas às suas identidades de gênero, e de se verem e serem vistas como atrativas e desejáveis.

Nesta perspectiva, a narrativa de Afrodite abaixo exemplificada é bastante emblemática para discutir as múltiplas dimensões em jogo no processo de construção reflexiva do corpo para este grupo de mulheres:

Eu li uma entrevista com um gourmet sobre caviar beluga. Caviar beluga é caro, uma fortuna para poucos bolsos, eu li e disse: eu sou o caviar beluga. Quem são esses que vão pagar e apreciar essa latinha de beluga? Quando faço esta constatação, vejo que não tem nada a ver com meu peito, mas precisava disto que é externo para me ver internamente e saber quem é Afrodite (AFRODITE, 46 anos).

A frase da entrevista acima ilustrada nos permite discutir as perspectivas inter-relacionadas da relação do corpo, do consumo e da construção de sua própria subjetividade. Afrodite, atuação profissional como professora universitária e formação na área de saúde, divorciada, recorre ao

uso da metáfora do “caviar beluga” para falar de si como uma mercadoria, refinada, rara e cara, mas ainda um objeto de comercialização.

O caviar beluga, de acordo com a Wikipédia, se caracteriza como uma das três principais variedades do caviar que se constitui num alimento proveniente das ovas do esturjão, segundo maior peixe de águas salgadas do mundo. O caviar beluga é o tipo mais nobre e caro de caviar, de produção escassa e com mais alto preço de comercialização, podendo chegar a ser comercializado no Brasil a R\$ 47 mil/quilo.

Ao referir-se a si mesma como um “caviar beluga” a entrevistada faz uma associação da aparência de seu corpo com o consumo de si mesma e o consumo da latinha de luxo, adquirida a preços vultosos. Seu corpo estaria colocado como um objeto de consumo e de posicionamento para a apreciação e mais que isto, mercantilização.

A pergunta: *‘quem são esses que vão poder pagar e apreciar esta latinha?’* remete a ideia de que há algum tipo de pagamento a ser feito por alguém para ter direito a acessar uma iguaria única. O corpo aqui seria singular, produto e produtor de uma variedade rara de ser mulher, porém ainda inserido nas redes de consumo: quanto mais raro, mais custoso.

Um corpo mais visível, com peitos em destaque, adquiridos através de uma cirurgia plástica estética como no caso de Afrodite, revela uma aparência reforçada que traduz os esforços pessoais na auto apresentação de si mesma e na contínua transformação da identidade de si. Encontramos ainda nas falas alguns outros sentidos atribuídos ao corpo na busca de subjetivar a relação corpo e identidade, como no exemplo ainda da entrevistada Afrodite, que afirma:

“Mas não é só ele, há coisas muito maiores e melhores do que ele... eu sabia que não bastava o corpo, o peito, a mente. Precisava de experiências. Importam as experiências que você tem, o corpo ele chama atenção... é valorizado. Primeira coisa que se vê. Só o corpo não basta. Para se aproximar ele é importante... Se interessa o conteúdo, o corpo passa para segundo plano” (AFRODITE, 46 anos).

Corpo aqui permanece como um meio de apresentação de si, a imagem que captura o interesse do outro, mas ao mesmo tempo é insuficiente para expressar toda a complexa subjetividade da pessoa, que se complementa pelas experiências vividas e pelo que a pessoa pensa e sente.

Outra fala que revela este caráter ambíguo do corpo como equivalente a aparência e essência aparece na narrativa de Febe (32 anos) que diz: *“Pessoa não é só corpo. Importante você cuidar da saúde. Cirurgia plástica não resolve tudo, alimentação é tudo. Você tem que estar se cuidando”*.

A entrevistada reconhece que a dimensão da identidade de si ultrapassa a aparência corporal, porém circunscreve esta ainda à dimensão física, atribuindo à saúde e o cuidado com a alimentação uma forma de ser saudável. A auto conceituação se atualiza numa nova roupagem, a da performance do corpo saudável, a identidade de si é também uma invocação a responsabilidade individual por manter-se sadio.

5.3 Construindo e gerenciando seus corpos: saúde, alimentação e cuidados estéticos

“Quando passei do manequim 38 para o 42 fiquei mais larga. Queria voltar ao manequim 38, fiz academia, pilates, dieta. Estava com uma bolinha na barriga. Eu tinha vontade de fazer a cirurgia plástica, lia muito, entrava na internet” (NIX, 60 anos)

Segundo Goldemberg & Ramos (2002) as mudanças sociais e culturais nas sociedades contemporâneas que enfatizam a aparência e a boa forma dos corpos retratam um novo tipo de moralidade, no qual o valor pessoal dos sujeitos encontra-se diretamente associado à apresentação de um corpo bem cuidado, que sistematicamente passa a ser o motor para se adquirir satisfação de si e valorização perante o olhar de outros.

Este processo ocorre a partir de um investimento em práticas de cuidados corporais múltiplas e muitas vezes simultâneas, que reafirmam os princípios da atual modernidade: corpo como objeto de consumo moldável, possível a partir de práticas de autogestão, que tem por finalidade a transformação de si e de sua aparência como um recurso distintivo, tanto no âmbito do status e da atratividade, quanto na indicação de um tipo de virtude da pessoa (FEATHERSTONE, 2010; GOLDEMBERG & RAMOS, 2002; LE BRETON, 2007; HOLLIDAY & SANCHEZ, 2006).

O trabalho de pesquisa realizado confirma estas concepções. As mulheres que participaram desta pesquisa apresentam um amplo espectro de práticas de cuidados corporais, as quais

ganham significado em torno a um conjunto de interpretações das quais gostaria de destacar duas: uma, que vincula a gestão da aparência e dos cuidados corporais com a saúde e a qualidade de vida, qualificando as práticas estéticas pelo discurso da saúde. O segundo repertório relaciona os investimentos nos cuidados corporais como um indicativo de prestígio e de capacidade de consumo e de inserção num grupo social que experimenta o corpo como capital.

5.3.1 Estetização da saúde

A vinculação entre aparência, cuidados estéticos e saúde esteve presente na quase totalidade das entrevistas realizadas, o que pode traduzir uma determinada apropriação da discursividade social circulante que busca legitimar pelo uso da narrativa da saúde a ênfase nos cuidados corporais, qualidade de vida e refutação a gordura. Vimos nas narrativas à aproximação do discurso da saúde com o discurso da estética, com ênfase no imperativo do emagrecimento.

“Sempre quis ensinar meus filhos a cultivar um pouco o corpo, mas não pela estética, mais pela saúde”(HESTIA, 44 anos).

“Não quero ficar gorda nem obesa. É lógico que eu queria ficar magra o tempo todo né, seria ótimo comer e não engordar” (TÉTIS, 26 anos).

“A pessoa tem que ser sadia. Acho que não é gordo. Acima de tudo saúde. Quem está gorda não está com saúde. É ter uma boa saúde... A saúde é você se sentir bem e se sentir bonito” (DEMÉTER, 47 anos).

“Acho que está até exagerado demais, esta história do culto ao corpo. Tenho 30 anos de formada. Hoje tem nutricionista só pra cuidar da beleza. Hoje estão muito preocupadas com o corpo, com a alimentação... Tem que ser uma pessoa dentro dos parâmetros normais. Às vezes chego à academia tá cheio de meninas de 13, 20 anos, é um exagero. Não tem necessidade...” (NIX, 60 anos).

A saúde passa a ser vista como uma ação que predominantemente é balizada pelo modo como cada um se alimenta ou cultua o corpo, num modo de dever ser, um imperativo do ter que fazer, do ter que ser como uma necessidade inescapável, como capturado pelas falas que ressaltam o dever ser, a ação imperativa de cada um sobre si mesmo: *“A pessoa tem que ser sadia”, “Tem que ser uma pessoa dentro dos parâmetros normais”*.

O modo de apreender o corpo que equivale saúde e bem estar como sinônimos refletem os ideários da modernidade atual onde os hiper investimentos no corpo tomam este como um locus privilegiado para a concretização do próprio processo de modernidade. Corpo é o foco, local das responsabilidades individuais, para a qual cada sujeito deverá demonstrar seu empenho em

torna-lo o mais longo, disposto e saudável possível, numa aproximação do conceito de Sfez (1995) de saúde perfeita.

Ianni (2005), com base nas concepções de Sfez da utopia da saúde perfeita, argumenta que na atualidade a saúde é utilizada como um elemento central na tomada de decisão dos indivíduos, colocando a busca da saúde não mais como o enfrentamento dos perigos e ameaças externas como tradicionalmente tomado pelo campo da saúde pública, mas daquelas advindas do interior de cada sujeito, sejam estas de ordem genética ou comportamental.

“Corpo é igual à saúde. Acho que logico é um conjunto: corpo bonito, saúde e alimentação boa. Vejo hoje que alimentação e atividade física tem que fazer... minha mãe não se cuida e tem problemas enormes: pressão alta, colesterol. Eu me cuido muito se eu engordo... Se eu começar a engordar e comer besteira também vou ter problemas de pressão. Hoje eu cuido, vou pra academia pra manter meu corpo. Não pra ser modelo, manequim...” (GAIA, 48 anos).

“Corpo saudável é ser saudável, ser alimentado, fazer exercício” (PERSÉFONE, 28 anos).

A narrativa de Gaia é bem emblemática. A decisão de cuidar bem do corpo encontra-se orientada a principio pela necessidade de evitar problemas cardiovasculares. Sua mãe foi falha em cuidar de si e vivencia problemas de saúde, os quais a entrevistada quer se manter afastada. As falhas em conquistar ou manter a saúde perfeita revelam as falhas em cumprir o mandato da responsabilidade individual de cuidar de si, que aproxima saúde falha de debilidade moral do sujeito.

Entretanto, na mesma narrativa emerge o receio de engordar, de perder a forma de um corpo almejado, o qual precisa ser enfrentado pelo controle alimentar e pela prática de exercícios físicos. “... *Manter meu corpo...*” fala muito mais de manter a estética do corpo do que tão somente agir para evitar doenças. Estética do corpo aparece como elemento de saúde. Ou como afirmado por Ianni (2005, p.83) a ênfase na perspectiva da saúde perfeita tem produzido nos corpos processos crescentes de “higienização eugênica”, dentre os quais se configura a estetização.

Há no discurso social circulante, construído e reproduzido por diferentes atores sociais como o médico científico e os meios de comunicação de massa, e atualizado por parcelas importantes da população, uma aproximação da noção de saúde com o de certo tipo de padrão alimentar, beleza e bem estar, naquilo a que Edmonds (2010) conceitua de saúde estética, que viria a ser algo como uma terapêutica, baseada numa conceituação particular de bem estar e qualidade de

vida, que toma a estética, as vivências psicológicas e as preocupações erótico-sexuais como arenas da saúde, objetos de recorrente manutenção.

Entretanto, as mulheres reais oferecem modos diversos de aderir ao ideal pretendido, com dificuldades concretas no difícil equilíbrio entre o corpo desejado, porém nem sempre alcançável:

“Eu mesmo não faço nada, tenho a maior preguiça de fazer uma academia e de caminhar. Sei tudo que devo fazer, mas não faço nada. Não estou satisfeita com o meu peso. Estou comendo muito, bebendo muito, saindo muito e queria perder mais 05 kg” (DEMÉTER, 47 anos).

“Evito beber, sou mais para cheinha, mas não quero ficar barriguda. Tomo suco, mas a fruta eu não como. Gosto muito de besteira. Não como carne vermelha, não é pelo meu corpo, é porque não gosto. Como frango e peixe. Gostaria de fazer mais atividades físicas, mas não tenho saco” (IRENE, 24 anos).

“Não tenho alimentação desregrada, não como muita fritura nem gordura evito comer doces, mas nunca tive tendência a engordar, mas também não tá bom né. Acho que tenho que intensificar, não é porque eu tô nova que posso relaxar” (TÊMIS, 23 anos).

As narrativas acima exemplificam os dilemas e conflitos vivenciados por alguma das entrevistadas para o cumprimento dos ideários contemporâneos do projeto de corpo tanto no âmbito da corporalidade, quanto no campo das práticas alimentares.

A fala de Deméter retrata as oscilações entre a experiência de culto aos prazeres (“*Estou comendo muito, bebendo muito...*”) que se realiza num processo de intensa sociabilidade (“...*saindo muito...*”) com a percepção da necessidade de que passe a incorporar em sua vida cotidiana a disciplina de uma atividade física e o controle dos excessos das práticas alimentares. O castigo pelos “excessos” ou pela falta de responsabilidade de cuidar da saúde já é percebido na insatisfação com o peso.

As entrevistadas Têmis e Irene, com idades de 23 e 24 anos respectivamente, possivelmente já tiveram sua socialização para o consumo alimentar orientada no sentido da adesão às práticas alimentares modernas, que tem como um dos seus vértices de apoio, segundo Santos (2008) a recomposição das refeições, ou seja, um conjunto de estratégias de consumo de gêneros alimentícios que passaram a ser incorporados, excluídos, ampliados ou reduzidos.

A incorporação do consumo de frango e peixe, o menor consumo de frituras e doces, ilustra esta adesão a uma alimentação mais moderna, menos calórica e mais saudável. Por outro lado,

as contradições persistem na recusa a adesão ao consumo de frutas e, sobretudo, na ausência de atividades físicas, justificada pela falta de prazer em sua realização.

Percebe-se uma determinada ambivalência no modo com que cada mulher vai construindo na cotidianidade seus projetos de corpo, numa estratégia caracterizada por negociações pessoais, ora de submissão, ora de recusa à adesão a obrigações tão disciplinadas para manutenção de seus corpos. Elas têm incorporado o senso do dever ser, porém o cumprimento deste dever ser com o corpo é situacionalmente negociado, parcialmente cumprido ou até refutado.

5.3.2 Práticas de construção do corpo: gestão do prestígio e capacidade de consumo

O investimento corporal em atividades de construção do corpo foi um achado também encontrado nesta pesquisa. No roteiro do questionário de identificação do perfil das entrevistadas havia uma pergunta que buscava levantar se estas tinham adesão a práticas de cuidados corporais ou práticas de construção do corpo e quais seriam estas práticas incorporadas em suas ações cotidianas.

A quase totalidade das entrevistadas estava envolvida em práticas de cuidados corporais sistemáticas e de regularidade semanal, exceto quatro delas. Entre este grupo que não realiza atividades físicas rotineiras há uma maior presença de solteiras, de faixa etária entre 20 e 25 anos.

A prática de cuidado corporal de maior adesão dentre as entrevistadas que realizam atividades físicas foi a de atividades de academias de ginástica, especialmente a prática da musculação, tipo de prática de construção do corpo realizada por onze das 15 entrevistadas.

A adesão a duas ou mais práticas de cuidados corporais (musculação e outras) foi mencionada por metade das entrevistadas, com destaque para a prática de Pilates, reeducação alimentar com acompanhamento de profissional e, sobretudo, a associação com procedimentos estéticos dirigidos a diminuir ou eliminar a celulite, flacidez e retenção de líquidos (a exemplo da drenagem linfática, endermologia e ultracavitação).

Nenhuma das entrevistadas relata a realização de atividades corporais que tenham vinculação com elementos específicos da cultura local, a exemplo da capoeira e dança afro. Suas escolhas por atividades físicas ou práticas corporais (musculação, dança tribal, pode dance, etc) refletem escolhas menos datadas com características culturais locais e expressam práticas mais homogêneas que se reparam em qualquer academia do país.

Encontramos ao detalhar o perfil das entrevistadas com suas atividades de manutenção e ou construção corporal que há uma maior predominância à prática de atividades físicas, e de múltiplos tipos entre as entrevistadas acima de 30 anos, casadas e com relato de filhos. Estes resultados nos informam algumas possibilidades de interpretação para este grupo pesquisado. As mulheres acima de 30 anos desta pesquisa estão majoritariamente envolvidas em atividades profissionais, já passaram pela experiência da maternidade e estavam casadas.

Elas possuem capacidade financeira para pagamento dos custos implicados nas diferentes atividades de cuidados corporais em que estão envolvidas. Relatam nas entrevistas os efeitos da gravidez sobre seus corpos, e os mecanismos que empregam para a reconciliação de sua imagem corporal após a maternidade e os modos de se manterem ainda femininas e atrativas, aspectos que iremos discutir com maior aprofundamento nos capítulos seguintes.

Associando estes achados do questionário com as narrativas das entrevistas pode-se perceber que algumas das entrevistadas, especialmente as com idade acima de 40 anos fazem referência à percepção de mudanças culturais em relação ao investimento em cuidados corporais, os quais eram menos exigidos no passado do que atualmente, explicitando uma consciência acerca das exigências sociais que hoje se atualizam frente ao corpo e, para as quais as mesmas têm aderido como consumidoras regulares de práticas de culto ao corpo.

“Naquela época não tinha aqueles cuidados com o corpo. Não tinha aquela coisa de cuidar do futuro dos filhos. Eu tinha corpo muito bonito, que vejo pelas fotos, mas eu não me preocupava com isso” (GAIA, 48 anos).

“Minha avó que me deu as primeiras orientações sobre cuidados corporais e higiene. A família era repressiva com estas coisas do corpo. Minha avó era velha, coisa de roça. Não tive isso de cuidado com o corpo como tive com minha filha, coloquei no ballet. Não existia isso naquela época” (DEMÉTER, 47 anos).

“Também hoje o conceito de beleza mudou, hoje uma senhora como eu é matrona. Hoje a sociedade pensa que uma pessoa magra é que esta com a beleza. Há trinta anos eu pensava bem diferente, achava que era bonito uma mulher grande, bem desenhada, eu era magra e as pessoas não me cobravam” (DEMÉTER, 47anos).

“Fazia exercícios, praticava esportes, fazia vôlei, pingpong, estes esportes da época da escola. Há tempos atrás não existia esse de processo de academia” (NIX, 60 anos).

“Eu era muito magra, esquelética, e aí naquela época o pessoal dizia que tinha que ser gordinha, então sofri um pouco na adolescência por causa disso, os meninos só queriam as mais cheinhas. Minha família me entupia de comida e vitamina e eu não engordava, vim engordar depois que casei... Pra ir pra praia também, levava biquíni, mas não tinha corpo. Hoje em dia a pessoa magra é modelo né (HÉSTIA, 44 anos).

Estas falas apresentam um aspecto fundamental para entender em que contexto social opera os comportamentos das entrevistadas, num mundo marcado pela ação crescente e incessante dos apelos da indústria da beleza. As últimas décadas do século XX tornam a beleza um imperativo para a vida pessoal de cada um, onde cada pessoa vai responder de acordo com suas escolhas e possibilidades de renda, e este processo é alimentado pelos mecanismos econômicos que posicionam a beleza como elemento de consumo, indústria de importante envergadura tanto em termos do volume de negócios que movimenta, quanto na produção de tecnologias aperfeiçoadas de cuidados cosméticos e corporais que prometem retardar o envelhecimento, promover o emagrecimento e prolongar a juventude.

A indústria da beleza influencia e é influenciada pelas imagens da cultura do corpo na atualidade – corpo como central e fim em si mesmo na definição de identidades – possível pelas bases de sua ancoragem social: as redefinições em torno à definição da cidadania pela capacidade de consumo e a da beleza como direito. Consumir produtos e serviços indica um marcador de prestígio e possibilita outras formas de identificação e inserção social que colocam sobre os ombros de cada um a responsabilidade e a possibilidade de mudar seus destinos, a propalada democratização da beleza (BERGER, 2006; EDMONDS, 2010; NOVAES, 2013).

Possivelmente isto nos forneça pistas para compreender as fala de Gaia: *“Naquela época não tinha aqueles cuidados com o corpo. Não tinha aquela coisa de cuidar do futuro dos filhos...”* e de Deméter: *“... Não tive isso de cuidado com o corpo como tive com minha filha, coloquei no ballet. Não existia isso naquela época”*. Ambas partem do mesmo marcador geracional e tem origem social e econômica similar. Gaia tem origem numa família de camada baixa, do interior do estado da Bahia e passa a ocupar um estrato social mais alto a partir do casamento. Deméter, nascida no estado do Pará foi criada num sítio, de família de classe média baixa, com influência importante dos seus avôs em sua educação e no aprendizado das técnicas corporais de cuidados estéticos. Migra para a capital daquele estado no começo da vida adulta, vindo a casar logo depois com um rico empresário local, e poucos anos depois se muda para Salvador.

As referências culturais e sociais que orientaram suas primeiras noções de cuidados corporais, com pouca valorização para os cuidados estéticos, refletem seus lugares de origem e pertencimento num dado momento histórico. Estamos falando de meados da década de 60, em regiões do Brasil com fraca inserção no processo de industrialização e modernização que marcaram o país a partir da década de 50 do século XX, e cujos referentes culturais estavam fortemente baseados num ethos da vida rural ou do interior do país. Estética corporal não era uma dimensão a compor este mundo naquele momento.

Os corpos são hoje altamente investidos, representam um avanço da mercantilização em diferentes esferas da vida e é um recurso, um capital, que entra no jogo das possibilidades de ganhos pessoais e sociais no rol dos itens que os pais “devem” cuidar para um futuro potencialmente mais bem sucedido para seus filhos, em especial suas filhas.

A pesquisa de Berger (2006) realizada em São Paulo aponta um achado similar dentre as mulheres sujeitos de sua pesquisa em relação às mudanças no contexto social brasileiro quanto à importância do corpo, especialmente a partir da década de 90. As entrevistadas sinalizam estas mudanças a partir do aumento de marcadores tais como o de maior adesão de mulheres em diferentes regimes de cuidados corporais (a exemplo da presença em academias e clínicas estéticas), maior oferta de serviços vinculados ao corpo e a beleza e maior circulação midiática sobre estes temas.

Segundo esta autora, a quase totalidade de suas entrevistadas atribui à mídia um papel preponderante na veiculação de mensagens do corpo perfeito, alimentando o processo de culto ao corpo, que valoriza um determinado modelo corporal, o do corpo magro e com músculos definidos e enrijecidos.

Malysse (2002) num estudo realizado no Rio de Janeiro sobre corpo ideal apresenta a produção do corpo como um processo onde as incorporações individuais de normas, ideais e valores da aparência física refletem a influência da cultura e dos modos de ver o corpo para a classe média carioca.

A perspectiva cultural de que trata este autor é caracterizada pela recorrente influência da mídia na produção de um tipo de imagem de corpo ideal, e dos consensos coletivos sobre os ideais corporais socialmente valorados, os quais se baseiam na lógica da transformação corporal, de um corpo constantemente imperfeito e inacabado, moldável para a ação individual em busca de seu aperfeiçoamento físico, com efeitos de bem estar psíquico.

“A própria mídia, o estereótipo que ela passa da mulher perfeita. Isso muda, antigamente as mulheres gordinhas, depois a magreza e agora a mulher mais cheinha, mas definida” (IRENE, 24 anos).

O papel dos meios de comunicação de massa na produção e disseminação da cultura do corpo, dos ideais contemporâneos de beleza e de certa “popularização” das cirurgias plásticas como um regime de beleza e prática de cuidado corporal tem sido objeto de estudo de alguns pesquisadores (MENZEL *et al*, 2011; ADAMS, 2010; FEATHERSTONE, 2010), os quais reconhecem a forte pressão social exercida pela mídia na internalização que os indivíduos, especialmente as mulheres, sentem frente aos ideais de beleza socialmente circulantes e valorados.

Para estes autores, a pressão da mídia é recorrentemente identificada como facilitadora de mensagens direcionadas a demonstrar que o culto ao corpo pode ser acessível e viável para todos, num claro chamado a responsabilidade individual, “cada um pode e deve cuidar de si”, na lógica dos projetos reflexivos do corpo.

Embora haja uma ampla disseminação do ideário da beleza e da possibilidade de transformação do corpo como elementos midiáticos e de forte penetração na cultura e na sociabilidade brasileira nas últimas décadas (MALYSSE, 2002; EDMONDS, 2010), os mecanismos envolvidos na modelagem do corpo, seja para sua manutenção ou modificação, requerem uma capacidade específica de consumo, não igualmente acessível para todos numa sociedade como a nossa, com importantes desigualdades de classe e de renda. A dimensão do consumo se destaca como um elemento a ser considerado na análise das possibilidades (ou não) dos sujeitos na sua tarefa de produção do corpo.

As diferentes práticas de beleza e cuidados corporais em que as mulheres entrevistadas estão envolvidas (academia, aulas de dança, Pilates, drenagem linfática, idas regulares a dermatologistas e clínicas estéticas) reafirmam modos de consumo característicos de uma

determinada classe social com poder aquisitivo para dar consecução contínua e sistemática a estes investimentos corporais, reforçando lugares de pertencimento de classe.

“Atualmente faço Pilates e musculação. Antes eu não podia fazer, agora eu posso, tenho tempo e condições financeiras, como um presente” (ATENA, 47 anos).

“Teve um momento que eu passava um tempão na academia, comprava proteína, um monte de suplemento de alimentação. Eu gastava todo meu tempo e dinheiro na academia” (HEMERA, 25 anos).

Segundo Bourdieu (2007), os membros das classes dominantes organizam seu consumo em três categorias principais: alimentação, cultura e despesas com apresentação de si. Nesta última categoria, os itens a ela relacionados envolvem gastos com vestuário, beleza e higiene e revelam o interesse por aquilo a que este autor denomina de gostos de luxo, que viria a ser aquele proporcionado pela liberdade de escolha viabilizada pelas facilidades de ter capital para aquisição de bens e serviços. Gostos de luxo se orientam pela diferenciação e distância dos gostos de necessidade.

“Hoje, financeiramente estou podendo bancar massagem, Pilates, academia, roupas. Tudo isto me deixa muito confortável” (ATENA, 47 anos).

“Minha família deu muito apoio para a cirurgia, mas o dinheiro foi todo meu” (TÁLASSA, 36 anos).

“Muito valorizada a cirurgia plástica em meu meio social. Quase todo mundo que conheço fez algum tipo de cirurgia plástica. Muitas pessoas que conheço querem fazer mais, elas estão muito insatisfeitas. Todas as pessoas do meu convívio social que fizeram uma cirurgia querem fazer mais.” (DEMÉTER, 47 anos).

“Meu médico escolhi a dedo, hoje ele é meu amigo. Ele só atende aqui em Salvador, no Hospital da Bahia duas vezes por semana” (FEBE, 32 anos).

“... eu sabia que eu tava diante de uma cirurgiã plástica considerada uma das melhores da Bahia, que é conhecida como “Bisturi de Ouro” (ATENA, 47 anos).

Nas entrevistas se captura este mecanismo de consumo de elite, tanto pela possibilidade de destinar gastos para despesas com a apresentação de si, quanto pela busca de gastos de beleza que ressaltam mecanismos de diferenciação no consumo de práticas de manutenção/modificação corporal. A escolha do cirurgião plástico exemplifica isto: não basta ser um bom profissional, ele precisa ser quase exclusivo, os melhores dos melhores (“... Bisturi de Ouro...”) com um atendimento de agenda restritiva e não acessível todos os dias, e com atendimento em um dos melhores endereços médicos da cidade.

A produção do corpo das mulheres entrevistadas revela diferentes modos de investimento – tempo, dinheiro – que as distingue socialmente, ao mesmo tempo em que o corpo produzido exhibe o pertencimento a um determinado grupo social com esta capacidade de consumo das diferentes tecnologias de cuidados corporais.

Capítulo 6: Corpo como um lugar de insatisfação, vergonha e constrangimento

“Na adolescência não tinha cuidado com o corpo, era 20 kg mais gorda, meu peito era muito, muito grande e minha irmã fez também a cirurgia, e eu com 16 anos já não tinha mais um sutiã que eu vestisse que ficasse bom, e roupa também tava difícil de encontrar... Fiz a cirurgia dos seios, emagreci naturalmente, antes dos 18, que dizem que o importante é emagrecer antes dos 18, graças a Deus eu emagreci. Era horrível, não achava uma roupa, me achava gorda, ninguém me paquerava, é ruim...” (TÉTIS, 26 anos).

Pretende-se neste capítulo compreender a complexa rede de fatores que se encontra implicada na construção das motivações para a cirurgia plástica, com ênfase nas narrativas das entrevistadas que dão significado aos “defeitos” e “imperfeições” de seus corpos como produtores de insatisfações, vergonha e sofrimento, e como estas terminam por embasar a justificativa da realização da cirurgia plástica enquanto estratégia para restaurar a identidade do Eu e a autoestima.

Nas sociedades atuais com o corpo altamente valorizado e a aparência como o retrato do valor de cada indivíduo, as imperfeições do corpo são vistas como algo que distancia cada sujeito de um padrão percebido como “normal”, cujos efeitos se fazem sentir no campo psicológico, na esfera da sociabilidade, e em algum nível de exclusão social.

As entrevistadas falam sobre seus corpos como um sinal de desarmonia entre o corpo vivido e a imagem construída de si, o que evidencia que o bem estar pessoal e psicológico de grande parte destas mulheres se assenta na apresentação de um corpo compatível aos padrões vigentes das sociedades atuais: mais magro, mais delineado, com musculatura firme. Padrões que para serem cumpridos fazem com que as mulheres recorram a diferentes intervenções e tecnologias de beleza, na qual a cirurgia plástica assume um lugar de destaque pelo investimento gasto, pelo certo grau de permanência da nova imagem construída e pelas expectativas projetadas de ser a intervenção que vai “tratar” as imperfeições e a baixa estima.

A construção da cirurgia plástica como uma resposta a desarmonia da autoimagem toma como pressupostos o corpo como problemático e a cirurgia estética como um recurso para normatizar seus corpos frente a padrões e expectativas sociais incorporadas (FEATHERSTONE, 2010; ADAMS, 2010). O corpo se torna objeto de escrutínio e preocupação.

Para Malysse (2002, p. 93) o olhar sobre os corpos na atual sociedade brasileira, tomando como objeto a sociedade carioca, reflete processos complexos de preocupação e cuidados extensivos com a aparência física, denominado de corpolatria, conceituado por este autor como “incorporações individuais de diversos valores modais da aparência física, que são os fundamentos das novas coletividades”.

Nesta abordagem, os indivíduos estão atuando num cenário de constante produção social de imagens e construção de mensagens, especialmente pela mídia, que sinalizam os corpos como defeituosos, portanto desejável que os indivíduos tomem para si a responsabilidade de reparar e modificar o que lhes causa vergonha e inadequação ao esperado socialmente.

Sem negar uma dimensão inegavelmente relacionada ao campo psicológico, pelos efeitos produzidos e vivenciados individualmente por cada sujeito em sua história de vida, nos interessa situar neste estudo os constrangimentos com o corpo como um fenômeno social que está

intrinsecamente relacionado às características e contradições da sociedade da cultura de consumo, da qual fazemos parte dentro de nosso tempo sócio histórico.

Um corpo concebido como defeituoso ou incompleto é um corpo interpelado para a modificação, como uma medida de dever individual que almeje um modo de aparência mais adequado de apresentação, uma imagem com mais valor. Este processo não necessariamente encontra-se orientado para a finalidade de promover felicidade ou satisfação pessoal, embora este possa ser um efeito explicitamente vivenciado pelos sujeitos implicados como resultado de seus múltiplos esforços de transformações corporais.

Bauman (2008) argumenta que na cultura de consumo na qual as atuais sociedades ocidentais estão imersas, os propósitos centrais desta cultura se dirigem fundamentalmente para que seus membros, eles próprios se transformem em mercadorias, objetos de comercialização e de consumo, o que lhes confere o status de pertencimento e afiliação na sociedade.

O tornar-se uma mercadoria vendável opera num processo de complexas relações nas quais o desempenho individual, o monitoramento de si e a sensação de liberdade de escolha concorrem para produzir uma constante insegurança nos sujeitos e um interesse em aumentar seu valor pessoal e sua autoestima, frequentemente confrontados.

Ser algo mais, descartar o que nos causa insatisfação, alinhar o valor pessoal com as expectativas sociais projetadas são medidas que se espera dos sujeitos na sociedade de consumo. Como o foco é o indivíduo, ao mesmo tempo sujeito e objeto, a este cabe o papel de dever ser, de fabricar a si próprio, incluindo seus corpos, o que conclama para si a responsabilidade pelo sucesso e pelo fracasso (BAUMAN, 2008, FEATHERSTONE, 2010, ADAMS, 2010).

Nesta perspectiva, ter a capacidade de investimento em ações que arregimentem valor social e autoestima permite estar de muitos modos integrados a sociedade de consumo. A falha na capacidade de arregimentar valor social e autoestima suscita a vergonha por demonstrar a “incapacidade” na fabricação de si mesmo e na mais completa integração a este modelo de afiliação social. Vergonha do sujeito que não é capaz de cumprir seu dever ou de reunir as condições necessárias para sua contínua transformação em objeto de consumo.

A vergonha com seus corpos, repetidamente relatada neste estudo, pode sinalizar que as mulheres entrevistadas sentiam-se falhas ora por não o terem cuidado adequadamente, como no depoimento de Tétis (“*Na adolescência não tinha cuidado com corpo, era 20 kg mais gorda...*”) ou por terem tido um corpo que ainda portava as marcas do corpo “natural”, para o qual elas ainda não tinham realizado os investimentos necessários de transformações.

“Eu tinha vergonha do meu corpo, porque eu sempre fui muito magrinha, e minhas amigas foram crescendo e ganhando corpo e eu nada, isso me frustrava bastante. Mas aí não sei se por coincidência, eu tive problema de regular minha menstruação e a médica me passou anticoncepcional com 15 anos, aí eu engordei 8kgs, mas aí eu ganhei corpo, então fiquei bem, porque desenvolvi quadril, perna, e me senti mais confortável com meu corpo, mas meu peito não cresceu, ele nunca veio então à insatisfação com o seio continuava” (TÊMIS, 23 anos).

“Sempre tive desejo de fazer uma cirurgia plástica, mas sempre fui racional. Queria muito a cirurgia, mas sabia que ela ia mudar minha rotina e então pensei por 08 anos. **P: Porque você queria muito a Cirurgia Plástica? R:** Tinha muito pouca mama, isso me incomodava demais. Como tenho o corpo magro eu parecia uma menina. Eu era muito magra, era o principal, não tinha muito seio. Colocava sutiã enorme de bojo, mas era muito estranho, sempre fui muito insegura com meu corpo. Não me sentia muito bem. Sempre diziam opiniões contrárias, talvez eu fosse muito exagerada como eu me via...” (HEMERA, 25 anos).

O desconforto com o corpo “natural”, um corpo que deixa a desejar e cujas repercussões se fazem sentir no campo psicológico e na capacidade de perceber o valor pessoal, pode ser reparado com a intervenção de diferentes modos de trabalho corporal – bojo aumentado do sutiã, medicações, tecnologias médicas, a exemplo da cirurgia plástica estética - como um recurso para ter direito a viver mais afirmativamente sua autoestima.

Os apelos de autoestima das mulheres deste estudo, inseridas em uma sociedade com incorporação recente na cultura de consumo global, e sendo elas próprias detentoras de capital econômico e simbólico suficiente para uma adesão relativamente confortável a esta mesma sociedade, pode estar relacionado a uma estratégia de autogestão, através da qual possam reafirmar outras imagens de si e produzir uma identidade sem as marcas dos constrangimentos que as colocavam em insegurança emocional e social.

Fortalecer a autoestima enquanto estratégia de autogestão estaria aqui compatível aos argumentos propostos por Edmonds (2010) a partir da análise da cirurgia plástica no contexto brasileiro, na qual o cuidar de si é reivindicado como direito e como um recurso diferencial para se posicionarem mais confortável e competitivamente no mercado de trabalho e afetivo sexual.

Nesta perspectiva, os relatos das imperfeições corporais percebidas pelas entrevistadas podem estar a sinalizar suas dificuldades e receios para conseguir cumprir as exigências dos ideais de corporalidade que compartilham com seu grupo social de inserção, e servem de justificativa para motivar a realização da cirurgia plástica estética.

Os resultados destes relatos foram organizados em torno a uma categoria, os quais serão denominados como “defeitos estéticos” percebidos (“... corpo é uma coisa muito importante. Se tiver algo de errado nele pode prejudicar nossa vida por muito tempo. A gente pode se achar inferior, porque tem “aquele defeito”).

Neste estudo há um destaque para a gordura corporal e para os tamanhos dos seios (seios muito pequenos/ muito grandes) como as duas imperfeições corporais significadas pelas entrevistadas como as mais marcantes em termos de perturbações em sua aparência, que fomentaram repercussões na esfera psicológica, social e afetivas e, são apontadas como as motivações para suas cirurgias plásticas.

Iremos também articular a apresentação de relatos sobre os comportamentos e/ou as estratégias desenvolvidas pelas entrevistadas na vida cotidiana como resposta aos sentimentos experimentados de vergonha e sofrimento com seus corpos, especialmente no campo dos constrangimentos na sociabilidade e nas ações práticas do cotidiano (“... eu já não usava mais biquíni, eu passei a usar maiô quando eu engordei, já não usava nem mais pra ir pra praia, então já tava muito restritivo, eu já não gostava mais de me ver no espelho, já há muito eu evitava me ver no espelho”).

6.1 “Defeitos estéticos”

“... corpo é uma coisa muito importante. Se tiver algo de errado nele pode prejudicar nossa vida por muito tempo. A gente pode se achar inferior, porque tem “aquele defeito” (IRENE, 24 anos).

“Desde a adolescência tive várias fases: uma hora detestava aqueles seios enormes. Depois deixei isso pra lá e pensava: Vou usar ao meu favor, vou usar bastante decote. A ideia da cirurgia veio e foi várias vezes” (PERSÉFONE, 28 anos).

“Com 13 anos já tinha uma mama bem grande, mas ela foi crescendo e caindo. Não me sentia feliz. Todas as pessoas comentavam. Minha avó dizia “só quero morrer quando você fizer a cirurgia das mamas”. Meu pai também achava que não era uma coisa muito bonita, tanto que foi ele que pagou” (IRENE, 24 anos).

“Eu procurava qualquer blusa, qualquer roupa que não mostrasse meus seios muito pequenos e ficava usando sutiã de bojo pra disfarçar, e ai começou a me incomodar muito, e ai fiz 18 anos e falei com eu pai que não tava aguentando mais.. eu fiquei cansada daquilo, e ai meu pai falou pra ver a cirurgia, eu disse que queria, mas fiquei enrolando, então meus pais se separaram, eu disse que acho que tá na hora de me preocupar comigo, se for pra fazer a cirurgia então que eu faça logo (ARTÉMIS, 21 anos).

Nas falas acima retratadas os sentimentos de vergonha, infelicidade e mal estar psicológico por um corpo com “imperfeições” são vivenciados desde a adolescência, com repercussões emocionais e sociais na vida destas mulheres, e reconhecidos como sofrimentos legítimos, pelo seu grupo social mais imediato que é a família.

Bourdieu (2007) nos sinaliza que há uma correlação entre a experimentação do corpo como objeto de constrangimento e mal-estar quanto mais evidente for o descompasso entre o corpo ideal e o corpo real. Há um destaque nos relatos do receio de sentir-se inferior ou se destacar negativamente perante seus grupos de pertencimento por apresentar algo no corpo que elas mesmas percebem como “aquele defeito”.

Nos chama atenção à marcação da adolescência como a etapa de vida de parte destas mulheres como o momento de confrontar-se com um corpo vivido com sofrimento. A adolescência, na cultura ocidental, é caracterizada por ser uma etapa de transformações físicas e psicológicas e de assunção de uma imagem de si mais pública e mais separada da imagem familiar, numa perspectiva de constituição de uma identidade mais autônoma, e também se revela como o momento de maior apreensão dos padrões culturais vigentes.

Vivendo numa sociedade que alinha o corpo com a identidade do Eu, as adolescentes de cidades populosas e modernas como Salvador buscam trabalhar seus corpos e sua estética para que se mantenham relativamente alinhadas e não diferenciadas da média esperada. Um corpo fora da medida padrão (obeso, seios muito grandes, seios muito pequenos, etc.) é um corpo sujeito a críticas, um corpo que escapa da “normalidade”. Um corpo não atrativo.

Salvador, como uma cidade litorânea e destino turístico importante, especialmente na época do verão, é uma cidade culturalmente vocacionada para hábitos de praia: frequência regular e intensa a este espaço, com uso de vestuário leve e com recorrência à utilização de trajes de banho com conseqüente exposição do corpo.

Além disto, a intensa indústria musical da cidade, com a explosão dos ritmos do axé e do pagode a partir de meados da década de 80 facultou a criação de toda uma modalidade específica de expressão cultural com forte penetração na vida dos soteropolitanos, especialmente os jovens, que se manifestou na organização de um calendário extenso de ações de lazer e sociabilidade vinculadas a esta modalidade musical, nos modos de dançar as músicas e no modo de vestir os corpos para estar presente nos espaços onde havia o predomínio destes ritmos musicais. Os ensaios de verão, as festas dos Blocos e o próprio Carnaval tornaram-se verdadeiros baluartes da expressão da identidade cultural soteropolitana e espaços onde música e dança se entrelaçavam para produzir modos corporais e uma rede de significados relacionados ao corpo e as mulheres (NASCIMENTO, 2009).

Com ritmo e letra que explorava o reboleio dos corpos e modos de dizer sobre as mulheres que mesclavam sensualidade e objeto de desejo masculino, a estética corporal privilegiada para acompanhar este modo de expressão da “baianidade” não era outra que não o de corpos mais desnudos, mais bronzeados, mais trabalhados para exibir pernas torneadas e bumbuns firmes. Todo este conjunto requeria um tipo específico de apresentação corporal, que marcou no real e no simbólico toda uma geração na cidade.

Isto seguramente demandava para o público adolescente e jovem da cidade do Salvador, especialmente o feminino uma atenção mais particular sobre seus corpos, talvez só parecida à encontrada junto à população da cidade do Rio de Janeiro.

Possivelmente para as adolescentes, seja especialmente difícil enfrentar a crítica social por um corpo “fora do padrão” por não reunir ainda as condições objetivas e subjetivas necessárias, como autonomia financeira e fortalecimento emocional, que as fizessem ter suporte pessoal para ostentar um corpo diferente do socialmente esperado.

“...também hoje em dia eu vejo que determinadas coisas não fazem parte da essência da pessoa, mas é inevitável, porque jovem, ela dá valor ao corpo, a aparência, porque é assim que as outras pessoas encaram ela, então você acaba criando uma identidade em relação a isso, e as adolescentes são muito taxadas em relação a isso, então isso (a cirurgia) melhorou muito minha auto estima, me deixou mais firme” (TÊMIS, 23 anos).

O sentimento de inferioridade pode nos estar falando de um medo frente a algum tipo de exclusão social por não estar suficientemente adequadas a ocupar os espaços de sociabilidade

e as expectativas de atratividade esperadas. Para estas entrevistadas que foram adolescentes já no boom da indústria musical baiana do axé e do pagode, não apresentar o corpo projetado por esta indústria também era uma forma de não se inserir na cena local de possibilidades de lazer, experiências de namoro e um modo bem típico de ser jovem em Salvador.

Integrantes de um determinado segmento social com recursos financeiros suficientes para exercerem um papel competente na sociedade de consumo, uma aparência com “defeito” pode sinalizar que as mulheres entrevistadas se sentiam pressionadas no seu direito a beleza e boa aparência, requisitos importantes para se posicionarem bem no mercado afetivo, sexual e de trabalho. As queixas de “defeitos estéticos” se tornam um modo de objetificar nos corpos os significados de um corpo visto com menos valor social (EDMONDS, 2010).

Nos relatos mencionados, as famílias parecem cumprir o papel de legitimação das imperfeições corporais como “defeitos estéticos” ao dar significado coletivo a queixas que poderiam ser interpretadas como problemas psicológicos individuais, os quais passam a ser terapêuticamente manejados pela cirurgia plástica, que assume um caráter de tecnologia psicoterapêutica. O sofrimento com o corpo, mais que um problema individual, passa a ser um sofrimento socialmente significado e experimentado também como de responsabilidade do grupo familiar, que ao assumir os custos financeiros da cirurgia plástica também se implica no projeto de autogestão corporal.

As entrevistas e os questionários aplicados revelam que as entrevistadas na faixa etária de 20 a 26 anos tiveram suas cirurgias plásticas pagas pela família, algumas pelo fato de ainda não estarem trabalhando quando do momento da realização da cirurgia plástica, mas, sobretudo, pela razão de terem experimentado um recorrente desconforto emocional e na esfera da sociabilidade com seus corpos desde a adolescência e, o projeto de cirurgia plástica surgia como uma solução ofertada pelas famílias como recurso terapêutico.

“Fiz em dezembro de 2010, botei prótese de silicone, botei pouca, 230 ml, acho que ficou bem natural, bem proporcional, minha avó me ofereceu o presente” (TÊMIS, 23 anos).

“Minha mãe sempre dizia: “chegue ao seu peso ideal e lhe pago uma lipo. Ela dizia: “faz a lipo, faz as correções” (HEBE, 23 anos).

“Se eu não tivesse feito à cirurgia plástica, continuaria a comprar bojo e não teria evoluído e amadurecido em tão pouco tempo. Isso foi um presente do meu pai e minha mãe” (HEMERA, 25 anos).

A vergonha corporal não marca apenas o indivíduo que o porta. Marca todo o conjunto familiar que funciona ao mesmo tempo como uma dupla fonte de influência: exerce influência ao legitimar valores do modelo sociocultural valorizado de aparência, assim como influencia positivamente ao ter membros de sua rede tendo realizado cirurgia estética previamente, o que pode ajudar a compreender a aceitabilidade, a acessibilidade e a visão positiva para a cirurgia estética como um recurso de melhoramento corporal (ADAMS, 2010; VRIES *et al.*, 2014; MENZEL *et al.*, 2011).

“Foi bem pessoal minha relação com o médico, porque ele já conhecia meu pai, que é médico e também minha mãe, que também tinha feito Medicina. Minha mãe também fez lipo antes” (HEBE, 23 anos).

“Conheci um amigo que fez a cirurgia e um primo meu que fez a cirurgia também com o mesmo médico [...] quando falei com este amigo e meu primo e vi que estavam bem e por coincidência tinha sido o mesmo médico, me animei para fazer a cirurgia” (HEMERA, 25 anos).

“Minha filha tinha feito a cirurgia seis meses antes, uma cirurgia de prótese que ela colocou. Eu passava pela frente da Clínica nos dias que levava minha filha para o inglês [...] Cheguei através de uma amiga de minha filha. A Clínica era boa, resultados bons” (GAIA, 48 anos).

“Minha mãe perguntou se eu não queria fazer a cirurgia, minha irmã já tinha feito aí eu falei que queria. Minha mãe me apoiou, foi ela que teve a iniciativa de dizer ‘você não quer fazer não?’, ela sempre me apoiou, minha mãe, minha irmã [...]” (TÉTIS, 26 anos).

Os grupos sociais de inserção das participantes desta pesquisa, especialmente o familiar, parecem compartilhar a mesma rede de significados e atitudes socialmente construídas em torno ao corpo e aos seus projetos de autogestão e responsabilidade. Possivelmente estes sujeitos historicamente datados estão através da utilização da cirurgia plástica como medida de reparação e melhoramento traduzindo noções que se retroalimentam em torno à beleza, a credibilidade e confiabilidade numa medicina voltada para a estetização da vida e da saúde, cujos efeitos se espera tenham repercussões no campo do bem estar psicológico, afetivo e social (EDMONDS, 2007).

6.1.1 O horror da gordura: “defeito estético” mais temido

Se boa aparência é um valor, um recurso de distinção e um modo de adesão aos modos culturais esperados do projeto reflexivo de corpo na contemporaneidade, seu oposto mais temido é o da

aparência associada à gordura. Estar gorda é estar sem salvação, um estado de ausência de felicidade, de bem estar, uma condenação à solidão.

O corpo magro ou talvez o corpo que não seja identificado como um corpo gordo é desejado e trabalhado para seu alcance através da participação em diversificadas atividades física e regimes de beleza, associadas preferencialmente a estratégias de restrição/reeducação alimentar que buscam um duplo objetivo: afastar doenças e manter o corpo livre da gordura.

Conforme sinalizado por Santos (2008) a centralidade ocupada hoje pelo corpo na vida das pessoas coloca o emagrecimento como um imperativo existencial e ponto de convergência entre o campo da saúde e o campo da estética. Como afirmado pela autora:

“...o ato de emagrecer é uma perseguição que cada vez mais se acentua nesta virada do século e atrai mais adeptos sobrepondo as categorias de classe, etnia, gênero e geração. Não se trata apenas de um projeto para os portadores de obesidade ou sobrepeso, seu caráter universalizante é um marco.” (SANTOS, 2008, p. 31)

Concordamos com Santos em compreender o fenômeno da busca pelo emagrecimento como uma perspectiva universalizante que transversaliza diferentes marcadores, porém ainda consideramos como Bourdieu (2007) que há para os sujeitos ocupantes das camadas sociais mais altas um apelo e uma maior cobrança para fazer cumprir aquilo a que ele denomina de nova ética da sobriedade para a magreza.

Estar gordo associa-se a não ser saudável, aproximando os sujeitos portadores desta condição como sujeitos de doença, da incapacidade física e como veremos adiante, da quase impossibilidade de inserção nos mecanismos de interação social da vida cotidiana.

“Eu me sinto bem quando eu to mais magra, até pra ter relação. Meu marido não liga, às vezes nós achamos que o homem liga mais que a gente, mas não é verdade. Mas eu me sinto bem quando eu to bem com meu corpo, magra, sem celulite, até pra tirar roupa, colocar biquíni. Isso influencia em mim. Quando você se sente bem tudo vai bem, com marido, filhos, com as pessoas em geral, você se sente outra pessoa. Eu gosto de me sentir bem com meu corpo” (HÉSTIA, 44 anos).

“Meu marido gosta de mulher magra, outros homens pensam de outro modo, esses conceitos mudam, não existe de todos pensarem do mesmo modo, lógico que não daquele corpo enormemente gordo que não tem condições de ninguém achar legal” (DEMÉTER, 47 anos).

“Nunca me preocupei com outros homens em relação ao meu corpo, só em relação ao meu ex-marido. Quando estava bem gordinha não tive nada com ninguém. Agora (depois das cirurgias plásticas) eu estou com um paquera mais jovem, mais de 10 anos mais jovem... Antes era aquele culote, apertado, aquilo me matava, me entristecia, me deprimia. Eu quero me olhar no espelho, me sentir bem” (TÁLASSA, 36 anos).

“No meu caso preciso estar bem. Gorda você não consegue, baixa sua autoestima, você precisa estar bem com você mesma” (NIX, 60 anos).

“... a magra consegue se vestir melhor, esteticamente é mais bonito, não por ser mais valorizado, porque assim, eu não me incomodo tanto com o que as pessoas vão dizer, mas eu me sentiria melhor, por uma questão de me sentir melhor, não pra ser mais valorizada ou pra parecer mais bonita, porque eu me sentiria melhor mais magra” (TÉTIS, 26 anos).

Sobre as falas acima apresentadas se podem destacar dois tipos de justificativas que as entrevistadas sentem em relação a seus corpos e a busca por manterem-se afastadas da gordura. A primeira justificativa centra-se na própria pessoa, no seu sentido pessoal de bem estar, de manter-se magra como escolha pessoal, numa aproximação da magreza com fortalecimento da autoestima. A segunda justificativa traz para a cena o olhar dos outros sobre seus corpos, ou melhor, a preferência e o desejo do outro sobre um tipo de aparência que seus corpos devem ter para serem desejáveis.

Aparentemente ambivalentes estas justificações convergem para o mesmo processo de construção da imagem corporal de cada um, elaborada a partir da alteridade, num complexo intersubjetivo no qual cada um, os outros e os contextos sociais informam à imagem que cada um tem e quer projetar de si mesmo. Neste sentido, a própria escolha por si mesma de preferir-se num corpo magro, já traz em seu bojo muito do que é valorado na rede de relações sociais em que cada uma destas mulheres está inserida.

Um elemento que chamou bastante atenção nas falas acima discutidas e nos casos que iremos ilustrar abaixo das entrevistadas Perséfone e Atena referem-se à percepção da gordura como um problema cujos efeitos não recaem necessariamente sobre o corpo físico, mas sim na experiência vivida ou percebida de uma corporeidade indesejável, estigmatizante, geradora de vergonha e sofrimento emocional.

“Sempre fui gordinha, emagreci nos meus 15 anos e perdi 20 quilos. Estava focada no meu vestido, queria perder peso para poder usar meu vestido dos 15 anos. Era péssimo. Não era péssimo, ainda é assim. Faço milhões de regimes e nada adianta. Na minha adolescência ir para a praia, Deus é mais!!” (PERSÉFONE, 28 anos).

“Minha família dizia que era coisa da minha cabeça. Minha barriga estava cada vez maior. Todo mundo dizia que eu era louca. Morria de vergonha. Eu não tinha amigas gordinhas. Hoje vou para a praia de boa. Mas naquela época não queria sair para a rua de jeito nenhum” (PERSÉFONE, 28 anos).

“Eu tive sempre que lidar pra não ficar gorda, já porque eu tenha uma tendência de ficar gorda, até consegui lidar na adolescência bem com isso, não engordando tanto, no padrão considerado esperado, e a fase adulta também de viver sempre com dieta,

fazendo exercício físico, então acho que assim, um lado meu negava, mas outro lado queria não morrer aquilo que espelhava como beleza” (ATENA, 47 anos).

O sentimento de vergonha e distanciamento de interações sociais em situações de sociabilidades diversas em razão da gordura do corpo foi também um achado encontrado por Santos (2008) e Novaes (2013) junto aos seus sujeitos pesquisados. A vergonha expressaria um modo de lidar com uma imagem de si como responsável por portar um padrão corporal fora da “normalidade”, uma operação que tende a culpabilizar o sujeito por sua gordura, que passa ser a exibição do seu desleixo corporal.

Nas falas das entrevistadas acima mencionadas percebe-se este mecanismo de responsabilização individual pela assunção do comando do investimento em si e sendo recompensada por isto quando as mesmas relatam a perda de peso para poder se exibir no vestido dos 15 anos ou quando conseguiu não engordar tanto na adolescência e vida adulta por viver em dieta.

A incorporação dos valores subjetivos e morais relacionados aos atuais modelos de aparência em comparação com a experiência vivida de seus corpos terminam por proporcionar a estas mulheres uma autoimagem fragilizada e interdições, mesmo que situacionais, em redes de sociabilidade.

A recusa a frequentar a praia, como mencionado por Perséfone em um momento de sua vida, retrata a exclusão auto imposta para escapar aos julgamentos e preconceitos de outros por não ter um corpo que corresponda ao ideário exigido neste que é um dos espaços mais emblemáticos da corporeidade no Brasil (GOLDEMBERG & RAMOS, 2002; MALYSSE, 2002).

Há ainda nas narrativas outra dimensão importante a ser discutida e que se relaciona à associação entre gordura e aquilo a que Novaes (2013) denomina de dessexualização da pessoa gorda, processo social que tende a tomar o indivíduo gordo como aversivo e excluído do direito ao exercício da vida afetiva e sexual.

“... minha irmã diz: “quando você gostar de você as pessoas vão reparar em você”. Eu digo: “estou obesa e ninguém vai olhar para mim”. Digo pelas minhas amigas, todas estão namorando e ninguém é obesa como eu” (PERSEFONE, 28 anos).

“Quando eu terminei com este namorado, ainda gordinha, fiz sexo com pessoas mais magras do que eu. Tinha amigas que me diziam: “Como você consegue tirar a roupa com aquele cara magrinho de corpo perfeito?” (HEBE, 23 anos)”.

Pelo apresentado, a concepção de estar gorda dificulta as relações afetivo-sexuais e somente pela eliminação da gordura, a partir de um investimento disciplinado, é possível restaurar a capacidade de tornar-se desejável para o olhar do outro. A vivência afetiva-sexual (ou a ausência desta) para estas mulheres está muito mais dependente de um tipo de corpo que percebem e desejam possível de lhes garantir um lugar no mundo dos afetos e do sexo. E este corpo não é o corpo gordo e sim o magro ou o trabalhado através de atividades físicas ou cirurgias, como ilustrado pela fala de Tálassa: “*Quando estava bem gordinha não tive nada com ninguém. Agora (depois das cirurgias plásticas) eu estou com um paquera mais jovem, mais de 10 anos mais jovem [...]*”.

O corpo assume assim um lugar de objeto de consumo e atrativo de fundamental importância para encontros sexuais, cujas características atuais estão mais revestidas da imediatez e das sensações suscitadas pela primeira impressão que o outro produz nestes encontros (ANDRADE, 2008). A recompensa pelos esforços e investimentos no corpo é manter-se sexualmente ativa, e mais que isto, poder entrar na disputa por um parceiro sexual ainda mais jovem, um valor agregado no disputado mercado afetivo sexual da atualidade.

Afastar a gordura é também um esforço por manter-se ativo na esfera simbólica dos signos que demarcam a juventude: experimentar mais abundantemente a sexualidade.

“Hoje eu faço essa relação de meu peso com o sexo. E criei um preconceito: tá gorda é porque tá faltando sexo. Mas isso era comigo. Depois dele todas as pessoas que eu me relacionei foram mais magras e ligadas a uma atividade física. Não quero mais namorado gordo na minha vida (risos). A gente adoecia juntos, eu e meu namorado, inclusive na cama. Eu dizia que a gente saía para comer, jogava e quando dava vontade de outra coisa não acontecia nada. A gente terminou porque ele estava negando sexo.” (HEBE, 23 anos).

6.2 Quando tamanho é documento: o dilema de viver com seios pequenos ou grandes demais

“*Eu era muito magra, era o principal, não tinha muito seio. Colocava sutiã enorme de bojo, mas era muito estranho, sempre fui muito insegura com meu corpo. Não me sentia muito bem...*” (HEMERA, 25 anos).

Nos fragmentos de relatos das entrevistadas analisados há um destaque para os seios como a parte do corpo à qual elas associam com sentimentos de vergonha e constrangimento, por se apresentarem ora como seios muito pequenos ou como seios muito grandes, dando a compreender que possuir um seio nestes padrões remete a ideia de um padrão de seio esperado e percebido como “normal”, que não é o que elas possuíam.

Aqui buscaremos apresentar e discutir as narrativas que estabelecem vínculos entre seios considerados pelas entrevistadas como muito fora do padrão, onde as cirurgias plásticas realizadas parecem traduzir uma restauração da normalidade e bem estar psicológico, na perspectiva da conceituação do “*dys-appearance*”. Seios passam a ser a parte problemática do corpo, visto como estranho e como fonte de perturbação na conexão que a pessoa estabelece entre seu corpo e a identidade de si. A perturbação também se apresenta na relação destas mulheres com a construção de sua feminilidade e atratividade.

Este grupo de entrevistadas guarda um perfil com importante similaridade: se refere ao grupo de entrevistadas mais jovens, solteiras, sem filhos, exceto no caso de uma delas. O desconforto com seus seios emerge desde a adolescência e isto caracteriza uma diferenciação com um outro grupo de entrevistadas, cujas motivações para as cirurgias plásticas nos seios se direcionam para a construção de um projeto corporal de melhoramento, artificialidade e um plus em suas imagens corporais que está mais associado a fase pós maternidade e amamentação. Este grupo de narrativas será objeto de discussão nos próximos capítulos.

Na entrevista com Hemera, 25 anos, profissional da área da educação, aparece claramente suas queixas com seu corpo a partir da adolescência, momento no qual ela identifica duas grandes insatisfações com seu corpo, uma relacionada à magreza e a outra a “ausência” de seios. Diferente do que foi narrado pelas demais entrevistadas, Hemera relata que havia sido uma criança considerada “gordinha” e na adolescência emagrece o que lhe desagrada por estabelecer uma relação de diferenciação com sua mãe, mulher “corpuda”, uma ruptura com um modelo corporal de identificação, no qual parece operar a concepção de feminilidade associado à voluptuosidade.

“Era bem gordinha, depois comecei a afinar, nunca gostei. Na minha casa minha mãe sempre foi a minha referência: mulher, cuidado e vaidade. Minha mãe sempre foi

corpuda. Talvez esta comparação tenha chamado minha atenção para o meu corpo. Sempre usava na adolescência muito bojo”(HEMERA, 25 anos).

Além de passar a apresentar um corpo magro, a “ausência” dos seios parece desestabilizar ainda mais sua noção de feminilidade e reforça a perda de identificação da figura materna como modelo de influência corporal. A entrevistada, diferente do que ocorre com a imensa maioria das adolescentes e jovens de seu grupo social que almejam a magreza, passa a construir uma imagem conflitante entre magreza e beleza, e os seios “ausentes” terminam por objetificar a insatisfação, a insegurança e a perda do valor de si.

“Para mim ser magra e ser bela era totalmente diferente. Hoje até acho, mas eu não me aceitava. Ia comprar uma calça 36 e não dava. Ficava irritada, nervosa, não tinha nada aqui [aponta para os seios]” (HEMERA, 2011).

“Eu era muito magra, era o principal, não tinha muito seio. Colocava sutiã enorme de bojo, mas era muito estranho, sempre fui muito insegura com meu corpo. Não me sentia muito bem... Até pra dar aula eu ficava insegura. Eles (os alunos) me viam como autoridade, mas eu não me via, me via como aluna, porque eu era muito magra e nem me sentia capaz” (HEMERA, 2011).

Para a entrevistada seus seios naturais eram experimentados como inferiores, o que lhe acarretava baixa autoconfiança em torno a seu valor pessoal tanto na vida profissional quanto na afetiva sexual: *“Era muito complicado. Nunca gostei muito de pegação, eu me sentia muito desconfortável com meu corpo. Não gostava, sempre fui muito fechada”*.

As restrições também se faziam presentes nas ações cotidianas como a não utilização de roupas decotadas e a recorrência a sutiãs de bojo. Hemera, assim como Artémis e Irene nos falam de suas estratégias:

“Sempre usava na adolescência muito bojo, era algo que me incomodava...nunca gostei de usar roupas com decotes, comprava sutiãs de bojo” (HEMERA, 25 anos).

“As roupas para o meu tamanho são P ou M, mas se eu comprasse PP o peito não preenchia e ficava usando sutiã de bojo pra disfarçar, e ai começou a me incomodar muito...” (ARTÉMIS, 21 anos).

“... o constrangimento era comigo mesma, o fato de procurar um biquíni, porque eu tenho um bumbum grande os seios muito pequenos, então quando comprava um conjunto, quando ia pra praia todo mundo olhava e tinha um monte de pano, mas não tinha nada pra preencher, achava horrível, não ficava de sutiã na frente das meninas” (ARTÉMIS, 21 anos).

“... com o crescimento das mamas tinha vergonha. Ia para a praia com roupa em cima do biquíni” (IRENE, 24 anos).

Estas estratégias que poderiam ser vistas como disfarces, se em uma medida as protegiam do julgamento e olhar de censura dos outros numa relação com públicos mais amplos, na arena dos relacionamentos íntimos estes disfarces poderiam lhes causar mais constrangimentos por aludir à ideia de uma atratividade falsa quando confrontada com o corpo ao “natural”.

P: Além do vestuário, você acredita que teve outros prejuízos pelo fato de seus seios terem sido muito pequenos?

R: “Na vida sexual, em relação ao sutiã, porque acaba sendo falso aquilo, de usar sutiã de bojo, e você não ter aquele formato que você diz ter, a gente às vezes fica com vergonha” (HEMERA, 25 anos).

A escolha pela cirurgia plástica estética aqui parece confirmar o que Crossley (2005) menciona da busca pela cirurgia plástica estética como um recurso que mantém mais permanente os resultados do investimento na modificação corporal.

Outro caso que remete a narrativa de um corpo percebido com partes problemáticas também surge nos relatos de Têmis (23 anos), profissional da área do Direito, cujo lugar de insatisfação se localizava nos seios pequenos e guardava a expectativa de, pela cirurgia plástica de colocação de silicone, enfrentar a vergonha, perceber seu corpo como normal e apresentar-se assim para os outros.

“Quando eu era jovem, antes de colocar silicone eu pensava “ah quando eu colocar silicone a minha vida vai mudar, as pessoas vão me ver de forma diferente, tudo vai ficar melhor, vou acordar todo dia feliz, não importa o problema eu vou estar feliz” (TÊMIS, 23 anos).

“[...] antes, quando eu comecei minha vida sexual eu tinha vergonha, eu não falava, mas eu tinha vergonha, eu achava esquisito, não tinha nada de peito, mas guardava pra mim. Quando eu coloquei silicone eu tinha um relacionamento já de dois anos, ele dizia que me amava de qualquer jeito, mas se colocasse não ia reclamar, ele gostou. Eu terminei esse relacionamento, eu reencontrei um ex meu, e to com ele agora, e ele disse que quando me reencontrou ele pensou “ela não tinha esse peito todo não”, mas ele não me falou pra não ser inconveniente, mas depois ele me contou [...] Mas agora eu não tenho mais vergonha. Agora acho que eu tenho o que uma mulher deveria ter, hoje em relação a mim aquela vergonha eu não tenho mais” (TÊMIS, 23 anos).

Na narrativa de Têmis encontramos avaliação das motivações para a cirurgia plástica com resultados semelhantes aos achados de Sischo & Martin (2014) que discutem cirurgia de implantes mamários em mulheres com seios muito pequenos. Segundo estes autores, a escolha por uma cirurgia estética para este perfil de mulheres se constituía numa estratégia de alavancar junto a terceiros um julgamento mais favorável de seus corpos e mais enquadrado numa perspectiva de corpo “normal”.

Quando a entrevistada relata sua expectativa de, através da cirurgia plástica ser vista de modo diferente pelos outros e após esta ter perdido a vergonha, ela está nos falando de uma expectativa projetada e alcançada frente à cirurgia plástica que lhe devolva o olhar de aprovação dos outros para que assim ela possa reconciliar seu corpo com sua própria identidade.

Tanto em Hemera quanto em Têmis havia um desconforto nas relações interpessoais que envolviam contato afetivo e sexual e a decisão pela cirurgia plástica também possibilitaria experimentar um corpo mais desejável perante a avaliação do outro e exercer um determinado modelo de feminilidade, no qual os seios, eles próprios são um símbolo cultural fortemente associado à atratividade e feminilidade tradicional do mesmo modo que vinculado à maternidade.

Além disso, nas sociedades atuais, especialmente em espaços urbanos mais modernos os seios passam a serem os alvos mais preferenciais de intervenções cirúrgicas para remodelações estéticas, a partir dos implantes de silicone, com reforço a ideia de recompor, a partir da intervenção cirúrgica, uma atratividade dentro de um modelo esperado (SISCHO AND MARTIN, 2014; GIMLIN, 2013; EDMONDS, 2007).

As motivações de alinhar a imagem de si a um aludido padrão corporal “normal”, bem estar psicológico e atratividade também se encontra nas falas das entrevistadas que se encontram no outro extremo da vivência com seus seios, as que portavam seios denominados por elas próprias como “grandes” ou “enormes”. Nos fragmentos de relatos de Irene (24 anos), Tétis (26 anos) e Perséfone (28 anos) já aqui apresentados, a vivência de um corpo com seios “grandes” remete a uma experiência de vergonha, limitações em ações cotidianas e nas interações sociais, incluindo também a esfera afetiva sexual.

“Seios pequenos” ou “seios grandes” como expressão de desconforto pessoal e social e fonte de motivação para a cirurgia plástica estética se aproximam e embasa, segundo Adams (2010) a narrativa da normalidade, na qual a intenção se dirige a fugir de estereótipos, alinhar-se a expectativas sociais idealizadas e de algum modo assumir, através da intervenção em seu corpo “natural” não satisfatório, o controle sobre o projeto reflexivo de corpo.

O debate entre “normalidade” e “agência” aqui se presentifica. As queixas de mal estar psicológico, suas repercussões no campo emocional e na identidade das mulheres entrevistadas nos parece genuínas. Se tomarmos os relatos como um microcosmo do conjunto da sociedade que vivemos é notório como as entrevistadas vivenciaram seus corpos antes da cirurgia plástica como um objeto de inadequação e de afastamento afetivo com ele e suas possibilidades de interação social, especialmente por experienciarem esta inadequação precocemente e num momento construído socialmente, na adolescência, como de afirmação de uma identidade própria.

Entretanto, refuto a ideia de que a cirurgia plástica realizada visava majoritariamente reparar danos psicológicos. As entrevistadas, no conjunto de suas narrativas, expressam uma atitude consciente dos valores sociais circulantes sobre o corpo e assumem comportamentos reflexivamente tomados, não apenas com o exemplo da cirurgia plástica, mas no conjunto de suas atitudes de cuidados corporais e alimentares, de que suas aparências precisariam estar consoantes aos ideais sociais de aparência.

Elas têm consciência de que um posicionamento favorável no mercado de trabalho, afetivo e sexual nos dias atuais depende em muito do corpo que apresentam. A cirurgia plástica estética, para elas que já se percebiam como problemáticas e com potencial de exclusão no modelo de aparência circulante, se colocou como uma estratégia de voltar para o “jogo”, de lançar mão de recursos, para os quais suas condições financeiras permitiam, de assumir algum nível de controle das oportunidades em curso.

Com uma presença majoritariamente branca, de nível alto de escolaridade e renda, as entrevistadas estavam sob o espectro de experimentar um tipo de exclusão social estranho às múltiplas possibilidades e privilégios de seus lugares de pertencimento.

Possivelmente, as entrevistadas buscavam afastar de si a exclusão provocada por aquilo a que denominaremos de exclusão estética, um termo que nos remete a ideia de Edmonds (2010), para o qual os dominantes sociais também são os formosos e os excluídos sociais todos aqueles que se abrigam sobre o termo “feio”, ou seja, tudo aquilo que foge de um padrão corporal socialmente esperado.

A cirurgia plástica estética nos parece aqui uma medida não de normalização psíquica, mas de normatização social conjugada com a necessidade de reunir atributos para poder ter o direito a ter relacionamentos afetivos, feminilidade e valor nos espaços profissionais. Direito a ter aquilo a que Bauman (2008) refere de um novo começo, direito a descartar uma identidade que não tem utilidade para outra com mais potencialidades.

Capítulo 7: Gênero, Corpo, Feminilidade e Cirurgia Plástica: “principalmente para a mulher o corpo é tudo”

“Principalmente para a mulher o corpo é tudo. No trabalho, na família, no relacionamento amoroso você tem que estar bem com seu corpo” (IRENE, 24 anos).

A perspectiva deste capítulo é trazer para discussão, a partir das narrativas das entrevistadas, um conjunto significativo de sentidos relacionados a um modelo específico e de certo modo, hegemônico, de construção de gênero, os quais posicionam a beleza e a aparência como eixos estruturantes da definição da identidade de gênero e feminilidade.

Atributos estéticos são percebidos pelas mulheres como um recurso diferencial para exercerem ativamente sua atratividade e sexualidade, as quais contam com a cirurgia plástica estética como um recurso medicalizado de gestão para fortalecer ou restabelecer certa performance de gênero e contribuir para o apagamento das marcas dos eventos do ciclo da vida, especialmente as vinculadas a gravidez e amamentação.

Tomando como perspectiva conceitual a afirmação de “... *la identidad de género como el resultado de un proceso de construcción de la subjetividad desde lo discursivo y lo social*” (ESTEBAN, 2004, p. 55) entende-se neste estudo que as narrativas das mulheres pesquisadas refletem suas experiências vividas e subjetivamente corporificadas de ser mulher, que se organizam em uma determinada rede de significações que traduzem, dentro de uma

contextualidade específica, os modelos culturais vigentes, as discursividades hegemônicas e as contraditórias e, o espaço de ação individual.

Em concordância com Esteban (2004; 2009) e Sardenberg (2004; 2002) entendemos que a compreensão da identidade de gênero, se constitui para além do campo das representações e dos discursos. Identidade de gênero também se constitui a partir do corpo material que cada sujeito possui. Estamos no mundo por termos a materialidade corporal e, é através deste corpo que os sujeitos constroem e expressam seus modos de ser homens ou ser mulheres, suas identidades subjetivas constituídas a partir de práticas corporais em renovadas interações com o mundo social e com os outros, processo este que vai afirmar ou remodelar, reiterar ou contestar as identidades de gênero.

As autoras citadas ao apresentar que as identidades de gênero são corporificadas se ancoram no conceito de performatividade de gênero postulado por Butler (2003), no qual expressa que a performatividade corporal se constitui ela própria a identidade de gênero. Segundo Butler, é o exercício sistemático de certos rituais de autoprodução e auto representação que possibilita nos tornar e definir para nós mesmos e para o outro o que somos - mulheres ou homens.

Esta construção performativa se dá através de práticas de socialização e inscrição social, involuntárias e voluntárias, que operam pela interiorização pelos indivíduos das normas, cultura e modo de vida de cada tempo histórico. Tomamos esta corporificação gendrada como natural e como fundante para a definição do que somos enquanto masculino e feminino, enquanto categorias de identidade que passam a ser percebidas como naturalizadas e como se assim o fossem pelo caráter essencial das coisas (BUTLER, 2003; PISCITELLI, 2008).

Constituir-se mulher é também constituir um tipo de identidade corporal que identifique socialmente uma mulher com uma imagem esperada de ser mulher. Requer um conjunto de discursos e intervenções que se exibem através dos corpos em torno a esta construção, os quais incluem todo um repertório de técnicas corporais aprendidas, incluindo as relacionadas aos cuidados estéticos e de embelezamento.

Intervenções corporais de beleza, das quais as cirurgias plásticas estéticas são um dos seus símbolos mais emblemáticos, são também práticas de gênero, fazeres sobre o corpo que

concorrem para a construção de uma performance de gênero, um modo de exibição que tende a atender ou recriar expectativas sociais subjetivamente incorporadas de um modo de estar homem ou mulher.

Compreendemos que as cirurgias plásticas estéticas como uma medida tecnológica e medicalizada de cuidado corporal e cuidado de si, a partir das noções de projeto reflexivo de corpo, operam como uma estratégia que reifica noções tradicionais de feminilidade e masculinidade ou, ao seu contrário, pode promover algum nível de desestabilização destas noções, o que coloca em cena o cerne do debate sobre agência ou submissão no uso das cirurgias plásticas, o que esta técnica de modificação corporal contribui ou não para produzir nas mulheres, em especial, um fazer performático mais direcionado a autonomia, poder e assertividade destas frente a sua atratividade, sexualidade, e ocupação de espaços no mercado afetivo e de trabalho (GAGNÉ&MACGAUGHEY, 2002; HOLLIDAY&ELFVING-HWANG, 2012; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

Para as mulheres, nas sociedades urbanas ocidentais, a autoprodução implica um longo processo de construção e reificações para constituírem-se mulheres, as quais lançam mão de mecanismos de disciplinamento corporal, buscando atender às demandas dos novos ideais de corporeidade, que se baseiam no disciplinamento e vigilância sobre o corpo, naquilo a que se aproxima das concepções de biopoder em Foucault.

Este processo, entretanto, apresenta nuances, por que envolve na atualidade o próprio sujeito na gestão e monitoramento de si que poderá implicar na constituição de novos arranjos de poder corporal, ou afirmação de autonomias e mais recursos de poder no interior do próprio poder disciplinador.

A perspectiva de biopoder toma o corpo como um elemento político, um corpo que simultaneamente exerce poder e que é afetado pela microfísica do poder, através de estratégias cotidianas e localizadas que visam disciplinar, moldar e perfeccionar, ao mesmo tempo em que produz identidade e subjetividade. Uma identidade de gênero feminina sustentada num corpo que porta as marcas de uma feminilidade normativa ainda se configura um modelo hegemônico, onde os controles externos da cultura e da mídia reforçam a associação entre estética, beleza e

identidade feminina, que joga um papel importante na condição de ser mulher hoje na sociedade brasileira (JAGGER E BORDO, 1997; NOVAES, 2013; GOLDEMBERG, 2005 E 2002).

Compartilhamos com Edmonds (2010) a argumentação de que os corpos das mulheres hoje na sociedade brasileira são também corpos políticos, aqui compreendidos como corpos cujas modelagens, ao menos no campo do ideário social, se configuram como um recurso econômico, erótico e estético de um tipo de modernidade que o país deseja socialmente consolidar.

Segundo este autor, o Brasil recorre aos elementos da identidade cultural de massa no país, tornando a beleza do corpo feminino um elemento econômico e político da identidade nacional moderna, ao qual se alinha o recorrente prestígio e reconhecimento internacional das tecnologias médicas brasileiras no campo da cirurgia plástica, compondo o caldeirão de fatores que entrelaçam gênero, sexualidade, beleza e consumo para conferir ao país um signo de modernidade.

Os corpos das mulheres brasileiras e suas estratégias de modelagem, em especial para aquelas com capital social e financeiro suficientes para cumprir os requisitos de qualificação estética, podem estar a sinalizar uma dada performatividade de gênero que tenta navegar entre as contradições de um modelo mais normativo de ser feminino com as necessidades de colocar seus corpos como um recurso e potencial diferenciado para inserção com algum nível de poder no exigente mercado de trabalho e afetivo sexual.

É sob a égide do contraditório que nos propomos a compreender as relações das concepções de gênero e corpo das entrevistadas e o lugar que ocupa as cirurgias plásticas estéticas realizadas pelas mesmas como um espelho que reflete o quanto ainda se espera que mulheres, através de seus corpos, sigam apresentando os sinais de uma feminilidade tradicional, atrativa, bem cuidada e ao mesmo tempo expresse um tipo de pertencimento de um tempo e contexto histórico que reafirma através dos seus corpos os eixos da sociedade contemporânea: o fabricado em contraponto ao natural, a mediação da tecnologia médica para modelagem ou manutenção dos corpos, a beleza como capital e como ostentação do consumo.

7.1 Feminilidade: maternidade e cuidado com a aparência

P: O que seria para você ser uma mulher? R: *Poxa pergunta difícil, deixa eu pensar. Ser mulher é a capacidade de ser mãe. “Poxa, sintetizar em palavras é difícil, é ser mãe, basicamente”* **P: E a feminilidade?** R: *“Significa autoestima, pra mim se relacionam com autoestima, com os cuidados, essas coisas que mulher faz unha, cabelo, maquiagem”* (TÉTIS, 26 anos).

P: O que seria para você ser uma mulher? R: *“Não seria só a beleza externa. É um conjunto de tudo. Tem que ser meiga e educada. Primeiro tem que ter a beleza interior. Isso já é 80%. Você tem que andar arrumada, apresentável”* (NIX, 60 anos).

As falas de Tétis e Nix ilustram uma perspectiva de conceituação de gênero que vincula a identidade feminina ao cumprimento de papéis mais tradicionais no campo da maternidade, cuidados com a beleza e apresentação de si associados à docilidade e boa aparência. A beleza e os cuidados com a aparência como práticas de autoprodução corporal (unha, cabelo, maquiagem, entre outras) cotidianamente constroem uma performance de gênero que tende a reafirmar normas mais tradicionais e sexistas de gênero e feminilidade associadas a passividade, boa apresentação e docilidade.

Não apenas nas suas narrativas isto se encontra presente. Os investimentos realizados por elas numa produção contínua de melhoramento corporal, que inclui, sobretudo, a realização das cirurgias plásticas, estabelecem conexões entre estas práticas corporais e a identidade de gênero construída com base na autoprodução da feminilidade, e o valor que isto tem como percepção de si mesmas.

As entrevistadas acima citadas se encontram em períodos geracionais bastante distintos, o que não foi suficiente para construção de narrativas diferenciadas em torno à definição de uma identidade de gênero. Ambas, em maior ou menor grau, aproximam a noção de ser mulher com noções relacionadas à maternidade, beleza e cuidados corporais.

Como um modelo hegemônico de construção de gênero que atravessou e ainda atravessa gerações, a identidade das mulheres esteve, até meados do século XX, basicamente vinculada ao cumprimento ou a expectativa de cumprir o papel de tornar-se mãe. A possibilidade biológica da reprodução e do evento da gravidez, em toda sua dimensão biológica, era o substrato a determinar a condição feminina, fonte primária de sua constituição identitária.

Muito antes das transformações operadas no século XIX no conceito e na práxis das famílias, dentro da proposta da família burguesa, as mulheres se mantiverem numa posição inferior na

sociedade, com funções essencialmente direcionadas à procriação e maternidade. A concepção de feminilidade esteve assim por muito tempo associada às características deste papel social e de uma corporalidade - corpos com silhuetas mais avantajadas e fartas - que interatuava para reafirmar este papel e este modelo de identidade de gênero (CARVALHO & PICCININI, 2008).

A experiência da maternidade ainda hoje, em maior ou menor grau, a depender da rede de pertencimento das mulheres, ocupa um lugar social que conclama para a arena doméstica e para um conjunto de cuidados com outros que envolve tanto a dimensão física quanto emocional, e que pode representar um afastamento do cuidado de si, numa dimensão que também envolve a relação com a aparência e seus corpos.

Para a entrevistada Gaia a escolha pelo cumprimento de um papel mais tradicional de gênero e de relação matrimonial – mulher cuidadora da casa e dos filhos – parecia ser antagônico a possibilidade de manter seus cuidados corporais. Ela abandona os exercícios físicos para casar e prossegue neste “abandono corporal” após o nascimento de suas filhas:

“Fiz academia dos 16 aos 23 anos. Quando casei mudei porque eu queria casar e ser dona de casa.... Parei minha vida para criar minhas filhas, quando I. tinha um ano a babá a sacudia e ela tinha medo, parei de trabalhar para cuidar dela. A vida se acomoda, a barriga cresce e tive A.” (GAIA, 48 anos).

Esta noção de “abandono corporal” associado à maternidade também se encontra na fala de Febe (32 anos) que registra as mudanças em seu corpo após a maternidade, porém, as justifica pelas recompensas emocionais da experiência de ter filhos:

“Eu tive prejuízos com a gravidez. Passei a usar maiô, não tinha coragem de usar biquíni. Mas, na verdade, resolvi ter logo meu segundo filho e fui levando porque também você está vivendo e passando outra fase em sua vida, tendo filhos, outras emoções, e você não vai ficar presa só no corpo. Cada coisa tem seu momento” (FEBE, 32 anos).

Entretanto, mesmo na experiência compartilhada da maternidade e do corpo afetado por esta, as duas entrevistadas apresentam diferenciações que podem estar a sinalizar o impacto dos exigentes ideais de corporeidade nas gerações mais novas de mulheres, assim como em relação à história de vida delas.

Com uma diferença etária de 16 anos e, oriundas de contextos sociais distintos – uma originária de uma cidade do interior, da região do Recôncavo Baiano e a outra da capital, estas entrevistadas ilustram como os marcadores de gênero, origem de classe e geração se

intercruzam para demarcar os modos como às mulheres cuidam de seus corpos e, como estes informam aprendizados específicos de autoprodução da feminilidade delineando vivências e repercussões específicas nos papéis de gênero e na relação corpo, maternidade e aparência.

Gaia tem origem familiar de classe média baixa, parda, nascida na cidade de Mataripe, município que foi fortemente marcado pela indústria petrolífera e no começo da adolescência vem fixar residência em Salvador. Através de seus relatos se percebe que a elaboração de sua identidade de gênero se dá num contexto mais tradicional e de papéis claramente diferenciados entre o que seria do universo masculino e do universo feminino.

“Minha mãe nunca disse estude, forme. Antes era pra ficar em casa. Hoje a mulher precisa se formar, trabalhar e ajudar seu marido pra cuidar dos filhos, pagar a escola, curso de inglês” (GAIA, 48 anos).

A entrevistada, antes dos 25 anos já havia casado e já tinha uma filha. No momento da entrevista ela nunca tinha trabalhado fora do ambiente doméstico, tinha terminado a faculdade de Direito há um ano e o seu marido era o único provedor financeiro da família. A identidade de gênero foi e continuava sendo mais orientada ao cumprimento de seu papel reprodutivo e ao social, de esposa e mãe. Havia agora algumas mudanças relacionadas à construção de uma vida profissional, na qual joga um papel importante as transformações operadas em sua identidade após a realização da cirurgia plástica. Como as identidades de gênero são sempre corporificadas, neste modelo construído de gênero o corpo estético tornou-se subsumido pelo corpo reprodutivo.

“... depois da 2ª filha que eu comecei a engordar e minha barriga dilatou. Não tinha tempo e nem disposição para descer, correr, malhar, vivia cansada, cuidava da casa e das filhas” (GAIA, 48 anos).

Febe, branca, nascida e criada em Salvador, é originária de família de classe média alta, na qual as atividades corporais são aprendidas desde a infância, tendo a mãe como exemplo:

“Minha mãe fazia dança. Eu sempre gostei de dançar. Eu e minhas irmãs fomos fazer balé, mas somente eu segui e terminei a formação na Ebateca. Fiz balé clássico desde os 03 anos e parei de fazer quando engravidei. Sempre fui muito vaidosa. Sou virginiana e perfeccionista. Corro atrás de meus objetivos” (FEBE, 32 anos).

A autoprodução da feminilidade em Febe guarda relações com o habitus de classe a que tem pertencimento, onde as técnicas corporais aprendidas, como a prática do balé, refletem um gosto de classe e distingue quem tem ou não capital econômico e cultural para sua manutenção.

O balé, enquanto uma modalidade de dança encarnou por muitas décadas uma prática simultaneamente de gênero e de classe. Voltada quase exclusivamente para as meninas, ela representava um tipo de investimento corporal abraçado pelas famílias de classe média alta e alta como um projeto de cuidado corporal, marcado pelo disciplinamento, elegância gestual, discrição, signos que demarcam um tipo específico de gosto de classe que se quer exibir, ao mesmo tempo de um tipo de feminilidade que se espera que as mulheres desta classe devam portar.

Podemos ver nas trajetórias de Gaia e Febe, posições distintas em torno ao investimento no corpo e na beleza, o que também marcou suas percepções acerca de si mesmas. Para Gaia durante muito tempo em sua história de vida a beleza e os cuidados com seu corpo foram negligenciados em função do cumprimento de um papel mais tradicional de gênero e por refletir uma lógica de relação com o corpo compatível com sua origem sócio econômica.

Esta entrevistada já operava com o princípio da conformidade, segundo Bourdieu (2007), a de aceitar como natural às consequências produzidas em seus corpos pelo seu estilo de vida, tanto de gênero quanto de classe.

A própria Gaia vai ressaltar a questão do investimento no corpo como cuidado com o futuro dos filhos, experiência não incorporada como significativa na sua família de origem, ao tempo que foi incorporada pela família de Febe, na qual se espera que as filhas tenham oportunidades materiais e simbólicas de retornos futuros a partir do corpo devidamente investido. Agregado a isto a própria discursividade de Febe salienta a beleza e o cuidado corporal como um valor de virtude individual, na qual toma para si, como característica intrínseca de sua personalidade, a gestão reflexiva de seu corpo.

7.2 Ser Mulher: direito ao cuidado de si x cobrança social

Cuidar de si, na perspectiva colocada por Febe representa tanto uma obrigatoriedade como uma reivindicação de direitos, o que nos remete as falas colocadas aqui inicialmente por Nix e Tétis da dimensão do lugar do bem estar e da autoestima em sua vinculação com a condição de ser

mulher. Isto pode refletir o próprio discurso corrente do “direito a ter direito de cuidar de si” e de ter autoestima, na perspectiva da construção reflexiva da identidade da pessoa.

Ao mesmo tempo pode estar também a demonstrar processos mais arraigados de percepção do mundo, como o que relaciona a identidade feminina com o corpo e a emoção, elemento constitutivo da tradição dualista de conceituar homens e mulheres. Os primeiros, como razão e mente. As segundas, como corpo e emoção, como sujeitos que habitam mais os lugares do privado e onde a beleza é cultivada para a apreciação do olhar masculino.

Quando Nix fala que 80% da beleza é “interior” e uma mulher precisa estar arrumada e apresentável para ser mulher há aí elementos que nos permite algumas pontuações. A beleza majoritariamente interior é uma beleza constituída pela educação e domesticação dos comportamentos, pela disciplina dos modos de se apresentar, de falar, de cultivar “bons pensamentos”, de controlar emoções no treino para a docilidade.

Todas estas tarefas exercidas historicamente de mulheres na educação de outras mulheres, a partir do século XIX, como prerrogativa para sustentar o modelo emergente de sociedade capitalista industrial, baseado na divisão de papéis sexuais e na desigualdade social entre homens e mulheres.

Este modelo tem sido atualizado e resignificado pelas profundas mudanças culturais, econômicas e sociais de mais de um século, inclusive pelo próprio movimento feminista que veio colocar em xeque os paradigmas das desigualdades de gênero e o questionamento da distinção e desigualdade social entre mulheres e homens no contexto das sociedades ocidentais.

As mulheres sujeitos desta pesquisa estão imersas em contextos urbanos modernos, detém níveis importantes de capital econômico, cultural e simbólico, e a partir de suas experiências vividas corporificadamente, expressam, pelo nosso entendimento, as diferentes concepções sociais que estão em disputa na sociedade da qual fazem parte e que constroem seus significados.

Entre estas diferentes concepções sociais em disputa surgem nas falas de algumas entrevistadas o lugar das mulheres como transmissoras de modelos de construção de gênero e, como as

ocupantes do lugar do “outro” na perspectiva da produção do corpo para o outro. Mulheres, segundo esta ótica, exercem controle e julgam outras mulheres.

“Minha mãe é muito vaidosa, sempre foi e eu também sempre fui vaidosa” (TÁLASSA, 36 anos).

“Uma mulher se arruma pra outra mulher. Eu acho que elas se arrumam, cultuam o corpo pra serem comentadas por outras mulheres. Tem homens que realmente dão valor, mas quem mais se importa é a outra mulher, a amiga, a comadre, a que vê passando pela rua” (IRENE, 24 anos).

“... a sensação que eu tinha era que eu ser bonita causava uma relação de aversão de minhas amigas e colegas, então pra eu ser inserida no grupo eu tinha que ser igual a elas... eu era a menina fru-fru, ao mesmo tempo que eu era fru-fru pra minha mãe eu era a hostilizada pelas minhas amigas, porque eu tinha o melhor vestido, o vestido mais bonito, inconscientemente eu sempre fiz de tudo pra ficar mais feia” (ATENA, 47 anos).

As narrativas acima sinalizam dois aspectos: um, que reforça o lugar da mulher como o outro, o sujeito que estabelece a referência para a construção da vaidade e da beleza para outra mulher, possível pelo jogo da identificação mútua e reconhecimento de sujeitos partilhando uma identidade de gênero comum, que se expressa numa imitação corporificada.

O outro aspecto sinaliza a competitividade entre mulheres, numa perspectiva que as aproxima ou as afasta a depender do grau de partilhamento das regras e dos códigos em questão, ou do que está em disputa no momento, que pode ser inclusive um relacionamento afetivo ou sexual.

“Às vezes também tem a própria insegurança das mulheres com seu parceiro. Tenho que ficar linda pra ele não procurar outra na rua. Isso é ilusão: quando você ama, você não ama o corpo, você ama a pessoa” (IRENE, 24 anos).

A competição entre as mulheres, ora direcionada pela necessidade de se sentir aceita em seu círculo social de pertencimento (BERGER, 2006), ora fazendo alusão a um tipo de comportamento que evidencia as potencialidades nas disputas do mercado afetivo e sexual (EDMONDS, 2002), também reflete as ambiguidades de um modelo mais tradicional de construção de gênero, muito capilarizado no senso comum, o qual informa que mulheres não devem confiar em outras mulheres, mulheres não são amigas de outras mulheres.

Entendemos, neste sentido, que a competição entre as mulheres pode sim significar elementos de cobrança social internalizado como um dos modos de ser mulher em nossa cultura.

Encontramos neste estudo que a maior parte das mulheres pesquisadas não relata pressões sociais e cobranças que partem de pessoas do seu círculo de contatos que sejam do sexo masculino, o que pode apontar para um apagamento simbólico do papel do masculino na construção de suas avaliações pessoais quanto à estética e aparência. Ou ainda uma sobrevalorização da dimensão individual na construção das decisões sobre os cuidados corporais e à própria realização da cirurgia plástica.

Este achado encontra consonância com diferentes estudos sobre a decisão da cirurgia plástica, nos quais as mulheres pesquisadas minimizam as avaliações masculinas e repousam suas decisões como fruto de uma escolha pessoal. Este modo de percepção deixa de levar em conta o quanto da construção do Eu e do que vamos continuamente definindo como percepção e avaliação pessoal se faz no jogo intersubjetivo, na relação com outros, no quanto já internalizamos das expectativas sociais circulantes das quais também a produzimos (SISCHO AND MARTIN, 2014; ADAMS, 2010; BOURDIEU, 2007).

A certa invisibilização do “outro” como parte das decisões tomadas acerca da aparência do corpo talvez possa ser compreendida pela valorização do ideário individualista, em contraponto ao interesse coletivo, e pela assunção do discurso do direito individual, de assumir as rédeas sobre seu corpo.

O depoimento de Deméter, 47 anos, casada, única das entrevistadas a assumir claramente a pressão de uma figura masculina sobre sua aparência, no caso seu marido, nos possibilita perceber como estas relações se operam.

“Ele, o meu marido me cobra, ele acha que eu tenho que perder alguns quilinhos, mas eu não acho que as mulheres muito magras são bonitas. O conceito de mulheres “boazudas” eu ainda não perdi totalmente, ele acha que eu não me importo muito. Não vou atender as expectativas dele não, vou atender as minhas. Até que não sou muito cuidadosa. Gosto mais de uma comidinha e de sair para tomar uma cervejinha” (DEMÉTER, 47 anos).

Há nesta narrativa, o reconhecimento da pressão social, ao mesmo tempo em que ela se recusa a abandonar a sua imagem idealizada de mulher e corpo, e porque não de atratividade, baseada num ideário de voluptuosidade. A fala expressa o tensionamento que hoje se coloca para parte das mulheres brasileiras: as possibilidades de conciliação ou não de um ideal nacional de corpo

construído a partir das características de nosso passado colonial (voluptuoso/ curvilíneo) para um ideal modernizante e homogêneo de corpo, o corpo magro (EDMONDS, 2010).

Uma fala que nos mostra fragmentos dos projetos corporais em disputa no país: especificidades locais de construção de corpo e gênero e, os modelos globais de aparência corporal, calcados na magreza.

Outro campo em disputa que podemos capturar desta fala é que ao resistir à pressão exercida pelo seu marido sobre seu corpo, ela põe em curso uma dupla operação na qual convergem as perspectivas sociais do tradicional e do contemporâneo: manter padrões locais de corporalidade, ao mesmo tempo em que reivindica o direito a exercer sua autonomia corporal, um ideário modernizante.

Embora mencionando algum nível de competitividade entre as mulheres, este não foi o ponto de destaque nas narrativas das entrevistadas. Encontramos pelos depoimentos da maioria das mulheres pesquisadas que outras mulheres exercem uma influência importante na constituição de suas relações com a beleza e vaidade, e na construção da decisão por realizar a cirurgia plástica.

Mulheres compartilham ativamente modelos de corporalidade, se apoiam mutuamente e reconhecem, nos resultados da cirurgia plástica, um recurso que pode restaurar ou aperfeiçoar um tipo de feminilidade que elas esperam sustentar. Apoio mútuo se constituiria numa forma de dar legitimidade a um tipo específico de cuidado corporal e de ser mulher.

“Minha família deu muito apoio. Meu pai, minha mãe e meu irmão, Eles só ficaram com um pouco de medo que eu morresse. Uma amiga também deu muito apoio e foi minha maior influência” (TÁLASSA, 36 anos)

“Eu pedi a uma amiga minha pra indicar uma cirurgiã de confiança dela, ela inclusive foi comigo pra me dar força” (ATENA, 47 anos).

“Com 13 anos já tinha uma mama bem grande, mas ela foi crescendo e caindo. Minha avó dizia “só quero morrer quando você fizer a cirurgia das mamas” (IRENE, 24 anos).

“Para minha cirurgia tive todo apoio da minha mãe, minhas filhas [...]” (GAIA, 48 anos).

“Assim, minha amiga tinha feito redução há uns três anos antes, e o peito dela ficou lindo, perfeito, ela tinha os seios enormes e ficou perfeito, e aí ela recebeu indicação de alguém, e ela me indicou, e aí eu cheguei nele, mas não tinha ideia de nada desse mundo de cirurgia, depois que fiz que tomei conhecimento de algumas coisas e

influenciei algumas pessoas a minha volta como minha mãe e uma amiga” (TÊMIS, 23 anos).

O compartilhamento das tecnologias de beleza, que também expressa à reprodução social das estratégias de autoprodução da feminilidade, é parte integrante da cultura feminina, que se de um lado pode ser visto como uma estratégia de controle sobre os corpos femininos pela autodisciplina, também pode significar recursos de empoderamento de umas com as outras para conseguir algum nível de poder em um cenário normativo de beleza.

7.3 E quando o corpo falha? Repercussões na construção de ser mulher

Se, estar mulher é uma constante autoprodução da feminilidade expressa em ações sistemáticas de cuidados corporais, o que representa para uma mulher não apresentar seu corpo segundo os parâmetros esperados? O que mulheres antecipam ou vivenciam caso não cuidem do corpo segundo estes parâmetros?

As narrativas das entrevistadas nos permite identificar quais os medos e as repercussões que estão operando em seus comportamentos e nas decisões sobre os tipos de cuidado corporais a serem tomados, incluindo a cirurgia plástica, por estarem em “falha” com uma feminilidade tão associada a um modelo corporal idealizado. Vamos começar por um trecho da fala de Tétis, 26 anos, advogada, solteira e mãe de gêmeos:

“P: Você um pouco lá atrás, no começo de nossa conversa, falou da questão da feminilidade, que a feminilidade tem a ver com o cuidar né. Você poderia me explicar melhor?”

R: Acho também, agora assim, só faço a cirurgia se tiver bem feio, porque se tiver mais ou menos ainda dou uma segurada, porque assim, eu acho que quando a pessoa realmente precisa, quando ela se sente mal ela precisa fazer, eu sei o que eu vivia quando eu tinha um peitão feio, uma barrigona feia. Acho assim, quando a pessoa se sente mal tem que fazer. Eu conheço gente, uma amiga minha mesmo, ela nem tem o peitão grande, mas ela não gostava, ela não se sentia bem com aquilo, ela foi e fez. Acho que tem que fazer sim, pra pessoa se sentir bem tem que fazer” (TÉTIS, 26 anos).

Nos dois momentos da entrevista em que foi interrogada acerca do significado de feminilidade, Tétis centra esta construção na questão do corpo. Primeiramente nos elementos de autoprodução (“unhas, cabelo, maquiagem”) e, como acima retratado, em caso do corpo falhar comprometendo a feminilidade e o bem estar pessoal, deve-se lançar mão de recursos para restaurar as perdas vivenciadas por um corpo fora de padrão.

Tétis adota uma postura de interpretar sua história como de uma pessoa que em um momento da sua trajetória descuidou do corpo, como já mencionado em outros momentos deste estudo. Refere na adolescência ter engordado 20 kg, os quais consegue perder aos 16 anos. Além do sobrepeso havia a convivência com um seio “grande” e “caído” (“*meu peito era muito, muito grande. Era deformado, era muito caído. meu peito era tão grande que o medico falou que se eu tivesse 10 anos ele faria a cirurgia*”). Aos 18 anos, fica grávida e de gêmeos, o que vai acarretar mudanças importantes em seu corpo (“... *eu tive os meninos e a barriga ficou muito feia, ficou flácida, ficou com estria, ficou caída*”).

Ter sido “descuidada” com o corpo pode ter implicado perdas para a entrevistada do direito ao cuidado de si com impactos na autoestima, em sua feminilidade e no campo da sexualidade:

“Biquíni eu não usava porque a barriga era muito feia, eu só andava de cinta, porque senão a barriga ficava aparecendo, ficava caindo, a blusa se levantava um pouquinho ficava mostrando as estrias, era horrível, me incomodava bastante”

P: E em seus relacionamentos afetivos e na sua vida sexual?

“Na vida sexual também, só tinha relacionamento no escuro, pra não aparecer” (TÉTIS, 26 anos).

A narrativa de Tétis se aproxima à de Irene, 24 anos, solteira, que também por portar um corpo fora de um padrão esperado vai vivenciar seus relacionamentos sexuais antes da cirurgia plástica nos seios com insegurança e restrições: “*Comecei minha vida sexual aos 19 anos e fiz a cirurgia aos 20 anos. Só me relacionava com roupas no seio*” (IRENE, 24 anos).

A expectativa de portar um corpo mais adequado aos padrões parece se vincular a ideia de experimentar uma vida sexual com mais autoconfiança em sua corporalidade. Mesmo numa situação de intensa intimidade, como a de uma relação sexual, estes corpos não estavam liberados das coerções sociais estéticas. A nudez torna-se complicada e confirma aquilo a que Goldemberg (2002) argumenta, de que o constrangimento com a nudez dos corpos nas sociedades atuais urbanas não decorre do puritanismo, mas sim do medo e do receio do julgamento e apreciação do outro frente à aparência física que se apresenta.

Poderíamos afirmar como ainda discutido por Goldemberg (2002, p. 29) “... *sob a moral da boa forma, um corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (rugas, estrias, celulites, manchas) e sem excessos (gordura, flacidez) é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido*”. O corpo que tem legitimidade para estar verdadeiramente nu nas

relações sexuais é o corpo com retoques. Para todo o resto, recorre-se aos disfarces. Ou a uma cirurgia plástica.

Enfrentar o julgamento dos outros e suportar as sanções sociais por não ser uma mulher bela estava no centro da produção narrativa de Perséfone, 28 anos, solteira, sem filhos e bióloga. De todas as entrevistadas ela foi a que apresentou uma percepção de si profundamente marcada pela ideia da “feiuza” pessoal, cujas repercussões se faziam sentir na intensa insegurança em se sentir mulher e de ter capacidade para se colocar suficientemente atrativa e estabelecer relacionamentos afetivos. Também aqui percebemos como a construção de gênero e feminilidade estava orientada pela forte dependência na relação com o corpo que possuía.

“Me acho a pessoa mais feia do mundo. Estou solteira há muito tempo. E penso: “Para que vou me arrumar?” Às vezes nada fica bom, nada fica bonito, sou muito preocupada com a opinião dos outros, é ótimo quando recebo um elogio. Penso: “é não estava tão ruim, tão feia assim”(PERSÉFONE, 28 anos).

“Eu não me aceitava de jeito nenhum. Pensava que sendo magra eu ia arranjar um namorado. Hoje não é por isso não, é porque eu não me sinto bem. Quero ter um corpo saudável para ver se me aceito mais, ver se minha autoestima melhora, que ela é baixíssima. Quero que me vejam e digam: “você está bonita”.

P: Pra você o que é a feminilidade?

R: “(Pausa) Não sei te responder isso, vamos pular”(PERSÉFONE, 28 anos).

Com uma história marcada pela vivência com um corpo obeso desde a adolescência, esta condição a “desvincula” da beleza, como também do poder de exercer atração para outros, segundo suas próprias palavras. Parece que este tipo de constituição de identidade do eu encontra-se intrinsecamente vinculada a um tipo de representação tradicional de gênero feminino assentado naquilo a que Novaes (2013) irá argumentar como dependente do olhar desejanter do outro. Um corpo e uma estética percebida como “imperfeita” e que não conseguia despertar o olhar e o desejo do outro desestabilizava a sua própria condição de ser mulher.

Aqui mais uma vez a cirurgia plástica poderia colocar-se como recurso médico e tecnologia terapêutica com estrito viés de gênero, dirigida a não apenas reparar um corpo considerado fora do normal, mas, sobretudo recuperar um sentido de ser mulher, um sentido no qual a restauração da beleza e da atratividade lhe devolva o olhar masculino, e sua própria condição de mulher.

A percepção das mulheres sobre si mesmas parece ser ainda particularmente influenciada pelo outro, aquele a quem seu corpo pode agradar ou desagradar, informando noções estereotipadas

de que conseguir ou manter um parceiro afetivo sexual está dependente de quanto bela, cuidada, apresentável e magra a mulher esteja.

Mesmo não claramente assumindo esta concepção acima referida veremos, abaixo nas falas de Atena e Tálassa, como estas noções socialmente hegemônicas ainda jogam um papel importante na forma como se veem e como seus projetos corporais estão atravessados por estas concepções.

“Eu fui outro dia ver umas fotos, por acaso, encontrei fotos minhas dessa fase em que eu estava antes da cirurgia plástica e eu mesma disse: “Meu Deus do céu, como é que você conseguiu ficar comigo”? Como é que pode eu dizer pra ele isso né, quer dizer assim, eu reforçar esse estereótipo de que a mulher tem que ser bela, bonita, e que o homem só pode ficar com a mulher bela, mas naquele momento eu fiquei assustada porque eu me achei desfigurada...” (ATENA, 47 anos).

“Antes dos filhos eu nem ligava para estas coisas de academia, nunca fui afim, ia, deixava, tinha frequência irregular. Quando tive meu segundo filho e a crise em meu segundo casamento passei a frequentar a academia e virei assídua mesmo... eu estava insatisfeita com meu corpo e tinha muita tristeza por causa de tudo que estava passando. Queria voltar a ter meu corpo. Queria ficar bonita para agradar ao meu ex-marido. No fundo, no fundo também tem a ver com ele. É para eu estar bem, lógico, mas é também por ele” (TÁLASSA, 36 anos).

Nestes depoimentos vemos como o corpo se torna um atrativo sexual, um tipo de moeda de troca, que se devidamente bem cuidado, pode ganhar a disputa pela permanência da presença e do afeto do outro da arena afetivo-sexual. Corpo das mulheres socialmente representa sedução e desejo, aos quais foram agregadas as ideias de magreza e firmeza corporal do corpo perfeito na atualidade. Estas exigências culturais de ser feminina e de apresentar boa aparência, moldadas por um ideário mais convencional e sexista colaboram de algum modo à eleição da cirurgia plástica como uma medida de recomposição deste tipo de feminilidade ameaçada (MENZEL *et al.*, 2011; VRIES, NIKKEN & DE GRAAF, 2014).

Entendemos que no caso das entrevistadas em geral, e nestas duas em particular, não é possível pensar na conformação da feminilidade e a relação com o corpo trabalhado somente a partir de uma ótica unilateral de conformidade a modelos sexistas tradicionais. Estes estão sim presentes em suas narrativas e atitudes tomadas no cotidiano frente a seus projetos corporais. Porém há nuances que revelam alguma ambiguidade neste modelo.

O olhar do “outro”, presente nas três últimas falas acima apresentadas, de Perséfone, Atena e Tálassa, mulheres brancas e de classe média alta primeiramente, reafirma o “olhar masculino”

ou “*male gaze*”¹ no qual se espera que as mulheres se produzam desejáveis para a apreciação deste olhar, reforçando ideais culturais de heterossexualidade e feminilidade, no qual se entrelaçam as dimensões de gênero, sexualidade, raça e classe (BROOKS, 2010; KINNUNEN, 2010; GAGNÉ & MACGAUGHEY, 2002). No caso de Tálassa e Perséfone, mesmo sem parceiros fixos no momento da entrevista, o olhar masculino estava presente e subjetivamente incorporado.

Por outro lado, o questionamento sobre o olhar masculino pode ser discutido quando analisamos se a realização da cirurgia plástica ocorreu como uma tentativa ou não de agradar este outro, o masculino, em sua dimensão real ou simbólica. Veremos algumas narrativas:

“No momento meu marido não queria. Ele não me disse, mas ele tinha medo do choque anafilático. Eu também tinha” (GAIA, 48 anos).

“Meu pai sempre achou supérfluo, ele disse que não ia pagar, foi minha avó que me ofereceu de presente...” (TÊMIS, 23 anos).

“Por meu marido eu não faria nada, mas eu me sentia mal, me sentia estranha, porque nasceu tudo bonitinho e depois ficou feio, até pra botar um biquíni ficava feio. Foi mais coisa pela minha cabeça. Por ele não faria não, mas ele não faz oposição a isso, ele segue minha decisão, ele sempre me apoia, por mais que ele até não goste, ele me apoia, a gente tem uma relação assim, um apoia o outro em tudo. Ele diz que eu não preciso, mas que já que eu não me sinto bem, que eu faça então” (HÉSTIA, 44 anos).

Os três depoimentos acima guardam duas relações de similaridade entre eles. A primeira de que, apesar da discordância de seus maridos (Gaia e Héstia) e do pai (Têmis), elas sustentam a noção de posse sobre seus corpos e sobre seus projetos corporais de modificação através de uma cirurgia plástica. A segunda de que, mesmo sem concordar com a cirurgia, os maridos de Gaia e Héstia pagam o procedimento, já que ambas se intitulam donas de casa, sem renda própria.

Nas narrativas de Nix e Afrodite vamos encontrar similaridades com a perspectiva de posse sobre seus corpos, porém com uma diferença importante que se refere à entrada em cena do

¹O conceito de Male Gaze foi desenvolvido por Laura Mulvey, crítica cinematográfica feminista de origem britânica. No ano de 1975 escreve o livro “Prazer visual e cinema narrativo” no qual propõe uma discussão sobre o papel do cinema norte americano em criar uma narrativa de fetichização da imagem da mulher enquanto objeto de estímulo sexual. No conceito de “male gaze” se entende que homens exercem poder sobre mulheres através de padrões socialmente construídos, de modo que a subjetividade feminina é produzida no julgamento das mulheres baseadas na percepção do desejo masculino. Parte da premissa de que homens reais e hipotéticos são os únicos agentes e beneficiários do olhar (GAGNÉ&MACGAUGHEY, 2002)

poder financeiro de ambas como decisório para se contrapor à resistência familiar, no caso de Nix ou de nem levar em consideração qual a opinião do outro na decisão da realização da cirurgia plástica, como presente em Afrodite:

“Influencia negativa de quase toda minha família. Me diziam: “Um absurdo, não tem necessidade”. Mas eu disse que quero, eu quero. Sempre fui muito decidida” (NIX, 2011)

“A cirurgia tem seis anos, mas desde meu 1º filho eu queria fazer. Fui amadurecendo a ideia, quando decidi fazer eu ainda estava casada. O casamento estava passando por uma fase complicada, eu trabalhava, ganhava mais e sustentava a casa. Se eu ganhasse mais eu podia dizer eu quero um peito. Escolhi e marquei sem ele, sem meu marido saber. Quando marquei disse que vou fazer tal dia, custou tanto, já paguei tanto. Era vital pra mim” (AFRODITE, 46 anos).

A independência financeira reafirma a noção de controle sobre seus corpos e estabelece limites na capacidade de pressão de outros (parceiros, membros da família) acerca da decisão pela cirurgia plástica. Padrões culturais de beleza e feminilidade estão presentes, porém contestar e agir de forma contrária às expectativas de outros pode também significar algum tipo de reafirmação sobre sua autonomia de decisão em torno a que fazer com seus corpos.

As transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas a partir da segunda metade do século XX, em especial no âmbito do gênero, corpo, sexualidade e afeto, possibilitaram às mulheres o aumento de sua autonomia, de sua afirmação pessoal e de encontrar os meios para que seus interesses e desejos pessoais pudessem ser cumpridos (LAGARDE, 1990; ESTEBAN, 2009).

Mesmo para as entrevistadas sem profissão ou renda própria a afirmação de seus interesses pessoais frente a que tipo de projeto corporal deveria investir prevaleceu. Entretanto, vale salientar que isto ocorre num grupo de entrevistadas cujo perfil é de mulheres majoritariamente brancas e heterossexuais, pertencentes à classe média alta e alta, e cuja recorrência ao uso de cirurgias plásticas para modelagem corporal é amplamente aceito e esperado por seus pares sociais.

A realização da cirurgia plástica pode sim ser entendida como uma ação empoderante, ainda que dentro de certos parâmetros das normas sociais de aparência e feminilidade (EDMONDS, 2002; GAGNÉ & MACGAUGHEY, 2002; SISCHO & MARTIN, 2014; WINTERICH, 2007).

Nos diferentes depoimentos acima retratados vimos o quanto à feminilidade, para parte importante das mulheres desta pesquisa, fica comprometida sem o corpo padrão socialmente esperado. Falhas no cuidado corporal podem acarretar distintas repercussões na arena da vida privada e pública das mulheres e gerar fraturas na constituição de ser mulher, com impactos na autoestima e na assunção de medos e receios de diferentes naturezas: medo da perda de atratividade junto aos seus parceiros, do olhar e do julgamento dos outros, medo da solidão, de ter menos competitividade para um possível retorno ao mercado afetivo-sexual, da exclusão do mercado afetivo-sexual, e de experimentar a vivência da sexualidade de forma menos segura e com pouca autoconfiança em seu próprio corpo. Estar fora de um determinado padrão corporal pode significar ser menos mulher.

Os investimentos em distintos projetos corporais das mulheres entrevistadas, em especial a cirurgia plástica, tenta responder a esta ameaça real ou simbólica de perda de feminilidade, de um tipo de mulher no qual a centralidade de uma boa apresentação corporal está subjetivamente internalizada e faz parte de um rol de papéis e atribuições esperadas em seus círculos sociais.

7.4 Cirurgias plásticas estéticas, ciclos de vida feminina e ritos de passagem

“Hoje vejo que foi uma forma de me repaginar para uma nova etapa, nova vida... Foi uma forma de me despojar de uma Afrodite e construir outra Afrodite que ele não faria parte. Hoje eu sei que foi isso. Eu sou outra mulher hoje: muito mais confiante, com mais coragem, mais altivez. Não sei se foi o seio ou não. Mas me percebo mais inteira”. (AFRODITE, 46 anos).

Na análise das falas desta pesquisa emergiram importantes vinculações da cirurgia plástica com períodos específicos da vida destas mulheres, ora relacionados aos processos decorrentes da vida reprodutiva e do ciclo geracional, ora com referência a acontecimentos decorrentes de atitudes, decisões e comportamentos das mulheres em torno à sua dimensão privada, afetiva e/ou matrimonial.

Edmonds (2007, 2010) discute estas vinculações a partir dos achados de suas pesquisas com cirurgias plásticas em mulheres no Brasil, a partir do qual ele conclui que há correspondência da cirurgia plástica com aquilo a que ele denomina de eventos do ciclo de vida feminina

(puberdade, gravidez, amamentação e menopausa) e de ritos de passagem, o que seria como momentos de ruptura e/ou transformações na vida das mulheres conectadas com status geracional ou matrimonial ou afetivo.

A abordagem das conexões entre cirurgias plásticas estéticas e os ciclos de vida e ritos de passagem ainda se insere nos marcos teóricos da construção da identidade de gênero como performance de gênero. Compreendemos que os ciclos de vida, embora sejam eventos que também se operam no substrato biológico, os mesmos carregam significados culturais específicos, cujas transformações de seus significados sociais foram contundentes no último século, na esteira das próprias mudanças relacionadas ao papel e a identidade das mulheres, como também de seu lugar social.

Entendemos que cirurgia plástica estética, enquanto uma tecnologia médica informa um conjunto de atos e discursos que também concorrem nas sociedades atuais para alterar a produção de sentidos das mulheres com seus corpos em torno à experiência da gravidez e amamentação. Cirurgias plásticas estéticas se apresentam, real e simbolicamente, como um recurso medicalizado que possibilita novas oportunidades de reconstrução de uma performance de gênero e uma feminilidade que cada vez mais se afasta de uma noção tradicional de maternidade que outrora desvinculava as mulheres do desejo e da erotização de seus corpos.

Fazer-se mulher nos dias atuais se apoia na perspectiva de vivenciar múltiplas e concomitantes experiências, estabelecendo rupturas no cumprimento de determinados papéis sociais a partir de marcadores biológicos, que por muitas épocas estiveram atreladas a marcadores etários mais fixos. Os paradigmas propostos pelas performances estéticas e tecnologias de modificações corporais prometem o cumprimento das fantasias de transformações, a ampliação das possibilidades de se manter mais jovem, atrativa, desestabilizando o script rígido e, algumas vezes naturalizado, das experiências na trajetória de vida que se vivenciam pelos corpos.

7.4.1 Cirurgia plástica estética e os ritos de passagem

Na história de Afrodite encontramos a narrativa de uma mulher onde o corpo e a beleza tem um papel central na constituição de sua identidade, e de como esta centralidade é crucial para

entender a relação com sua feminilidade e com seus projetos reflexivos do Eu, no qual o corpo trabalhado joga um importante papel como recurso para a construção de uma nova etapa de vida, a de voltar a ser solteira a partir da ruptura de seu casamento.

“Eu era linda. Tinha amigas altas demais, magras demais. Eu era linda. Às vezes eu não gostava de minha cor porque queria ser a rainha do milho. Acho que meu corpo era bem visto. Quando tinha desfile eu era convidada, porque eu tinha um corpo bonito. Todas as coisas que tinha que mostrar o corpo as pessoas falavam: “chama Afrodite”(AFRODITE, 46 anos).

“Me arrumo pra chamar atenção, mas não para o objetivo final de relacionamento. Chamar a atenção atrai de tudo. O corpo ele chama atenção, chama atenção dos ejaculadores de plantão. Mas eles não me servem”(AFRODITE, 46 anos).

A fala de Afrodite reflete a percepção de uma mulher com uma intensa consciência sobre o poder que o corpo atrativo e sensual exerce como um diferencial para ocupação distintiva em espaços sociais (desfiles na época da escola) e para o exercício de encontros sexuais e de um tipo de manejo da sexualidade, compatível aos marcos atual da contemporaneidade: beleza corporal como mecanismo para despertar, de modo imediato, o interesse e o desejo do outro.

Em Afrodite o corpo é posicionado como central em seus processos de reflexividade: era pelo corpo e beleza que ela conseguia reconhecimento no seu círculo social enquanto adolescente e jovem residente em uma cidade do interior do estado; é este corpo que a coloca em condições de disputar, de forma competitiva, aos 46 anos, mãe e já avó, espaço no mercado afetivo sexual, numa perspectiva que nos fala muito do direito ao exercício de uma sexualidade erótica. Nos fala de uma mulher que se lança em projetos corporais nos quais reivindica um corpo para o desejo, para o hedonismo e autonomia nas experimentações afetivas sexuais (LAGARDE, 1990; EDMONDS, 2002, 2010).

Também será o corpo, o recurso reflexivo que a ajudará a se preparar para a decisão do divórcio:

“Eu me cuidava muito, era muito vaidosa. Acho que eu pensava: se essa coisa não der certo (casamento), tenho que estar bem. Tudo voltou ao normal no corpo, as marcas da gravidez ficaram, mas o seio não. Como era ele que tinha visto como era antes e porque tinha ficado assim, então eu ficava bem com ele. Mas eu me olhava no espelho e não gostava, tinha vergonha”(AFRODITE, 46 anos).

P: Você fez cirurgia plástica há seis anos e se separou há cinco anos. Você acha que tem alguma relação entre sua separação e a cirurgia plástica?

L: “Tem toda. Hoje vejo que foi uma forma de me repaginar para uma nova etapa, nova vida. Não foi uma coisa planejada, mas desde sempre não foi uma relação de amor, tanto fazia estar lá como não. Ele não gostava de dançar, não gostava de receber ninguém. Foi uma forma de me despojar de uma Afrodite e construir outra Afrodite que ele não faria parte. Hoje eu sei que foi isso. Eu sou outra mulher hoje:

muito mais confiante, com mais coragem, mais altivez. Não sei se foi o seio ou não. Mas me percebo mais inteira”(AFRODITE, 46 anos).

O investimento no corpo, através da cirurgia plástica estética, buscava trazer de novo para a cena uma mulher atrativa e que permitiria que se sentisse suficientemente autoconfiante para se lançar no difícil mercado das atuais relações amorosas pautadas pela imediatez e pelo consumo do prazer sexual, mediado pela primeira impressão que um causa no outro.

Hebe, 23 anos, jovem universitária, solteira e sem filhos, é outra das entrevistadas, como veremos mais abaixo, que estabeleceu através de seus projetos corporais de modelagem - pelo emagrecimento e lipoaspiração - uma nova roupagem para um rito de passagem entre um namoro antigo e novos relacionamentos afetivos sexuais, no qual busca afastar de si mesma, seja através da apresentação de seu corpo ou pelo corpo do outro, qualquer traço de pessoa gorda que venha atrapalhar seu direito ao pleno exercício da vida sexual.

Embora Hebe relate em toda sua entrevista que foi uma criança e adolescente “gordinha” e isto nunca tenha sido objeto de cobrança familiar ou própria (*“Eu sempre fui uma criança gordinha, mas nunca houve cobrança. Teve um momento que larguei a dança e não houve problema. Já entrei na academia duas vezes e sai e nunca houve questão. Sempre respeitaram minha escolha”*), ela própria esteve envolvida em toda sua vida com diversas atividades corporais, revelando como a preocupação com o corpo ocupa um lugar importante na dinâmica familiar e pessoal.

Hebe exemplifica um modelo de cuidado familiar com o corpo típico das camadas de maior poder aquisitivo. Residente num dos bairros de classe média alta da cidade, filha única de pais médicos, a entrevistada percorre com desembaraço a trajetória de possibilidade de acesso e de múltiplos investimentos de cuidados corporais esperada de sua classe social:

P: Você mencionou logo no início da entrevista que faz dança do ventre?

R: “Sim. Faço dança do ventre, dança tribal e pole dance” (HEBE, 23 anos).

P: Como a dança entrou em sua vida?

R: “Fiz 08 anos de balé e 02 de jazz, não por muita escolha. Foi minha mãe que quis. Fiz uma apresentação de balé com a temática de dança do ventre e gostei. Quando entrei na faculdade e uma menina já tinha feito e me sugeriu isso. Fui, conheci me apaixonei e fiquei muitos anos e ali conheci a dança tribal. O pole é mais recente. Entre 2008 e 2009 o tribal e pole final de 2011” (HEBE, 23 anos).

E é através deste recurso, do corpo melhorado, que a entrevistada vai recorrer para estabelecer seu rito de passagem, construído em diferentes etapas e momentos de sua história: a perda de peso e as cirurgias plásticas de lipoaspiração, na região da cintura, nas ancas, na diminuição do Monte de Vênus e de gorduras localizadas debaixo do braço.

“Quando houve o término do meu namoro no final de 2008 estava bem gordinha mesmo. Aí foi quando entrei na academia com gosto, acho que pensei: vou ficar solteira e preciso ficar bem. Depois voltei com este mesmo namorado e aí engordamos outra vez” (HEBE, 23 anos).

“Nós terminávamos e voltávamos muitas vezes. Por causa disso eu era insegura, me perguntava o que eu tinha de errado e também o que eu podia fazer para ajudar. Nas sextas feiras eu ia para a casa dele e ficávamos juntos todo o final de semana. Saíamos, comíamos muito e quando eu queria sexo ele me dizia que não aguentava por que tínhamos comido muito, que ele estava se sentindo mal. Muitas vezes passávamos todo o final de semana juntos e eu voltava na segunda sem termos feito sexo nenhuma vez” (HEBE, 23 anos).

P: Você vê alguma relação da cirurgia com esse processo?

R: “Eu acho que precisava de reforço, precisava da cirurgia para consolidar o término do namoro. Ele sempre dizia que gostava de cheinha. Pensava: “se tem gente que gosta de cheinha, vou continuar cheinha” Eu acho que mudança com o corpo eu sempre fiz. Já fiz mil coisas com o cabelo, mudanças drásticas e faço qualquer coisa” (HEBE, 23 anos).

A diferença de quase vinte anos entre Afrodite e Hebe, assim como as suas histórias de vida não foram elementos suficientes para produzir comportamentos e atitudes distintas frente ao manejo do corpo como um recurso a ser trabalhado e melhorado para uma nova passagem de status civil e de retorno ao mercado afetivo sexual.

O corpo melhorado pela cirurgia plástica, tanto para Afrodite quanto para Hebe, cumpre ao mesmo tempo um papel de apoio terapêutico (melhoria da autoestima e autoconfiança) e moeda valorizada para angariar os benefícios de maior atratividade e de vivenciar com mais empoderamento sua sexualidade.

A perspectiva que parece se apresentar é que o corpo melhorado tende a ser aquele que oferece as maiores e melhores condições e oportunidades para que seus sujeitos tenham direito a reivindicar um papel ativo na vida sexual, ampliando as chances de ter direito a um novo recomeço.

Para Artémis, recém-formada em gastronomia, branca, 21 anos, a inserção nesta categoria analítica cirurgia plástica e rito de passagem se deu de outro modo. A cirurgia estética lhe

proporcionou a entrada no mundo adulto, e a ajudou na superação do divórcio dos pais. Tomar as rédeas de seu corpo foi um modo de perceber que seus pais, após o divórcio, partiam para outros projetos pessoais e que havia a necessidade dela ao transformar seu corpo, modificar também seu lugar naquele contexto familiar e na sua própria identidade, a partir da passagem da menina (sem seios) para uma mulher (com seios).

P: O que levou você a fazer a cirurgia?

R: “Eu sempre tive um probleminha de crescimento, eu cresci muito rápido, tanto que sou cheia de estrias no corpo inteiro, tenho nas pernas, nos seios. Com uns doze, treze anos eu ainda não tinha seio, mas eu tinha estria porque o mínimo que tava crescendo minha pele não suportava... fui engordando com 12 anos e peguei o corpo de mulher, mas nunca fiquei gorda, mas o peito, nunca cresceu, não desenvolve, e aí as roupas para o meu tamanho são P ou M, mas se eu comprasse PP o peito não preenchia a blusa, então eu ficava chateada, eu procurava qualquer blusa, qualquer roupa que não mostrasse isso, e ficava usando sutiã de bojo pra disfarçar, e aí começou a me incomodar muito... e aí eu fiquei cansada daquilo, e aí meu pai falou pra ver, eu disse que queria, mas fiquei enrolando, então meus pais se separaram. Foi aí que eu disse que acho que tá na hora de me preocupar comigo, se for pra fazer a cirurgia então que eu faça logo” (ARTÉMIS, 21 anos). .

P: Você falou que protelou fazer cirurgia. Pode me falar mais um pouco sobre isto?

R: “Foi porque eu sou meio chatinha, preguiçosa, então assim, como eu não sou tão preocupada com essas coisas eu não tava me preocupando. Eu queria fazer, eu sabia que um dia eu ia fazer, mas tava com preguiça de procurar médico. Meu pai que sempre foi muito preocupado com minha aparência. Tinha que ser um médico bom, de confiança, eu não sabia muito como fazer, mas ano passado eu decidi fazer, por conta da separação, eu tava muito estressada, muito triste, então pensei que com isso eu não quero me preocupar mais [...]” (ARTÉMIS, 21 anos).

P: Você falou que seu pai é mais preocupado com sua aparência. É isso?

“É sim. Ele sempre se preocupou comigo e com minha irmã em questão dos cuidados com a pele, em questão de espinha, pra não espremer, pra não marcar, para passar um remedinho, e quando for sair usar um brinco, para andar arrumada, minha mãe nunca teve essa besteira, então eu me considero uma pessoa bem relenta, porque eu não me preocupo muito com essas coisas, eu até me sinto um pouco deslocada dessa cidade por que eu sempre fui criada numa fazenda, ou seja, andava descalça do jeito que tivesse ia, o rio tava ali então tomava banho lá, andava com os cavalos, vacas nunca tive nenhum problema em relação a isso. Na verdade até lá meu pai sempre se preocupou muito para a gente não ficar desleixada, de se preocupar consigo mesma. Ele se preocupa muito até com ele mesmo, se cuida muito” (ARTÉMIS, 21 anos).

Na história de Artémis vemos um núcleo familiar, especialmente na figura paterna, com alto investimento na produção dos corpos de suas filhas, com cuidados contínuos e disponibilização financeira o suficiente para o arsenal de medidas estéticas que foram acionadas para o enfrentamento das “imperfeições estéticas” - tratamento a laser para as estrias, utilização de Roacutan² como tratamento para as espinhas, e a própria cirurgia plástica para a modelagem de seus seios.

²Roacutan: medicamento utilizado pela Medicina para tratamento da acne severa ou da rosácea.

O investimento familiar nos cuidados corporais, como sinalizado por Bourdieu (2007) informa uma das preocupações centrais das classes com maior poder de renda, por se configurar num dos signos distintivos de sua condição de classe. O papel do pai foi o de definir este modo de socialização das técnicas corporais de cuidados estéticos e o de assumir a transmissão desta para suas filhas.

A separação dos pais quando a entrevistada tinha 19 anos foi um momento de reorganização de papéis neste arranjo familiar, inclusive porque como o trabalho do pai é localizado na região sul do estado da Bahia, ele passaria a ter menos regularidade na frequência de visita à família e, possivelmente menos protagonismo nos assuntos vinculados aos cuidados estéticos de suas filhas.

A tristeza pela separação dos pais, a nova conformação familiar, a menor presença da figura masculina foram fatores que devem ter colaborado para a tomada de decisão pela cirurgia plástica a partir de um novo arranjo nas disposições individuais e grupais enfrentadas pela entrevistada. A pessoa que se preocupava com seu corpo agora não estava tão mais presente fisicamente, o que a leva a ter que assumir este controle, uma forma de marcar no corpo que agora eram outros os papéis a ser cumpridos e outra identidade a ser assumida.

Frente a esta mudança ela decide pela cirurgia plástica nos seios com implante de silicone, numa dimensão simbólica que atesta a passagem da menina cuidada por alguém para a mulher que toma decisões sobre si corporificando uma imagem que deseja passar a portar, a de uma mulher.

7.4.2 Ciclos de Vida e Cirurgia Plástica

7.4.2.1 Envelhecimento e cirurgia plástica

De acordo a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) idoso é toda aquela pessoa com 60 anos ou mais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como todo indivíduo com 60 e 65 anos ou mais. O limite mínimo pode apresentar variações de acordo com as condições de cada país (BRASIL, 2005).

Do total das entrevistadas neste estudo somente uma delas registrava a idade de 60 anos na época do trabalho de campo, faixa etária que pode ser considerada como idosa, em acordo com as definições adotadas no Brasil e pela OMS. Esta entrevistada já havia realizado duas cirurgias plásticas estéticas, uma de abdominoplastia aos 48 anos e a segunda, de implante de silicone aos 57 anos. Na época da entrevista ela estava em processo de construção da decisão por sua terceira intervenção cirúrgica. Os planos eram pela realização de um mini-lifting, sua primeira intervenção de plástica na face.

“Estou pensando em realizar o min lifting, mas estou mais preocupada e avaliando mais que as outras cirurgias porque é no rosto. Porque este é o problema, porque mexer no rosto é problema. Tenho medo do rosto puxar demais. Estou estudando pra ver se tem uma técnica mais nova. Hoje tem tanta técnica, melhor seria tentar procedimentos que não sejam cirúrgicos” (NIX, 60 anos).

P: Por que o interesse em fazer esta cirurgia?

R: “Tenho 60 anos e quero ficar com cara de 50, só a vaidade mesmo” (NIX, 60 anos).

A entrevistada, empresária bem-sucedida do ramo de refeições industriais, divorciada, já havia realizado dois processos cirúrgicos estéticos de modelagem corporal que se aproximam pelos seus efeitos, a uma medida de apagamento das marcas da gravidez e da amamentação. Com o mini-lifting nos parece que a mesma caminhava para o apagamento das marcas do envelhecimento, processos que se percebidos de forma articulada conformam aquilo a que se denomina de “envelhecimento bem sucedido”.

O termo envelhecimento bem sucedido é parte do movimento da geriatria e gerontologia que redefine envelhecimento como um processo dependente das escolhas, da participação e dos investimentos de cada indivíduo em seu envelhecer. Este novo paradigma se baseia na ideologia do corpo normativo que é o corpo jovem, bonito e saudável, e o alcance destes requer a responsabilidade de cada um em manter-se bem e com saúde (BROOKS, 2010; KINNUNNEN, 2010).

Ao estabelecermos relações entre as cirurgias plásticas estéticas realizadas por Nix e a idade em que elas foram feitas (48 e 57 anos) vamos percebendo como ela veio construindo as estratégias do envelhecimento bem sucedido. Primeiro, na busca por uma remodelagem corporal que a mantivesse ativa no enfrentamento da invisibilidade que a perda da atratividade provoca, seja pelas transformações corporais da gravidez/amamentação, seja pela aproximação

da meia idade, etapa de forte carga simbólica em nossa cultura, especialmente para as mulheres como a demarcar o início da perda de sua vitalidade sexual e do fim do ideal de juventude.

Segundo, pela incorporação pela mesma do ideário de controle pessoal do envelhecimento, através da confiança e recorrência aos recursos tecnológicos da Medicina estética, que sem negar o envelhecimento, o pensa desde uma perspectiva que tenta afastar as doenças e o declínio. (*“Acho que as mulheres estão muito afetadas... Você também tem que aceitar as fases da vida. Eu quero entrar bem na minha velhice. Quero aceitar minha idade e não exagerar. Só faço tudo se for com médica”*).

7.4.3 Cirurgia Plástica, corpo materno e corpo erótico: reconstrução da feminilidade ou afirmação de mais sensualidade?

Atratividade, sexualidade, feminilidade e confiança em si vão estar no centro da arena de discussões de um conjunto de narrativas de parte importante das entrevistadas cujas histórias foram atravessadas por dois eventos importantes do ciclo da vida, gravidez e amamentação e, de como as cirurgias plásticas estéticas estão no cerne das tensões entre maternidade e sexualidade ou de um corpo para procriação e um corpo para o desejo.

Metade das entrevistadas nesta pesquisa já experimentou a vivência da maternidade, o que implica que já cumpriu uma demanda social estreitamente vinculada à identidade de gênero feminina socialmente construída, a de ser mãe. A reprodução reitera a condição de a mulher ser mulher.

Entretanto, percebe-se também que para este grupo, com majoritária inserção em atividades profissionais e/ou acadêmicas, a vivência da identidade feminina vinculada à reprodução é completamente distinta do que a conformada há gerações passadas. A maternidade é experimentada como uma escolha e exercida no contexto de múltiplos papéis sociais, e as mulheres pleiteiam na pós-maternidade uma corporalidade e uma identidade feminina na qual seus corpos e suas subjetividades possam protagonizar uma feminilidade atrativa e desejante.

A estetização da vida, com destaque para a cirurgia plástica estética, vai atuar na perspectiva de um apagamento das marcas da maternidade e amamentação, que em geral torna o corpo estigmatizado e com perdas significativas em ser um atrativo sexual.

Como já mencionada aqui em passagens anteriores à entrevistada Gaia apresenta uma narrativa com especial destaque para os efeitos negativos que a maternidade produziu em seu corpo e na perda da confiança em sua feminilidade, que veio a ser recuperado pelo investimento em realizar a cirurgia plástica de lipoescultura e na sequência, na incorporação cotidiana de todo um conjunto de práticas de cuidados corporais como dietas, academia e acompanhamento com profissionais especializados na área de estética e nutrição.

“Quando eu era nova, magrinha não ligava pra isso. Depois que me vi com duas filhas e com uma barriga flácida me dei conta. Sempre ficava em casa, não me cuidava a barriga ficava enorme e não saia para nada” (GAIA, 48 anos).

“No meu caso, depois da cesárea comecei a engordar e não me sentia bem. Fui empurrando com a barriga, achava que não adiantava andar, porque a barriga me incomodava muito. Eu fiquei desesperada. Ia para o clube e colocava biquíni e a barriga lá, ficava horrorosa” (GAIA, 48 anos).

“Me sentia horrorosa . Os profissionais diziam que minha barriga não tinha jeito, procurei uma endocrinologista e ela disse o mesmo” (GAIA, 48 anos).

Os efeitos da maternidade sobre seu corpo foram significativos, acarretando limitações concretas na esfera da autoestima, sociabilidade e na vivência de sua sexualidade na vida conjugal.

“Antes não fazia sexo no claro. Não deixava ele pegar na minha barriga. Tem posições que hoje eu já posso fazer. Acho que termina incomodando a mulher. Se não estivesse com a cabeça boa talvez eu estivesse em depressão como minha amiga” (GAIA, 48 anos).

Corpo passa a ser vivenciado como uma vergonha e a algo a ser escondido. Reparação vem através da cirurgia plástica, que possibilita o reencontro com uma vida sexual mais prazerosa e como uma medida terapêutica para restaurar saúde psíquica.

Outro exemplo dos efeitos em torno à perda da confiança e conforto em situações sexuais do corpo pós-maternidade vamos encontrar em Héstia, 44 anos, dona de casa. Há neste caso, porém nuances importantes em razão do que parece ser sua intensa dependência do lugar do corpo como central na construção de sua identidade como mulher e pessoa.

Com uma história com uma forte adesão desde criança a práticas esportivas e cuidados corporais diversos, a entrevistada passa parte de seu dia na academia de ginástica, onde tem frequência diária há muitos anos, lugar onde eu mesma frequentava e a identifiquei para a entrevista.

“Depois que eu casei eu engravidei depois de um ano, ai tive o primeiro filho, ai engordei um pouquinho, na gravidez toda só engordei 10kgs, e perdi, mas não perdi todo, fiquei com 52kgs. Naquela época fiquei bem até, mas como queria engravidar de novo, resolvi engravidar de novo. Depois da minha filha foi mais difícil, eu já malhava, fazia academia, natação, hidrogenástica durante a gravidez, a vida toda eu malhei, mesmo antes de casar fazia ginastica rítmica, fazia handball, sempre gostei de esporte... Com a idade vai diminuindo a queima calórica, até pra perder é mais difícil. Tanto que fiz a cirurgia de redução de mama, porque tanto você malhando você perde gordura e com a amamentação você fica flácida, e agora vou fazer de novo, a da barriga, abdominoplastia e vou colocar silicone. Eu vou fazer a da barriga porque ficou esse montinho aqui, não me sinto bem” (HÉSTIA, 44 anos).

P: Quando você fez a primeira plástica?

R: “Tem uns seis anos, a do peito. E fiz também a plástica vaginal, porque tive dois filhos, e eles nasceram muito grandes, fiz a plástica vaginal” (HÉSTIA, 44 anos).

P: Me fale um pouco deste processo para decidir pela cirurgia. Qual foi sua motivação?

R: “Em relação ao meu corpo, eu não me sentia bem, não queria ficar nua, até pra ter relação com meu marido eu ficava constrangida, você começa a não querer mais, isso me motivou muito. Não muito pela estética, mais pela relação com meu marido” (HÉSTIA, 44 anos).

Héstia encarna o exemplo mais bem acabado do modelo de sujeitos operando na lógica do projeto corporal reflexivo: corpo como central em sua constituição identitária, objeto de recorrente monitoramento, investimentos e mecanismos de disciplina na perspectiva de se tornar valorada na lógica hegemônica e normativa da feminilidade: desejável para seu marido e com um permanente frescor da juventude corporal.

As duas plásticas realizadas, a redução dos seios e a plástica vaginal, estão diretamente vinculadas a áreas do corpo que são os mais marcantes símbolos sexuais na nossa cultura. A cirurgia vaginal efetuada, embora não ficado claro se foi uma himenoplastia (reconstrução do hímen) ou uma perineoplastia (recomposição da musculatura na região perineal), sendo esta a mais provável, de todo modo atende a uma tentativa de recompor uma estética corporal que aumenta o prazer sexual, ora pela ideia de reviver a primeira vez de uma penetração ou por revigorar a tonicidade do músculo vaginal que concorre para aumentar o prazer na penetração sexual.

Embora a relação com seu corpo e as plásticas investidas tenha um importante vínculo com a atratividade e uma feminilidade heteronormativa, uma característica da narrativa de Héstia não é de destacar seus investimentos corporais para mais atratividade ou sensualidade.

Sua entrevista é toda marcada pela recorrência à saúde, física ou do bem estar pessoal, como elemento organizador de sua relação com o corpo e a feminilidade, o que parece sugerir que é pelo discurso médico da saúde estética que se busca legitimar as práticas de cuidados corporais e avaliar seu bem estar na esfera da sexualidade conjugal.

“Eu sempre cuidei do meu corpo, usava cremes, até antes de casar já usava, sempre cuidei de mim, cuidei da pele, gosto de usar sutiã, porque tem gente que relaxa né, não quer botar sutiã. Faço academia no mesmo ritmo que fazia antes, mas a musculação de antigamente é diferente da de hoje em dia, e eu via mais resultado antigamente do que hoje, porque antes eram os mesmo aparelhos né todo dia” (HÉSTIA, 44 anos).

Hoje, como uma mulher de 44 anos, qual a imagem que você tem de seu corpo?

“Hoje em dia eu me sinto bem com meu corpo, com a minha idade eu acho que tá ótimo, e tem algumas mudanças provocadas mais pela gravidez, não tenho muito do que me queixar não. Me sinto melhor, mais bonita, mais pela estética né, pelo ego, tenho uma relação melhor no casamento, se sentir melhor ajuda, se torna mais proativa. Acho que a mulher tem que se cuidar e eu me cuido” (HÉSTIA, 44 anos).

Outras narrativas irão apresentar uma discussão onde fica mais evidente o papel da cirurgia plástica como um recurso de gestão do corpo que propicia que mulheres possam superar sofrimento estético e sexual pós-maternidade e amamentação e mais que isto, possa reafirmar feminilidade pelo objetivo explícito de terem um plus em sua atratividade sexual.

A modelagem do corpo não busca aqui como fim último uma tentativa de normalização ou reparação somente. Interessa percorrer um caminho de remodelação corporal que ressalte os atributos de sensualidade e de um tipo de imagem erótica feminina nacional, mais vinculada à voluptuosidade.

A história de Febe é particularmente ilustrativa desta perspectiva. Conforme mencionado anteriormente, ela é uma jovem mulher branca, loira, de 32 anos e com dois filhos, com uma história de envolvimento desde a infância com atividade de dança e declaradamente vaidosa e preocupada com a aparência. Após a ocorrência das suas duas gestações realiza a cirurgia plástica estética, tendo feitos os procedimentos de abdominoplastia, lipoaspiração e mamoplastia.

P: Você poderia me contar sobre suas cirurgias plásticas? Quando as fez? O que a levou ou a motivou a fazer a cirurgia plástica?

R: “Fiz há mais ou menos um ano, acabei de fazer. Passei 12 horas na sala de cirurgia. Eu sempre fui magrinha, tinha o corpo ótimo, mas na primeira gravidez engordei muito. Minha família tem histórico de flacidez e de pele que se rompe fácil. Fiquei com muito excesso de pele e muitas estrias. Na minha gravidez fiquei com muita estria, engordei 30 kg na primeira gravidez. Fiquei traumatizada. Engordei 14 kg na segunda gravidez. Sempre fui magrinha. Isso me incomodava muito” (FEBE, 32 anos).

“Imagine eu tinha 24 anos, já saí toda amarrada da sala de parto. Foi muito deprimente para mim. Vivia na cinta, naquelas cintas de yoga. Perdi peso rapidinho. Eu era muito disciplinada, até para dormir eu usava a cinta, ninguém imaginava que eu sem nenhuma barriga era por causa da cinta também. Mas fiquei com a barriga horrível por causa das estrias. Não tinha barriga, mas tinha muita estria e muita flacidez” (FEBE, 32 anos).

Febe personifica um tipo de mulher focada na valorização da aparência a partir de incessantes regimes de disciplina e de privação, especialmente após o evento da maternidade, no qual não há limites para esconder os efeitos da reprodução em seu corpo. Há um conflito na identidade corporificada: se por um lado, a maternidade lhe trazia satisfação, seus efeitos foram intensos e comprometia outra parte de sua identidade, a de ser uma mulher cuja construção do Eu era transversalizado pelo desejo de seduzir e se exibir para os outros.

“Sou uma mulher extremamente narcisista. Gostava de ser sedutora, narcisista. Aquilo me matava, de não chamar atenção, de ficar apagadinha, de não seduzir como eu fazia antes. Você pode imaginar o que é isto? Me contentar a ficar apagadinha?” (FEBE, 32 anos).

A entrevistada afirma que não teve prejuízos significativos na vida sexual com seu marido pós-maternidade, e mesmo assim a cirurgia plástica seguia como um interesse a ser conquistado, o que parece sugerir que a retomada de seu corpo erótico era uma reivindicação para o direito de afirmação da sua sensualidade e liberdade e, para as oportunidades simbólicas que a beleza e a atratividade têm na sociedade brasileira.

O tipo de cirurgia plástica realizada nos fala muito sobre isto: ela aumentou os seios, retirou gordura da região da cintura e dos quadris e refez a barriga, alisando e tirando o excesso de pele comprometida pelas estrias. O foco era tornear o corpo, não na perspectiva da estética da linha (LIPOVETSKY, 2004), mas sim para modelar um corpo mais voluptuoso, com foco na erotização, naquilo a que no linguajar comum de Salvador se chamaria de “gostosa”: bunda ressaltada, pernas roliças, formas bem definidas.

Edmonds (2010) discute o lugar da erotização e fetichização dos corpos das mulheres brasileiras, como modos de tornar os corpos femininos objetos do olhar e desejo masculino.

Para Edmonds (2010) a erotização dos corpos das mulheres no contexto brasileiro relaciona-se a duas dimensões inter-relacionadas. Na primeira destas dimensões, modelos culturais de beleza e atratividade femininas no Brasil estão fortemente arraigados a uma construção identitária nacional que valoriza a sensualidade do corpo feminino e certas marcas corporais da miscigenação afro-brasileira, evidenciadas em corpos mais curvilíneos, dos quais se ressalta a presença de bumbum e coxas mais avantajadas.

A aludida sensualidade da mulher brasileira demarca um traço cultural da identidade nacional e colabora para a produção desta imagem como um tipo de mercadoria de massa: a beleza da mulher brasileira.

A segunda dimensão apontada pelo autor argumenta que no Brasil as transformações econômicas, das relações entre capital-trabalho e a entrada no modelo de modernização contemporânea da segunda metade do século XX, trouxeram a necessidade de estabelecer uma imagem que dialogasse com os signos da modernidade global, ao mesmo tempo convivendo com as contradições e as desigualdades de seu passado colonial.

Voltaremos a Afrodite para discutir como as experiências do corpo no evento da maternidade assumem características distintas em termos das repercussões na corporalidade e no bem estar psíquico, no qual a escolha por uma cirurgia plástica concilia maternidade e sexualidade e, mais que isto, permite que a erotização e a sensualidade permaneçam como elementos protagônicos na constituição de um tipo de identidade de gênero.

Afrodite ostenta uma performatividade corporal que busca sustentar um tipo de identidade de gênero no qual a vitalidade sexual e a capacidade de atratividade da mulher são esperadas como um modo contemporâneo socialmente construído de ser mulher, no qual eventos do ciclo de vida que representam menos sexualidade, como maternidade, amamentação e proximidade da menopausa, vão sendo simbolicamente apagados.

A primeira experiência de maternidade da entrevistada foi ainda na fase da juventude, aos 19 anos e, além das marcas físicas deste evento em seu corpo, a mesma conviveu com repetidas traições do seu então marido na época, o que concorreu para seu corpo vir a ser o depositário de seus desconfortos, mas também de sua futura redenção:

“Com 19 anos tive meu primeiro filho. O primeiro não foi planejado. Engordei muito na primeira gravidez, uns 25 kg, mas perdi quase tudo” (AFRODITE, 46 anos).

P: Como foi para você vivenciar isto?

R: “Muito mal. Primeiro porque meu marido era muito mulherengo, me sentia horrível com bundão, celulite. Ele deu todas as escapadas, ele continuou aprontando. Tinha muita raiva, eu achava que era pelo fato de eu estar daquele jeito. Tinha uma revolta tão grande. Mãe de um bebezinho e tinha uma revolta, vontade de me vingar. Eu gerei o filho, pari o filho, meu corpo modificou e ele me tratava daquele jeito. Da 2ª gravidez, cinco anos depois, engordei de novo, mas eu estava mais madura, queria mais aquele filho. No 1º filho ele foi me visitar e o filho com gola cheia de batom. Ele ia continuar assim, e então mudei o foco. Não me interessava muito que ele me traia, foquei nos meus filhos” (AFRODITE, 46 anos).

Alguns anos depois, já com casamento em crise, a entrevistada com vida profissional firmada e com mais recursos financeiros que o seu marido irá decidir pela cirurgia de mamoplastia, na qual nos parece que ela busca através da mesma corporificar sua autonomia financeira, autodeterminação e agência (GAGNÉ&MACGAUGHEY, 2002; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

A ênfase na artificialidade dos seios, pelo volume do implante de silicone utilizado, retratado no trecho: “fui na entrevista com o médico, ele me perguntou: Qual o seu objetivo? E eu respondi: ‘Chamar a atenção!!’ Então ele decidiu que botaria 350 ml”(AFRODITE, 2011), nos remete a algumas considerações. A primeira de que a visibilidade artificial de seus seios nos fala sobre sua capacidade de adquirir e ostentar um tipo de consumo de beleza, que ainda estabelece mecanismos de controle sobre o corpo para fazer resistência aos processos do corpo “natural”, daquele que entra em decadência e perde vigor.

A segunda consideração, do reforço à vinculação entre seios aumentados e voluptuosidade e maior disponibilidade para a vida sexual. E ainda, os novos seios bem aumentados, é uma marcação de sua re-sexualização, uma atitude de empoderamento para continuar transitando com desenvoltura na arena da sexualidade mesmo que seu marcador etário não lhe venha a ser favorável (GIMLIN, 2013; SANCHEZ TAYLOR, 2012).

Para Afrodite a sensualidade é uma marca identitária à qual ela reivindica uma sistemática permanência. Ela não deseja necessariamente pela cirurgia plástica realizada restaurar um corpo que tenha sido “danificado” pela maternidade, mas sim produzir, pela estética melhorada, mais atratividade e fetiches sexuais em outros.

“Sempre tive sensualidade à flor da pele. Sempre fui assim, sensualidade muito marcante. Como eu posso dizer: eu atraio e acho que estou te passando todo meu conteúdo. Mas a pessoa vem se diverte, e vai embora e aí eu vejo que não pegou os conteúdos” (AFRODITE, 46 anos).

“Eu percebo que meu corpo é valorizado. É mesmo e eu gosto. Talvez seja excitante. Aí a confusão, eu quero ser elogiada, admirada. Me dá um prazer quando me elogiam, que corpão. Mas não é sempre que eu gosto não. Às vezes é grosseiro, me sinto um pedaço de carne. Mas em momento nenhum, mesmo ficando descontente, queria parar de receber elogio” (AFRODITE, 46 anos).

Afrodite como as demais entrevistadas mencionadas neste capítulo retratam as contradições e os paradoxos da relação dos indivíduos com seus corpos e com as mudanças sociais, culturais e econômicas que fizeram parte da segunda metade do século XX e as deste século, no qual a identidade feminina se organiza não mais em torno ao projeto da maternidade e de um corpo e sexualidade voltada para a procriação. As fronteiras rompidas deste modelo de ser mulher produziram novas identidades femininas, que se expressam em marcas corporificadas, nas quais as velhas e novas exigências de feminilidade estão em disputa.

Se hoje as mulheres experimentam a maternidade como escolha, seus corpos precisam materializar sua capacidade (financeira, de disciplina, de monitoramento) de trabalhar sobre este para apagar as marcas pós-parto, como a traduzir certa ilusão de que se pode passar pelas experiências sem que elas nos deixem marcas.

Um grande número de mulheres no Brasil nos dias atuais tem mais dinheiro, autonomia e poder decisório de gerenciar seus corpos e optar por uma cirurgia plástica, e elas o fazem dentro de um cenário social que solicita juventude e vitalidade sexual quase incessante, mas que também permite o prolongamento desta vida sexual ativa e desejante por mais tempo e como um direito pessoal.

Mulheres reivindicam bem estar pessoal, mas o fazem ainda por um modelo de corporalidade que as levam a dispender tempo e recursos financeiros significativos em diferentes técnicas de cuidados estéticos, reafirmando ainda o papel que a beleza cumpre para garantir que

determinados tipos de mulheres continuem a referendar uma feminilidade disciplinada, dirigida para a atratividade heteronormativa e juventude.

CAPÍTULO 8: Entre cortes e escolhas negociadas: a cirurgia plástica estética e uma nova escritura sobre o corpo feminino

“Fiz uma abdominoplastia, a minha primeira cirurgia plástica. Fiquei muito satisfeita e orgulhosa, fiz também suspensão de seio. Parece um vício. Oito meses depois fiz uma cirurgia de lipo no quadril, culote, costa e outra vez o seio. Você se vicia, você sempre quer consertar alguma coisa” (TÁLASSA, 36 anos).

Neste capítulo, pretendemos conhecer a trajetória das mulheres pesquisadas em torno à realização de suas cirurgias plásticas estéticas – escolha dos cirurgiões, decisão sobre o tipo de cirurgia plástica, processo cirúrgico, pós-operatório, dor e riscos – e compreender como as escolhas das mulheres aparecem mediadas pela relação de confiança em torno à tecnologia médica moderna da cirurgia plástica estética e relativa banalização e apagamento dos riscos implicados neste procedimento médico.

Iremos também neste capítulo discutir as transformações na vida das entrevistadas após a realização das cirurgias plásticas estéticas e como estas informam ou não novos sentidos aos seus corpos e a construção de um tipo de feminilidade.

As histórias narradas pelas mulheres em seus processos de construção das cirurgias plásticas revelam diferentes trajetórias percorridas em torno à busca pelo cirurgião plástico e na definição do tipo de cirurgia, magnitude da intervenção e na gestão do risco envolvido.

Amigos e familiares, conforme já discutido nos capítulos anteriores, jogam um papel importante na influência para a cirurgia plástica ora como apoiadores da decisão e/ou financiadores das cirurgias, ora como aliados no compartilhamento de modelos de corporalidade, o que concorre para terem surgido como o principal grupo a influir na indicação de cirurgiões plásticos para este grupo de mulheres pesquisado.

“Conheci um amigo que fez a cirurgia e um primo meu que fez a cirurgia também com o mesmo médico, Dr. X. Ele tem uma clínica aqui na Pituba, a especialidade dele é prótese mamária. Quando falei com este amigo e meu primo e vi que estavam bem e por coincidência tinha sido o mesmo médico, me animei para a ideia da cirurgia” (HEMERA, 25 anos).

P: Como foi pra você chegar ao cirurgião?

R: *“Assim, minha amiga tinha feito redução há uns três anos antes, e o peito dela ficou lindo, perfeito, ela tinha os seios enormes e ficou perfeito, e ai ela recebeu indicação de alguém, e ela me indicou, e ai eu cheguei nele, mas não tinha ideia de nada desse mundo de cirurgia [...]” (TÊMIS, 23 anos).*

P: Como você chegou ao cirurgião?

R: “Cheguei através de uma amiga de minha filha. A Clínica era boa, resultados bons” (GAIA, 48 anos).

“[...] o desejo foi ficando mais forte, porque eu tinha que vencer o medo também da cirurgia, então teve tudo isso junto, depois também eu pedi a uma amiga minha pra indicar uma cirurgiã de confiança dela, ela inclusive foi comigo pra me dar força, então eu fui buscando [...]” (ATENAS, 47 anos).

Por outro lado destacou-se também nesta pesquisa a recorrência a outros profissionais médicos como referentes técnicos a balizar a indicação do cirurgião plástico. A autoridade médica na recomendação de outro profissional parece legitimar a escolha pela decisão da cirurgia e garantir algum nível de segurança pela confiança na competência técnica.

“Aí eu fui procurar o médico, falei com a dermatologista, que queria fazer a cirurgia, se ela tinha alguma indicação, ela me indicou cinco médicos, fui em três, e nesse terceiro, eu decidi, e foi nesse médico, decidi fazer a cirurgia, fui com minha mãe, tudo certinho” (ARTÊMIS, 21 anos).

“Perguntei aos meus médicos, a minha ginecologista, ao meu clinico uma recomendação, porque eu tinha medo né. Mas eu nunca fui assim a qualquer um, porque se você olhar no plano de saúde tem vários, mas eu não quis ir e fazer em qualquer um” (HÉSTIA, 44 anos).

P: Me fale dessa busca pelo cirurgião para sua segunda cirurgia plástica. Como foi esse processo?

“O cirurgião foi o mesmo que eu tinha feito dos seios há alguns anos atrás. Mas antes eu procurei outros também, procurei indicações, sempre né porque qualquer cirurgião assim é até perigoso, aí eu acabei fazendo nesse mesmo, que eu já conhecia. E ai ele falou que era caso realmente de fazer cirurgia e que dava pra fazer sim” (TÉTIS, 26 anos).

Para complementar o papel da autoridade médica na indicação da cirurgia e da/o cirurgiã/ao tivemos o caso de duas entrevistadas cujos profissionais médicos eram eles próprios amigos pessoais das entrevistadas, faziam parte de uma rede de referência baseada na confiabilidade conquistada pelo afeto e na pessoalidade dos vínculos.

“A cirurgiã é minha amiga, minha cliente aqui da agência (de turismo/viagens), eu queria fazer busto, mas ela achou melhor eu fazer uma de cada vez. Foi super bacana, ela foi muito cautelosa” (DEMÉTER, 47 anos).

“Conhecia o médico que tinha sido colega de meu pai. Meu pai é médico, é cirurgião geral. Minha relação com o médico foi bem pessoal porque ele já conhecia meu pai e também minha mãe, que também tinha feito Medicina” (HEBE, 23 anos).

Das entrevistadas, somente uma relata ter chegado até uma das suas cirurgiãs plásticas por influência da “badalação” da profissional na mídia, e como resultado desta intensa demanda não houve um esperado acompanhamento.

A médica da barriga ligava pra mim, a cada dois dias ela me ligava. A do seio, só fui para a revisão. Me identifiquei mais com a médica que fez a barriga. A do silicone é muito badalada. Agora com este caso das próteses, liguei para a médica, falei com a secretária, mas ela nunca ligou. Cheguei por causa da mídia. Ela é muito cheia. É difícil pra ter um acompanhamento dia a dia (NIX, 60 anos).

Percebe-se que as trajetórias das entrevistadas na busca do cirurgião plástico foram as mais diversas, entretanto elas nos chamam a atenção para alguns elementos comuns, que gostaríamos de destacar. Um destes aspectos está relacionado ao lugar da busca pelo especialista, aquele/aquela que detém as melhores qualificações técnicas para ofertar um serviço de alto nível que irá atender a demanda esperada das mulheres pesquisadas.

O percurso construído pelas mulheres foi de estabelecer um conjunto de informantes-chaves que lhes permitiram informações sobre: o procedimento cirúrgico, o cirurgião e em sendo outros pacientes, os próprios resultados da cirurgia nos corpos das pessoas operadas. Ter contato com clientes operados possibilitava avaliar o quão competente e confiável seria aquele/aquela cirurgiã no manejo de sua técnica cirúrgica e de atender ao desejo de um corpo a ser transformado.

Mais uma vez era pelo corpo, daqueles já operados, que se podia exhibir, como vitrine, a competência médica do cirurgião, como também de projetar para as mulheres pesquisadas suas expectativas futuras diante dos resultados esperados de suas próprias cirurgias.

Esta rede construída de informantes favorecia o julgamento das oportunidades e qualificações disponíveis no mercado médico e refletia algumas expectativas socialmente esperadas dos indivíduos na sociedade de consumo. Verificamos que, para a quase totalidade das entrevistadas, as suas cirurgias plásticas não decorreram de frustrações amorosas, separações bruscas ou quaisquer outros eventos em suas histórias de vida que as levaram a decidir intempestivamente, ou por um forte cunho emocional, pela cirurgia estética.

Quase todas levaram um considerável período de tempo entre a assunção do desejo de fazer a cirurgia plástica e o momento que fizeram este procedimento, e neste período de tempo exerceram, em geral, um papel mais ativo de reunir um conjunto importante de informações para tomarem a decisão sobre a cirurgia, ao que nos parece para buscar exercer algum tipo de controle sobre os potenciais riscos e para se assegurarem de que estavam contratando os

melhores “peritos”, ou seja, adquirindo o melhor que seus recursos (dinheiro e investimento gasto na busca de informações) poderiam comprar.

Quando temos as falas de Héstitia de que “não queria qualquer um” (cirurgião) ou a de Atena que menciona ter feito a cirurgia com a “Bisturi de Ouro” ou a de Febe que por trabalhar como gerente financeira de uma unidade que financiava cirurgias plásticas teve acesso a uma ampla oportunidade de pesquisa para sua escolha médica:

“[...] passei os últimos anos envolvida em setores de financiamento de cirurgias plásticas, então eu fui conhecendo esse mundo, eu já tinha interesse, mas não tive pressa, eu queria saber tudo e fazer o melhor. Conheci muitos médicos, muitas mulheres, ficava perguntando, como tinha sido, o que tinha dado certo. Aquilo ali foi me incentivando. Meu médico escolhi a dedo”(FEBE, 32 anos).

Referendando as falas de Héstitia e Febe, Nix também afirma sua escolha por uma “médica badalada”, vemos que elas agiram possivelmente baseadas por um modelo social esperado de sujeitos orientados por escolhas reflexivas, e numa lógica de sociedade que valora quem pode ter o melhor daquilo a que o dinheiro pode viabilizar.

De acordo com as concepções de Giddens (1991, 2002) a reflexividade orienta cada sujeito na modernidade a escolher e decidir por uma infinidade de práticas de sua vida cotidiana, a possibilidade de escolher entre muitos estilos de vida, num balanço entre as influências globais e as disposições pessoais, que conclamam incessantemente o sujeito para tomar como sua responsabilidade individual estas possibilidades da escolha.

Este movimento constante de reflexividade sustenta os pilares do ethos daquilo a que Bauman (2008) irá se referir como a sociedade líquida moderna, uma sociedade de consumo e consumidores que se assenta na lógica da responsabilidade e no trabalho individual de auto fabricação.

Aqui se espera que cada sujeito esteja no comando e faça suas escolhas, inclusive como opção de compra. Para este grupo de mulheres a preocupação com o valor financeiro da cirurgia estética foi pouco mencionado, quase invisibilizado, esta não foi uma dimensão significativa a balizar a decisão pela cirurgia ou pelo perfil do cirurgião plástico para a grande maioria das entrevistadas, o que reafirma uma perspectiva de agência por parte das mulheres e do exercício de certo controle sobre si e suas escolhas (BOULTON AND MALACRIDA, 2012)

As mulheres da pesquisa, em sua maioria, assumiram este papel, tomaram a frente na escolha de seus cirurgiões e na captura de informações sobre o procedimento, e nas expectativas de resultados futuros, embora com mais ênfase sobre o tipo e extensão da cirurgia, e menos ênfase sobre os riscos nela implicados, discussão que faremos mais adiante.

8.1 Cirurgia Plástica Estética: arranjos negociados e compartilhados para um novo projeto de corpo

Um aspecto crucial encontrado nesta pesquisa foi à compreensão da cirurgia plástica estética como uma produção de identidade corporificada a partir de arranjos negociados e compartilhados entre as mulheres e seus cirurgiões plásticos, a qual nos permitiu ver que a construção de um novo corpo, e de uma nova identidade de si é uma arena aberta para múltiplos posicionamentos e negociações entre as demandantes das cirurgias e seus cirurgiões plásticos.

“Fui bem orientada, o médico deixou tudo bem claro, e porque minha mãe é uma pessoa que pergunta muito. A quantidade foi ele que escolheu de certa forma, porque lá a gente viu que tinha vários tamanhos, eu vi que tinha uns medianos, porque não queria nada muito grande, e aí botei 280 ml e 230 ml porque eu tinha um peito maior que o outro. Antes da cirurgia eu falei pro médico que no peito menor eu queria botar 300 ml, mas ele não colocou e disse que não cabia” (ARTÉMIS, 21 anos).

“Cheguei no Dr. X com 72 kg, não tinha emagrecido muito. Ele me disse que meu IMC tinha que estar no normal. Voltei para consulta de manutenção do endócrino, fiz algumas restrições para chegar ao peso de 68 kg. Fiz a cirurgia com 65 kg... Ele fez uma anamnese do que eu queria tirar. Ele disse que lipo não é uma cirurgia de retirar. Explicou que em mulheres de pele branca o colágeno é menor, ele frisou muito a questão da drenagem. De acertar o que eu queria tirar ou não” (HEBE, 23 anos).

“Tive quatro consultas com o médico. Ele media meu seio. O tamanho nem eu nem ele ia estabelecer, é um tamanho mais ou menos definido, mas pode haver variação. Eu falei pode colocar o máximo, mas ele é muito profissional e disse que iria colocar o que fosse possível fazer. Queria 280 ml pra ficar um peitão enorme. Ele colocou 255 ml pelo espaço que tinha” (HEMERA, 25 anos).

Nas falas acima apresentadas vemos três histórias nas quais se percebe uma construção da cirurgia plástica como um processo de negociação entre dois agentes – as mulheres e seus/suas cirurgiãs – que resulta num corpo modificado, o qual não pode ser considerado como um projeto corporal exclusivo da paciente, tampouco do profissional médico e sim como uma construção interativa e relacional que expressa relações da microfísica de poder que se estabelecem nas relações médico-paciente, no que tange a este tipo de especialidade médica.

Cirurgia plástica estética ainda que tenha ganhado popularidade e relativa adesão em diferentes segmentos sociais no Brasil, ainda se caracteriza como uma prática médica de maior utilização por camadas sociais com maior poder aquisitivo. Como mulheres com alto nível sócio econômico, elas buscaram realizar suas cirurgias plásticas estéticas com cirurgiões de mais alta capacidade técnica e expertise, o que reafirma o poder que detém do ponto de vista econômico, de sua capacidade de consumir um produto caro – a cirurgia plástica – não por necessidade e sim por desejos pessoais diversos.

Á este poder do capital econômico e do capital social de meu grupo de pesquisadas se articula o poder médico, num arranjo que resulta em especificidades que caracterizam o campo das cirurgias plásticas estéticas, das quais gostaria de destacar duas: o diagnóstico e o corpo transformado como uma produção narrativa negociada entre cirurgião e paciente (GIMLIN, 2010, EDMONDS, 2010, MCNAY, 2002).

“Disse ao cirurgião: ‘Quero que você diminua meu estômago o máximo que puder’. Ele disse que iria fazer o possível por conta da minha estrutura, e também disse a ele que queria fazer lipoescultura, e ele disse que precisava perder 6kgs. Mas eu não tinha tempo de perder 6kgs e ele tirou pouco nas minhas costas” (GAIA, 48 anos).

Assim como Gaia quase todas as entrevistadas chegaram aos consultórios de seus/suas cirurgiões/ãs com clareza sobre o que queriam fazer com suas cirurgias plásticas, a partir de um diagnóstico pessoal bem preciso sobre suas aparências, sobre as partes do corpo que queriam alterar, com base em demandas de insatisfação ou desejo de criar uma nova imagem.

Elas submeteram seu “diagnóstico preliminar” à apreciação e ao julgamento dos profissionais médicos, os quais nos depoimentos já apresentados foram acatados em termos de sua racionalidade – o desejo da cirurgia estética - porém com incorporação da posição do cirurgião/ã, expresso, por exemplo, na apresentação de necessidades prévias à cirurgia (redução do IMC - Índice de Massa Corporal - de Hebe) mudança da proposta do tipo de cirurgia (de lipoaspiração para abdominoplastia em Nix), a escolha final do tamanho da prótese mamária (como em Héstitia e Artémis) com base na perícia e conhecimento técnico do cirurgião.

Edmonds (2010) discute esta dimensão ao chamar atenção que esta relação não se estabelece pela coerção das mulheres, e sim pela capacidade de que no encontro médico – paciente se tenha em conta as dimensões objetivas do corpo material, aquele da queixa objetificada no “seio

pequeno”, no seio “grande demais”, na “barriga flácida”, na “gordura das ancas e da cintura”, como também a dimensão da identidade do Eu corporificada que se quer deixar para trás e qual a nova identidade projetada, a qual requer a presença e a competência técnica do cirurgião plástico para dar sua modelagem.

O cirurgião de algum modo precisa entender os “desejos” da paciente de qual Eu se quer descartar e ajudar a que este novo recomeço seja breve e o melhor possível.

“[...] fui para três médicos que me disseram que eu precisava emagrecer primeiro e foi horrível e eu chorava, chorava. No médico que fiz mesmo a cirurgia, ele disse que eu precisava fazer a cirurgia e não disse que eu precisava emagrecer. Fiz a cirurgia um mês depois desta consulta” (PERSÉFONE, 28 anos).

O corpo a ser transformado pela cirurgia plástica estética passava assim a expressar uma construção de identidade corporificada que comportava elementos de outras narrativas (MCNAY, 2002). Para esta autora, a identidade do Eu de cada pessoa envolve dimensões das experiências vividas individualmente, assim como a inter-relação com outras narrativas de outros sujeitos. Para a produção da cirurgia plástica, as pacientes e seus cirurgiões, como um coautor, definem o tipo, o alcance e os limites do novo projeto de corpo e de identidade (GIMLIN, 2010).

O novo corpo modificado pela cirurgia plástica, através de mecanismos negociados entre cirurgiões e mulheres, seja para restabelecer autoestima, seja para promover mais atratividade ou melhorar a posição da mulher em jogar o jogo de gênero mais tradicional, abre perspectivas mais sutis de exercício de poder da Medicina sobre os corpos femininos, como vimos não mais pela coerção, mas pela capacidade de dar forma e finalização técnica ao discurso feminino da beleza estética, o que amplia a possibilidade de que as mulheres façam adesão ao posicionamento de seus cirurgiões, com relativa negação de suas demandas iniciais.

“A relação com o profissional, Dr. X, foi muito esclarecedora. Eu queria deixar meus seios muito pequenos, mas ele disse que se eu quisesse deixar muito pequeno teria que procurar outro médico, ele tinha razão. Ele me tranquilizou bastante, não tive nada depois da cirurgia” (IRENE, 24 anos).

“Eu tinha vontade de fazer a plástica na barriga, lia muito, entrava na internet. Eu fui pra fazer uma lipo. A médica disse que o resultado de lipo não seria bom para o que eu queria. Me empolguei. A médica me deu tranquilidade, via que já tinha feito”(NIX, 60 anos).

“Na época eu ia colocar silicone, mas naquela época tinha um problema que a cirurgia não era atrás do músculo, tanto que no dia eu desisti, fiz só a suspensão mesmo, mas tudo indicado pelos meus médicos” (HÉSTIA, 44 anos).

Por outro lado, esta arena negociada também reflete o poder do consumidor individual que, ao pagar por uma cirurgia que não tem por origem uma doença e sim está baseada na lógica da racionalidade estética, retira parte do poder do profissional médico, o qual deve levar em consideração em suas relações com as pacientes à perspectiva de “tem poder quem paga”.

Esta colocação da cirurgia estética como indústria de consumo pode suscitar tensionamentos e disputas na relação médico-paciente de quem mais deve ter poder de definir qual a modelagem de corpo que se estará produzindo.

A fala de Atena nos pareceu bem ilustrativa desta perspectiva. Como profissional com formação na área social e inserção na área da saúde pública, e com uma consciência mais explícita dos riscos implicados neste procedimento médico, esta entrevistada assume em suas atitudes uma disputa narrativa com a cirurgiã de demarcar de qual corpo se queria modelar: de um corpo para a saúde ou um corpo para a estética.

“Eu fiz a reconstrução da mama... e fiz a plástica de abdômen, a abdominoplastia, mas ela queria fazer também lipoescultura, mas nem eu nem ele (marido) também fizemos essa opção porque eu tinha muito medo [...] ela (a cirurgiã) foi atenciosa, respeitou meu tempo, mas obviamente que você termina virando mais um caso pra entrar em Congressos, daquilo que era antes e daquilo que se tornou depois, e eu sinceramente não tava preocupada com isso, eu queria ter saúde primeiro, e claro, algo que ficasse mais ou menos arrumado, mas igual ao que era antes eu tinha certeza que não iria ficar. Então, eu inclusive, fui eu que removi essa ideia dela (de tentar fazer a lipo), porque no dia no centro cirúrgico, foi totalmente medição, medição, medição, e eu não pude ir medicada pra exatamente estar consciente do que tava acontecendo, porque ela não gosta de levar a paciente medicada porque ela quer medir e tal. Eu cheguei e disse pra ela que ela não precisava se esforçar tanto, porque eu não queria sair de lá nenhuma modelo, eu queria sair uma pessoa com um corpo mais ou menos bom, não queria que me colocasse em risco... a cirurgia demorou bastante, tive realmente efeito colateral e alergia que ate então nunca tinha tido, tive que ficar no CTI, com uma preocupação muito grande, permaneci mais tempo no hospital exatamente pra cuidar da alergia do que da cirurgia em si. O cuidado com o cirúrgico dela realmente foi lamentável, eu tive que contratar um outro profissional porque a partir dai ela disse que não era mais com ela e isso é uma visão ainda muito fragmentada da medicina, de ver você como partes isoladas, como uma máquina, como peças, que você conserta uma coisa e joga fora a outra parte, e não vê o todo. Ela praticamente não me acompanhou mais” (ATENA, 47 anos).

8.2 “Se eu morresse ia morrer feliz ia saber que eu tô bonita”: percepção de riscos ou quando morte e beleza podem caminhar juntas

Na fala de Héstia, 44 anos, acima apresentada, vemos de forma hiperbolizada certa concepção circulante entre boa parte das entrevistadas de que a cirurgia plástica estética valeria tanto que se poderia pagar seu “preço” com a própria vida. A felicidade estaria num corpo mais bonito, um corpo transformado pela modelagem da cirurgia plástica, mesmo que este corpo esteja inerte pela morte.

“Era um sonho, um desejo de consertar meu corpo”. Eu dizia assim para o médico: “Quer que eu assine alguma coisa eu assino, porque se eu morrer eu morro feliz” (TÁLASSA, 36 anos).

“Eu prefiro morrer na sala de cirurgia a não tentar” (GAIA, 48 anos).

A referência à morte aparece repetidas vezes nas entrevistas ora como negação ora como medo, o que parece refletir a dimensão dicotômica da cirurgia plástica estética e como é percebida pelos seus sujeitos de uso: cirurgia plástica estética é um procedimento de beleza ou uma intervenção médica cirúrgica?

Esta dimensão dúbia das cirurgias plásticas estéticas, construída pelo campo médico e apropriada pela indústria da beleza fornece os elementos a serem acionados pelas mulheres na gestão de seus riscos frente à cirurgia escolhida.

Na nossa pesquisa entendemos que as mulheres implicadas navegam na gestão de seus riscos utilizando perspectivas contraditórias, porém complementares como: certo senso de banalização e minimização dos riscos, a busca de algum tipo de controle sobre o procedimento (escolha dos melhores profissionais médicos, consulta a diferentes profissionais, uso das referências de outras mulheres operadas, busca de informações) e a expectativa projetada de gratificações com a nova construção identitária corporificada.

P: Você tinha algum receio de fazer a cirurgia?

R: “Não, porque a barriga era tão feia que minha vontade de fazer era maior do que qualquer tipo de medo” (TÉTIS, 26 anos).

P: E sobre orientação sobre riscos? Como foi este processo em suas cirurgias?

R: “Sobre riscos não. Não fui orientada não. Assim, que na hora da cirurgia a gente sente um pouco só de medo quando a gente vai e tal, mas assim, foi bem tranquilo. Eu cheguei na Clínica, foi rápido, não foi uma coisa demorada, e a maior parte da cirurgia eu tava acordada, assim, foi tranquilo” (TÉTIS, 26 anos).

P: Você teve algum receio?

R: “Meu pai sempre foi muito receoso com todo tipo de cirurgia. Achei que por ser a filha dele ficaria desesperado, não me apoiaria. Emagreci estes kg todos, foram 18 kgs e o formato não modificava. Minhas ancas acumulavam gordura, muito protuberante

nas costas. Tinha cintura fina, mas quando fui emagrecendo não podia usar nada mais justo. Era isto que eu queria tirar, fazer o desenho da ampulheta. Tirei o monte de Vênus também, as gordurinhas debaixo do braço e afinei a silhueta. Parece muito, mas ele não chegou a tirar 02 litros. Mas fiquei muito tranquila, não tive receio nenhum. Nunca tinha passado por este procedimento, meu pai assistiu dentro da sala e isto me deixou muito confortável!” (HEBE, 23 anos).

“Algumas pessoas já tinham me orientado. Não tinha um pingão de medo, estava muito decidida. A cirurgia foi tranquila. Ele, o meu ex-marido me acompanhou. Me internei na clínica X, eu sabia que ia sair no mesmo dia” (AFRODITE, 46 anos).

P: E a cirurgia? Você teve algum receio?

“Não, eu tava muito animada. Minha mãe que tava assim, muito nervosa, preocupada, porque a nossa família é muito unida... então tava todo mundo preocupado. Mas eu não. Estava tranquila, mas eu tinha medo de agulha, então tava com medo de sentir a dor da agulha, mas não tava preocupada com a anestesia nem nada... na hora da cirurgia eles dão aquele gás pra tranquilizar, mas na hora da agulhada com a peridural eu acordei, e eles até acharam estranho como eu tava acordada, mas eu acordei justamente por causa do medo, e eu ficava perguntando tudo, eles tiveram que dar uma reforçada no gás pra me deixar quieta e aí não lembro mais de nada” (ARTÊMIS, 21 anos).

P: E sobre as orientações médicas no pré-operatório? Teve informações sobre riscos, efeitos e o pós-operatório?

“Fui sim orientada. O médico deixou tudo bem claro, e porque minha mãe é uma pessoa que pergunta muito. Comigo não aconteceu nada, mas ele disse: **“se algo acontecer nós podemos lidar com isso, mas eu posso garantir que não vai acontecer nada porque é uma cirurgia simples”**. Eu já fiz amígdala, que dizem que é uma das mais perigosas, e eu estudei muito antes, porque eu não queria cicatriz no seio, e eu fiz pela axila, porque não queria nenhuma marca nos meus seios, queria tirar problema, quero ele perfeito” (ARTÊMIS, 21 anos).

“Na época eu fiz vários exames né, coagulação, ultrassom, vários, entreguei a ela, fiz as fotos, tem que tomar vitamina C, ferro, caso eu venha a perder sangue, mas o preparo foi esse, e comprar sutiã pós-cirúrgico, e ela explica como deve deitar, como deve levantar o braço, ela orienta bem direitinho” (HÉSTIA, 44 anos).

P: E sobre os riscos?

“Tive receio na época, do silicone, mas da cirurgia em si não, tive filho também então já tinha ideia, eu tinha um pouquinho de medo da anestesia né, porque não sabia se tinha alguma alergia. Mas ocorreu tudo bem, se eu morresse ia morrer feliz ia saber que eu to bonita” (HÉSTIA, 44 anos).

Nos depoimentos acima vemos como para este grupo de mulheres a cirurgia plástica em sua dimensão mais estética e dos ganhos futuros a serem alcançados subsumia a noção de risco. Há uma ênfase nas narrativas da experiência da cirurgia plástica das entrevistadas na discricção da consulta médica como um espaço mais direcionado a negociação do que modificar, das partes do corpo a serem cortadas, modeladas ou ampliadas e menos na elucidação de potenciais riscos.

Percebe-se pela maioria das entrevistadas, que mesmo aquelas com algum tipo de medo ou receio, não há uma preocupação enfática com as dimensões de possíveis erros, gestão de problemas ou intercorrências durante o processo cirúrgico, numa atitude que reforça a relativização e certa banalização da cirurgia plástica estética.

“Na hora em que eu paguei a anestesista, foi que a ficha caiu, chorei, chorei, entrei no quarto e parei de chorar, e entreguei minha vida a Deus” (GAIA, 48 anos).

“Eu tenho medo de cirurgia, para mim cirurgia é a pior coisa do mundo. Quando os exames ficaram prontos fiquei tão arrasada, chorei tanto, entrei na sala de cirurgia chorando, me assustei, não queria as cicatrizes, mas a médica me explicou tudo, falou dos riscos da queiloide e quando ficaria bom” (PERSEFONE, 28 anos).

“Eu tinha um pouco de medo, minha mãe ficava falando da anestesia, mas ele me falou que minha mama era muito pequena, ele ia me dar anestesia apenas local, e aí eu fui resolver tudo, fiz exames em dois dias, providenciei a foto, me mobilizei mesmo, o espaço de tempo entre a decisão de fazer e a cirurgia foi muito pequeno, questão de um mês, porque eu queria fazer logo” (TÊMIS, 23 anos).

Nestes diferentes relatos vimos reafirmar algumas perspectivas para entender a relação das entrevistadas com a natureza contraditória da cirurgia estética, ora operando pela racionalidade médica, ora operando pela racionalidade estética. Mesmo num contexto de minimização dos riscos o receio de algum elemento envolvido no processo cirúrgico estava presente, como o da anestesia em Héstia ou ainda em Nix: “não tinha medo em si da cirurgia. Tinha medo da anestesia. Até hoje, fazer uma cirurgia fico com medo da anestesia e dos efeitos colaterais”.

Medo da agulhada, da anestesia, receio do queiloide, medo de portar uma cicatriz indesejável confrontava as entrevistadas com a realidade de um corpo e da vida que segue sendo vulnerável ao indeterminado e aos riscos subjacentes a qualquer ação humana.

Porém a banalização dos riscos, o acesso a algum tipo de informação de risco prévio à cirurgia, o enfoque mínimo nas consequências das cirurgias e a interpelação as recompensas esperadas foram fatores que concorreram, isolados ou simultâneos, para que as mulheres considerassem que os riscos da cirurgia estética valeria a pena ser enfrentados (BOULTON AND MALACRIDA, 2012; SANCHEZ TAYLOR, 2012; GIMLIN, 2010), expressa na fala de Hemera (25 anos): “eu tive medo de morrer. Até anotei minhas senhas. Ficava com medo da anestesia, de não dar certo alguma coisa, ficava um pouco receosa, embora nada faria eu mudar de ideia”.

E mesmo quando algo do procedimento cirúrgico cria uma situação iminente de risco à saúde ou a vida, como na fala abaixo de Têmis (23 anos), a responsabilidade é tomada para si como uma medida de seu descuido pessoal, o que nos parece reforçar a ideia de como a racionalidade estética joga um papel importante nas cirurgias estéticas por parte das mulheres.

A racionalidade médica pressupõe um domínio de técnicas e processos que estão fora do controle das mulheres, enquanto pacientes, ao contrário da racionalidade estética, na qual as mulheres, potencialmente detêm parcelas mais equivalentes de poder com os seus cirurgiões, e podem disputar decisões e, portanto também suas consequências (in) desejáveis.

P: E quanto às informações sobre riscos?

R: “Fui informada, mas eu cometi um erro, porque esse termo de consentimento pra assinar ele não me deu antes, ele me deu depois, mas eu também não tava nem aí, talvez se eu já tivesse formada não teria feito isso. Mas ele me explicou tudo, explicou a minha mãe, ate porque lá é uma Clínica do tipo Day, não tem UTI, mas tem uma ambulância que pode levar ao Hospital se precisar. Eu tive até uma complicaçãozinha depois, minha pressão baixou, mas não precisou acionar a ambulância. Era pra eu voltar pra casa no mesmo dia, mas por conta disso eu passei a noite lá e no outro dia de manhã voltei pra casa” (TÊMIS, 23 anos).

Esta perspectiva de “estar no comando” poderia estar contribuindo para que, de algum modo, algumas das entrevistadas tomassem para si a responsabilidade por alguma falha ocorrida na cirurgia ou com uma atitude de minimizar a responsabilidade médica por estas possíveis falhas.

“Assim, a cirurgia ficou boa, só a cicatriz que ficou grande, porque eu tenho também tendência a queloides, mas assim, melhor do que tava com certeza, eu gostei do resultado. Agora assim, já passou um tempo e tal, mas inicialmente o resultado ficou ótimo, só a cicatriz que ficou grande, e assim, teve uma parte da lipo que eu teria que refazer, mas eu acabei nem refazendo, acabei deixando pra lá, uma parte ficou mais alta do que a outra, mas aí só eu mesma percebo, quase ninguém percebe” (TÉTIS, 26 anos).

“Sabia que ia tirar, mas não sabia como ficaria o corte. Não sabia que seria essa proporção de canto a canto. Eles vão avaliar a cicatriz. Tenho amigas que o marido deixou de procurar porque acha feia a cicatriz. Eu não tenho este problema porque o corte é o mínimo, o resultado pra mim foi um bem maior, acho um mínimo” (GAIA, 48 anos).

O desejo de realizar a cirurgia plástica estética, os benefícios esperados e uma atitude compartilhada entre pacientes e cirurgiões de secundarizar o aspecto da cirurgia enquanto procedimento que envolve riscos conforma aquilo a que Giddens (2002) discute sobre decisões na sociedade de risco, característica das sociedades contemporâneas.

Para este autor, a vida na sociedade de risco implica em calcular as decisões, entre aspectos positivos e negativos das ações, a que somos continuamente convocados no qual é necessário aceitar o risco como risco, diante de surpresas e acontecimentos que nem sempre podem ser controlados.

Riscos sempre fizeram parte da experiência humana em todos os tempos históricos da humanidade, mas na atualidade cada indivíduo é conclamado a avaliar riscos e este passa a ser

caracterizado também desde uma dimensão pessoal. Avaliar riscos é tomar decisões pessoais, com base na autonomia e liberdade individual, o que atribui a cada pessoa a responsabilidade pelas consequências geradas seja estas positivas ou negativas.

Além disto, as decisões sobre riscos ocorrem com base em análises ou cálculos de riscos onde diferentes elementos concorrem para dar suporte e algum domínio às decisões a serem tomadas, entre os quais se destaca a confiança, o foco no conhecimento especializado e uma maior dedicação de tempo e esforço na busca de informações em múltiplas fontes que ajudam a avaliar possibilidades (GIDDENS, 2002, BORRAZ, 2014; BAIMA, 2007; BECK, 2000; AREOSA, 2008; BOULTON AND MALACRIDA, 2012).

Todos estes elementos, com diferenças pessoais, foram parte do repertório posto em curso pelas mulheres entrevistadas para lidarem com os receios e os riscos envolvidos na cirurgia.

Elas apostavam na cirurgia como uma técnica segura e capaz de lhes proporcionar mudanças corporais significativas, foi em busca dos cirurgiões com as mais renomadas qualificações, inclusive utilizando o critério da avaliação pela experiência da cirurgia de outros, o que nos fornece indicativos de que a relação com o risco para este grupo de entrevistadas também se deu numa relação ambígua, entre a minimização do risco e o acionamento a um conjunto de elementos que as permitiram vivenciarem a cirurgia com alguma noção de segurança de que sairiam vivas ou sem sequelas significativas.

A relação com o pós-operatório e com as possíveis consequências não esperadas da cirurgia guardam posicionamento similar com as atitudes relacionadas ao gerenciamento do risco no pré-operatório. Há um conjunto de depoimentos que retrata o processo de recuperação cirúrgica como o mais trivial possível, sem maiores interferências ou incômodos em sua vida cotidiana, o que concorre para reforçar uma noção de que cirurgias plásticas são mais um procedimento estético do que cirúrgico.

P: Como foi seu pós-operatório?

R: “Foram dias os mais tranquilos possíveis. Foi ótimo. A cirurgia foi pela manhã, no final da tarde tive alta. Não me senti mal. Precisei ajuda somente para o primeiro banho, tive dificuldade de me dobrar e do primeiro xixi. Precisava de ajuda para fechar a cinta. Não tive nenhum acidente de percurso, como queda de pressão. Não fiquei afastada de minha dança. Com 20 dias fiz minha aula de dança com cinta” (HEBE, 23 anos).

“No dia 09 de novembro fiz minha cirurgia, foi a melhor experiência de minha vida. Cheguei às 07 horas da manhã, internei as 09 h e começou a cirurgia. As 11 e pouco já tinha saído da sala. Meu pós foi super tranquilo, não senti dor nenhuma.”

P: E sobre cicatrizes?

R: “Pequeninha e fina. Não dá pra ver, tá da cor da minha pele e sem dor nenhuma” (HEMERA, 25 anos).

“Meu pós-operatório foi legal, não senti muita dor, não senti muito inchaço, com oito dias tirei os pontos, a cicatriz até hoje tá bem clarinha, imperceptível, foi ótimo, adorei” (HÉSTIA, 44 anos).

Por outro lado, há outros depoimentos que seguem uma tendência ambígua de considerar seus pós-operatórios como tranquilos, ao mesmo tempo em que se minimizam os incômodos e problemas enfrentados em razão das expectativas esperadas e dos resultados alcançados.

Minimizam-se os problemas enfrentados pela perspectiva de que qualquer incômodo vale a pena para se ter o corpo desejado. De alguma forma, além do valor financeiro, a dor ou a cicatriz indesejada também são preços que entram na conta do processo da cirurgia, para os quais tem sentido “pagar” desde que o novo corpo atenda ao desejado.

“Fiz a cirurgia na sexta e dormi em casa. No sábado foi que me assustei porque vi sangue escorrendo na minha barriga. Mas era normal. Dor não senti não, somente um incômodo... o médico disse que a cicatriz era uma coisa passageira. Ele disse que minha cicatriz estava muito boa...gostei bastante do resultado de minha cirurgia. Não tenho nenhuma queixa. Cicatriz ficou muito boa, também tive muitos cuidados. Não tomei sol, muito cuidado mesmo. Fui tomar banho de piscina com oito meses” (IRENE, 24 anos).

“Na primeira cirurgia não senti nada, meu único desconforto foi para a posição de dormir e também porque coloquei sonda. A lipo ela dói muito, depois fica melhor, dói para fazer a massagem. Eu aguento a dor, vim aqui para isso, para realizar um sonho” (TÁLASSA, 36 anos).

“Foi tranquilo o pós-operatório. Os primeiros 15 dias que eu dependia de todo mundo. Os três primeiros dias foram os piores: dreno, medo de infeccionar. Tirei os pontos uma semana depois e foi quando eu me vi, me olhei no espelho e entrei em pânico: tava pequeno demais, não queria aquelas cicatrizes, fiquei em pânico, mas a assistente do medico foi ótima comigo” (PERSÉFONE, 28 anos).

P: E o pós-operatório?

R: “Foi difícil, porque sempre dormi de barriga pra baixo, e agora eu teria que dormir de barriga pra cima estática durante um mês, sem me mexer. Banho eu tinha que depender de minha mãe ou minha irmã pra poder tomar banho, e olhe lá porque aqui ainda tava com atadura, então não podia molhar, tinha que tomar aquele banho de gato, pra lavar o cabelo tinha alguém com paciência pra me dar banho, porque qualquer batidinha doía muito, e eu ficava tonta porque a gente perde o equilíbrio, eu ia cair minha mãe me segurava pelo braço. Pra levantar da cama alguém tinha que me levantar, eu chorava muito, senti muita dor, pra fazer xixi tinham que me levar, tinha que fazer tudo acompanhada, passei 1 mês deitada na cama, acabei ficando só, minha mãe ficava na sala, minha irmã não tinha paciência, foi um pouco triste, mas depois que passou, foi maravilhoso, tudo se esquece, faria tudo de novo” (ARTÉMIS, 21 anos).

“Ninguém tinha me dito o que ia acontecer. No outro dia doía, ardia. Eu comecei a imaginar que estava com rejeição. Eu chorava de dor. Tomei um Tylex, ele, o médico, dizia que não tinha que doer. Perturbei pouco meu médico. Depois de três a quatro dias passou. Quando tirei a bandagem eu odiei: tava duro, parecia a mama de um manequim. O médico dizia que era o edema, que eu confiasse, ia passar. Depois veio outro problema, nenhuma roupa cabia e eu não estava gostando. Só fiquei feliz e satisfeita depois de seis meses. Hoje adoro, acho que foi meu melhor presente” (AFRODITE, 46 anos).

8.3 Quando a cicatriz é visível e a cor invisível

Nesta pesquisa encontramos alguns relatos que fazem menção clara a problemas com a cicatrização de suas cirurgias. Na minha pesquisa além dos depoimentos acima que falam de um ou outro problema mais localizado de cicatrizes, temos três mulheres que enfrentaram problemas com quelóide em seus processos de cicatrização.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (SBCD), quelóide pode ser caracterizado como uma seqüela indesejada, uma cicatriz imperfeita que surge devido a uma resposta de cicatrização intensa do organismo em situações cirúrgicas, ou inflamação ou recuperação de queimaduras. Aparece, em termos de sua apresentação clínica, como um inchaço endurecido, róseo, com coceira, por vezes dolorosa, e localizado na região onde foi realizada a incisão cirúrgica ou não. Pode ocorrer em qualquer lugar do corpo. Negros e mestiços, devido a uma predisposição genética, possuem uma tendência maior para apresentarem quelóide.

“Assim, a cirurgia ficou boa, só a cicatriz que ficou grande, porque eu tenho também tendência a quelóide, mas assim, melhor do que tava com certeza, eu gostei do resultado. Agora assim, já passou um tempo e tal, só a cicatriz que ficou grande, e assim, teve uma parte da lipo que eu tive que refazer, mas eu acabei nem refazendo, acabei deixando pra lá, uma parte ficou mais alta do que a outra”.

P: E porque que você não voltou pra refazer?

R: “Na verdade eu fui deixando pra lá, fui deixando pra lá e acabei não voltando. Não me incomodava tanto aí que eu acabei deixando” (TÉTIS, 26 anos).

“Nesta cirurgia agora deu quelóide, estou fazendo infiltração, mais dói demais. Mas minha dermatologista disse que vai ficar bem. Do jeito que estava agora tá ótimo. Infelizmente tem que ter o corte. Perguntei ao marido se isso incomodava a ele e ele disse que não. Estou cuidando e tratando pra não ter problema com o corte. Ele só aparece com o uso do biquíni. Mesmo com esse corte faria tudo de novo” (GAIA, 48 anos).

Embora somente três das entrevistadas tenham verbalizado problemas mais significativos com a cicatrização nomeando a problemática pelo aparecimento do quelóide, estes depoimentos nos

remeteram a pensar na questão da raça/cor no âmbito desta pesquisa e como esta dimensão esteve invisibilizada nas narrativas das mulheres, os que nos coloca desafios para discutir as relações entre os projetos corporais e as cirurgias plásticas das entrevistadas e os marcadores de raça/cor.

Um primeiro aspecto importante para compreender este “apagamento” da dimensão da raça/cor nas entrevistadas estaria na própria composição do perfil racial das mulheres entrevistadas nesta pesquisa. Não se constituiu objeto de levantamento desta pesquisa a identificação auto referida das mulheres sobre sua raça/cor. Tampouco esta dimensão compôs o rol de aspectos da entrevista semiestruturada.

Entretanto, de acordo com uma taxinomia de cor desta pesquisadora, lançando mão de critérios fenotípicos e da aparência das entrevistadas, das quinze mulheres entrevistadas se poderia classificar dez delas como brancas e cinco como pardas, que já indica uma presença mais predominante de mulheres brancas na pesquisa para as quais a problematização da raça/cor comumente não se presentifica.

Das entrevistadas com relato de problemas de quelóide todas as três estariam na classificação da entrevistadora como pardas, e mesmo elas não estabelecem explicitamente nenhuma correlação entre o aparecimento do quelóide e suas possíveis origens afrodescendentes. Vale salientar que mesmo o quelóide não sendo um problema de cicatrização exclusivo de pessoas negras, há uma forte incidência deste problema junto a esta população, o que nos ajuda a fazer um paralelo desta problemática com a discussão das questões raciais e as vinculações com estética corporal e ideias de beleza corporal, que formam o substrato das cirurgias plásticas estéticas.

“Fui informada sobre o que poderia acontecer, até em relação à cicatrização, porque tinha indícios que eu não tinha uma cicatrização tão boa né, apesar de não ter feito nenhuma cirurgia antes, mas pelo corte dava pra ver, eu tinha medo de ter quelóide, eu ficava pressionando o médico. Meu pós foi sofrido, mas ele falou que eu podia sentir ou não dor, ele me passou remédios, os curativos, a plaquinha de silicone, pomadas, mas ele me orientou. Passado três meses ele disse que minha cicatrização tava boa, mas no final disso, ele falou que tava com tendência de ter quelóide. Comecei a fazer tratamento de infiltração, e fiz as infiltrações no peito, é bem doloroso, mas não me arrependo, porque sei que é um processo da minha pele, tanto é que quando terminei ele passou uns remédios, e hoje minha cicatrização demorou. Ela demorou, mas não culpo o médico, porque é da minha pele” (TÉTIS, 26 anos).

Na fala de Tétis (parda, magra, cabelos médios alisados, olhos escuros) há referência à possibilidade de não ter uma boa cicatrização, hipótese já presente antes mesmo da cirurgia.

Após a cirurgia, a demora na cicatrização é assumida pela entrevistada como um problema de sua pele. Possivelmente quando a entrevistada relata que tinha informações prévias acerca de futuros problemas com cicatrização podemos pensar que este aspecto da associação de sua cor de pele e origem afrodescendente com o potencial de vir a apresentar quelóide tenha sido objeto de orientações médica no pré-operatório.

Edmonds (2010) argumenta, entretanto, que a dimensão racial e a possibilidade de quelóide na cicatrização das pacientes não é um aspecto fortemente considerado pelos cirurgiões brasileiros, que muitas vezes negligenciam a abordagem da dimensão racial da paciente e o potencial custo-benefício da cirurgia versus cicatrização, em vista de majoritariamente levarem em consideração na categorização racial de suas pacientes as características fenotípicas (cor da pele, cabelo e traços faciais).

As cinco mulheres entrevistadas, as quais esta pesquisadora considera como pardas, atendem a uma classificação de cor de amplo senso popular – as morenas miscigenadas. Para este conjunto de mulheres a cor da pele seria considerada “morena” na taxinomia do senso comum popular (com variações de tons entre elas), seus traços faciais são bastante heterogêneos, porém com traços mais finos do nariz e lábios e, cabelos, majoritariamente alisados por processos químicos.

Suas características físicas sejam as de natureza fenotípica ou conquistadas através de investimentos estéticos não cirúrgicos reforçam o ideal de mestiçagem/morenidade da população brasileira, com reforço a uma apresentação de características mais voltadas ao vértice branco e diluição de marcadores mais negros do modelo de miscigenação. Mestiçagem explícita, desde o senso comum, a construção de um projeto de nação brasileira calcada na perspectiva positivada e ideológica da mistura entre as raças como o ideal de identidade nacional (PINHO, 2004; EDMONDS, 2010; FARIAS, 2002; FRY, 2002).

O ideal de mestiçagem da população brasileira remete aos anos 30 do século XX quando começa a ganhar corpo um processo de construção ideológica da mestiçagem como parte do projeto de nação, porém menos por uma valorização da cor negra, e sim como uma estratégia de branqueamento populacional e consequente apagamento da cor negra, exatamente pela mistura entre as duas raças.

A mestiçagem permitiria, dentro desta lógica, a assunção de cada vez mais brasileiros com tipos físicos com características fenotípicas brancas e sistemática diluição dos marcadores raciais de origem africana na população (PINHO, 2004; FARIAS, 2002; CRUZ E FIGUEIREDO, 2015).

Edmonds (2010) e Pinho (2004) tomam para debate a questão da miscigenação racial em Gilberto Freyre, no qual este elabora a defesa da miscigenação como o alicerce de formação da identidade nacional - construída a partir das relações antagônicas de hierarquia e aproximação/acomodação produzidas entre brancos e negros na sociedade escravocrata – ao tempo que também responde pelo projeto de modernização do país.

Seria o mulato, mulheres e homens, os que representam a transição de um país rural, colonial e escravocrata para uma sociedade urbana, industrial e no qual o mestiço é uma mão de obra livre, autônoma com potencial de mobilidade social.

Estes mesmos autores argumentam que a incorporação do negro na sociedade brasileira pela perspectiva assimilacionista adotada por Freyre guarda, contudo contradições importantes com repercussões que se fazem presentes na arena da desigualdade racial, reforço ao mito da democracia racial no país e certo modelo de corporalidade brasileira.

Este modelo busca minimizar a alteridade, com valorização de dimensões corporais distintas para os polos branco e negro da miscigenação, nos quais o rosto e cabelo tendem a ser pensados na lógica do embranquecimento, ao tempo que o corpo, especialmente feminino, deve preferencialmente ostentar os traços da sensualidade negra, o que é muitas vezes tido como o verdadeiro produto nacional - o corpo da mulher brasileira, com quadris largos, “bunda grande”, cintura fina e pernas grossas.

A beleza feminina no Brasil passa necessariamente por uma dimensão racial, marcada pelo hibridismo e pela perspectiva assimilacionista na qual a estética corporal da mulher brasileira reflete a inter-relação de categoriais raciais e sexuais, no qual entra em jogo a erotização como construção identitária de gênero e a busca de uma aparência com melhores vantagens no atual mercado de trabalho e no afetivo sexual.

No desvelamento dos referenciais de estética corporal do conjunto das entrevistadas vamos encontrar alguns elementos que nos ajudam a estabelecer um possível diálogo entre as questões dos ideais de beleza corporal e a dimensão racial, dos quais destacaria três mais significativos: a recorrência do significante “boa aparência” como discurso e prática assumida e valorada pelas entrevistadas; ausência entre as pesquisadas de qualquer referência corporal a estética da negritude ou de uma perspectiva mais multiculturalista; e, predominância entre as mulheres por realizar algum tipo de cirurgia plástica que lhes proporcionasse, em alguma medida, o desenho de um corpo que reforça os ideais brasileiros da “beleza da mulher morena”.

Como já apresentado e discutido no primeiro capítulo, a noção de “boa aparência” surge como uma dimensão significativa no relato da maioria das entrevistadas, cumprindo um duplo papel, o de viabilizar a construção de uma identidade corporificada e a de possibilitar a disputa de espaços mais privilegiados na arena profissional e na afetiva sexual. Conforme Fry (2002), “boa aparência” assinala outro modo de se nomear pessoas brancas no Brasil, numa operação que busca equivaler beleza e raça, sendo a raça branca a que ostentaria a beleza capaz de ser considerada como valor da pessoa.

A ênfase no discurso da “boa aparência” pelas entrevistadas, em sua maioria mulheres brancas, pode estar a sinalizar como as práticas discursivas raciais tão fortemente arraigadas na construção intersubjetiva da identidade do Eu no Brasil, orientam suas concepções sobre uma identidade de si calcadas na sustentação de uma aparência que precisa ser socialmente e racialmente privilegiada.

Como já vimos às mulheres pesquisadas estão majoritariamente vinculadas profissionalmente aos setores produtivos de bens e serviços, nos quais a aparência corporal tem importância na relação com a clientela e com a criação de uma noção de confiabilidade e respeitabilidade.

Cuidar da aparência através de inúmeros investimentos estéticos e realizar a cirurgia plástica pode também ser pensado como mecanismos de garantir um modelo de beleza e estética corporal associado a padrões hegemônicos mais tradicionais em termos de raça e de cor, que lhes garanta estar mais adequadamente integradas ao ethos social do qual fazem parte.

Residentes na cidade de Salvador, com população predominantemente de afrodescendentes, e estes compoem os estratos populacionais de menor renda e, com um mercado de trabalho assentado no setor de bens e serviços, podemos perceber que há uma possível tentativa das mulheres entrevistadas de se afastar, através de sua estética corporal, de quaisquer perspectivas de estigmatização social, as quais incluem as relacionadas aos referenciais étnicos. Cultivar boa aparência como sinônimo de respeitabilidade e sucesso profissional, mais que um ideário global é também um modo de se mostrar como uma pessoa “diferenciada”, numa cidade onde comumente se associa preto como pobre.

Ostentar uma aparência mais em diálogo com padrões hegemônicos pode também significar a valoração de estéticas corporais mais homogêneas dentro das entrevistadas, mesmo entre as mulheres de características afrodescendentes. Entre estas não encontramos nenhum aspecto da estética corporal, ou nas vestimentas e uso de acessórios, que fizesse alusão aos referenciais de negritude ou de uma estética negra de resistência, como cabelos crespos, cacheados ou trançados, por exemplo, o que parece assinalar uma perspectiva mais assimilacionista de produção de uma estética que pouco se diferencia da estética branca (FRY, 2002).

Entretanto, vale compreender este processo dentro de uma perspectiva de análise mais complexa. De acordo com Figueiredo (2004), os sujeitos nas sociedades atuais se defrontam com múltiplas possibilidades identitárias, se configurando a constituição de uma identidade étnico racial como mais uma dentre tantas outras escolhas identitárias, que se torna mais viável se há uma relação mais direta com a trajetória e experiências específicas da pessoa. Esta perspectiva sustentada pela autora parte dos achados de sua pesquisa sobre negros de classe média em Salvador, na qual a identidade negra tem mais relevância para atender a objetivos individuais e que há um papel importante entre seus sujeitos de pesquisa do compartilhamento de valores e visão de mundo da classe social a que estavam inseridos.

As reflexões de Figueiredo acima apresentadas, assim como as que Pinho (2004) cita sobre esta autora acerca da desmistificação da relação de oposição entre inclusão social e embranquecimento, nos ajudam a pensar que as dimensões de pertencimento de classe e do habitus a este associado, numa sociedade que pouco problematiza nas camadas sociais de maior renda as questões raciais, jogam um papel mais influente na escolha e manutenção de uma determinada estética corporal.

Possivelmente dentro do conjunto das mulheres entrevistadas que apresentam perfis de ascendência afrodescendente, o pertencimento de classe assume uma face mais preponderante na ostentação de uma identidade corporificada, com invisibilidade de seus marcadores étnicos.

E para finalizar, é importante ressaltar as potenciais correlações entre o tipo de corpo escolhido para o resultado de uma cirurgia plástica estética com um modelo gendrado de corpo e de pessoa que reafirma padrões de um “mix de estética corporal” (HANCHARD, 1999 *apud* EDMONDS, 2010) e o ideal de mestiçagem brasileiro.

Entende-se o “mix de estética corporal” como aquele que reúne elementos da origem africana combinada a padrões corporais brancos e norte americano. Para parte significativa das mulheres entrevistadas, incluindo as mulheres brancas, o corpo pretendido pós-cirurgia refletia a busca de ideal corporal mais voluptuoso, com realce de curvas, objetivando em alguma medida resgatar ou acentuar sensualidade e apelo erótico.

A esta ênfase mais tradicional de corpo com claras referências ao corpo da mulher negra se alinha os apelos mais contemporâneos, da tradição mais norte americana de corporalidade que se refere aos seios mais volumosos, com crescente aumento de cirurgias plásticas para implante de silicone nas mamas. Questões raciais, erotização do corpo feminino, contemporaneidade e modelos globalizados de beleza e estética corporal compõem o mosaico de referências que vão concorrer para definir qual corpo à cirurgia plástica irá reconstruir/construir.

8.4 Cirurgia Plástica: um novo capítulo em uma narrativa de vida?

Hoje sinceramente vejo outra mulher (choro) estou até emocionada... hoje sou mais notada pelo meu marido. Você pode colocar uma melancia na cabeça e se seu corpo estiver feio, ninguém te nota. Hoje ele me enxerga mais, todo mundo nota. Eu me sinto outra mulher. Fiz para me sentir mulher outra vez. Mudou a relação com meu marido. É como se a gente nascesse de novo (GAIA, 48 anos)

A cirurgia plástica parece representar para o conjunto mais amplo das entrevistadas um recurso que as permitiram significar mudanças no contexto de suas vidas tanto em termos de benefícios no plano de suas subjetividades, relações pessoais e sociabilidade.

Cirurgias plásticas estéticas quando se realizam ocorrem em partes específicas do corpo, mas seus resultados e as transformações percebidas pelas entrevistadas se estendem mais além. Vão nos falar de repercussões sobre a subjetividade corporificada, de que é pelo corpo e por suas intervenções que se acessa um novo Eu e uma identidade de pessoa mais confiante e fortalecida em termos de sua autoestima.

“Quando eu tirei a roupa depois da cirurgia e me vi no espelho eu disse: “essa sou eu” (HEBE, 23 anos)”.

“Sou outra mulher (pausa longa)... Sou melhor pessoa, mais motivada. A cirurgia mexe com seu eu, seu psicológico... realização de um sonho. Sonho de alguma coisa que busquei e alcancei” (FEBE, 32 anos).

Hebe, Febe e Gaia nos falam de suas mudanças e mencionam serem novas mulheres, terem constituído uma nova perspectiva na identidade de si mesma, na qual um tipo de corpo lhes permite experimentar visibilidade, de serem capturadas pelo olhar do outro, motivação e bem estar subjetivo. Dimensões inter-relacionais e sociais que ultrapassam os efeitos físicos (ADAMS, 2010).

Se Medicina estética atua na lógica de conceituar os corpos como partes separadas, é possível que para as mulheres que se submetem a cirurgias estéticas seja pela transformação de partes separadas de seus corpos que elas tentam unificar algum novo sentido para seu Eu.

P: Você mencionou a pouco que foi ótimo. Você poderia falar um pouco sobre isto?

R: “Porque assim, minha autoestima melhorou muito, meu peito era deformado, era muito caído, então melhorou muito minha autoestima, eu já conseguia usar minhas roupas normais, não precisava usar mais aquela blusona folgada que eu era acostumada a usar, foi aí que eu comecei a emagrecer [...] foi ótimo, tudo bem que eu fiquei quase um ano sem ir pra praia, porque eu tive queoide, e tive que tratar, e aí fiquei quase um ano, mas depois melhorou completamente, porque eu podia vestir qualquer roupa não ficava com a barriga pulando, não precisava mais usar cinta quente, imagina eu no verão de cinta, e essa questão sexual também, a auto estima também aumentou” (TÉTIS, 26 anos).

“Hoje adoro, acho ele lindo (o seio) e não me arrependo nem um pouco por ter passado por tudo que passei [...] melhorou muito minha autoestima. Antes tudo que eu queria vestir tinha que reformar, hoje não. Posso entrar numa loja e comprar um vestido tomara que caia. Agora eu estou ótima. Gosto deste meu novo corpo com este seio menor. Eu queria muito fazer essa redução” (PERSEFONE, 28 anos).

“Aqueles peitos enormes inchados. Era 36 e foi para 44, o peito ficava enorme. Aquela sensação, eu to feliz. Tudo mudou. Minha estima está lá em cima. Comecei a me alimentar melhor, penso em daqui a alguns anos colocar maior. Me sinto mais mulher, mais confiante, pra cima [...] extremamente satisfeita, meu colo fica bonito, hoje eu posso usar vestido estilo V, as blusas caem bem. Estou mais forte, mais mulher. Tá

tão direitinho, tão natural, não parece que fiz uma cirurgia. Eu perdi o ar de menina. Isso me deixa muito satisfeita” (HEMERA, 25 anos).

“[...] eu reparei que as pessoas que não me veem há um tempo elas falam que eu estou com mais postura, pra frente, uma postura diferente, não arrogante, mas dizem que tô mudada, que eu pareço mais de bem com a vida, as pessoas falavam que antes eu era mais retraída, e que agora eu to mais de peito aberto. “Ingrid” na forma de tratar as pessoas não mudou, mas a forma de eu lidar com a vida mudou” (TÊMIS, 23 anos).

A metáfora que Têmis utiliza, a “de peito aberto” alinha significado e significante. Um novo par de seios, mais volumosos, lhe permite fazer a passagem da identidade de menina para mulher, assim como foi para Hemera: “estou mais forte, mais mulher. Tá tão direitinho, tão natural [...] Eu perdi o ar de menina. Isso me deixa muito satisfeita” (ver discussão no Capítulo 2), o que nos possibilita pensar que “peito aberto” é outro nome para autoestima, assertividade, autoconfiança e um modo de exibir sua feminilidade com desenvoltura dentro dos marcos de corpo desejável da atualidade.

A parte ou partes do corpo escolhida para remodelar pela cirurgia plástica parecem sinalizar quais as dimensões da identidade do Eu as mulheres querem transformar. Quando Afrodite (47 anos) opera seus seios e os coloca mais volumosos é sobre voluptuosidade e afirmação de uma sensualidade reforçada para uma mulher de quase meia-idade que ela quer reafirmar em sua identidade, tentar garantir um espaço para o exercício de seu direito a uma vida sexual atrativa e empoderada, num contexto social que associa sexualidade à juventude, não apenas enquanto uma ideologia, mas especialmente se juventude também coincidir com o marcador etário.

Gaia, Tálassa e Febe, com intervenções cirúrgicas estéticas em diferentes partes do corpo, buscam no abdômen chapado ou nas novas curvas proporcionadas pela lipoescultura uma modelagem que tenta apagar os excessos das marcas da maternidade e as devolver uma identidade na qual possam conviver sem sofrimento as duplas identidades - mãe e da mulher atrativa e com poder sexual.

“Agora me sinto mais poderosa, a mudança foi muito positiva. Estou satisfeita de estar assim e sinto que um ex-namorado ficou também satisfeito com meu corpo. Eu me senti a própria... eu não ficava andando antes de lá para cá para me exibir e agora eu faço. Tem muito do seu ego, de você se sentir. Agora tenho que me enrijecer, você fica se sentindo. Fico mais bonita, mais gostosa, mais poderosa. Estou muito satisfeita comigo mesma. Você fica mais descarada e mais sedutora” (TÁLASSA, 36 anos).

“Na minha cabeça não me achava mais bonita. Não me olhava mais. Me sinto bonita, me sinto mulher. Não é para os outros é para mim. Acho que melhorou bastante na relação com meu marido. Hoje ele já me enxerga, sente ciúmes. Eu sinto que ele se

incomoda. Eu estou melhor pra mim, minhas filhas ouvem comentários “Sua mãe é linda” (GAIA, 48 anos).

Ou mais que isto essas mulheres também nos falam que talvez somente pela cirurgia plástica elas tenham conseguido restabelecer algum nível de beleza que as tenham feito recompor seus lugares de mulher. Recompor por terem recapturado o olhar masculino sobre si, o que possivelmente queira assinalar que uma mulher só é mulher quando ela captura o olhar e o desejo masculino.

Os resultados percebidos informam inclusive a construção de expectativas de outra possível cirurgia no futuro e quanto elas próprias passam a se constituir nas informantes e referentes chaves para outras mulheres interessadas em se submeter à cirurgia estética.

P: Você tem algum plano ou desejo de fazer outra cirurgia plástica no futuro?

R: “Tenho. Tenho e não tenho, por um bom tempo não tenho. Meus seios murcharam e acho que preciso de silicone, mas não gosto de silicone. A cabeça abriu para outras possibilidades. Criei outras inseguranças, seios murcharam, gosto de peitão” (HEBE, 23 anos).

P: Pretende fazer outra cirurgia plástica?

R: “Pretendo, porque é muito bom. Hoje a pele já esticou, eu penso quando eu tiver uns 30 anos. As pessoas dizem que a cirurgia vicia, acho que principalmente quando tudo passa bem, sem dor e com um bom resultado. Você tem ideia do que é ficar nua sem sutiã na frente dos outros? Hoje eu estou mais segura do que eu tenho hoje no meu corpo, só eu e malmente meu espelho (HEMERA, 25 anos).

P: Você tem algum plano ou desejo de fazer outra cirurgia plástica no futuro?

“No momento da dor não queria saber. Mas hoje... Outras 10, 15 vezes se tiver que fazer eu faço. Quero ser bonita, envelhecer com dignidade. Acho lindo aquelas senhorinhas que se cuidam. Se você perder sua autoestima nada vai bem pra você. Quero fazer prótese de silicone, tenho mama pequena. Agora queria colocar peito, isso pra realçar mais minha barriga. Acho que seria isso. Mentira, eu queria colocar botox” (GAIA, 48 anos).

P: Você faria de novo outra cirurgia?

R: “Faria, se alguma coisa cair eu faço”.

P: E por quê?

R: “Porque eu não tenho tanto medo sabe de fazer, sempre fica com aquele medinho, mas eu fiz. Ainda mais hoje em dia que as coisas estão bem mais avançadas, mas é mais por uma questão minha de autoestima mesmo” (TÉTIS, 26 anos).

P: Você tem planos para outra Cirurgia Plástica?

R: “Sim, quero. Afinar o nariz e levantar a pálpebra. Não tenho nada contra a cirurgia se é pra você ficar bem. Qual é a hora certa? No momento em que eu estiver bem e com o dinheiro para isso. Agora estou bem, mas quando quiser faço sem nenhum problema” (AFRODITE, 46 anos).

P: Você recomendaria a cirurgia plástica para outra pessoa?

R: “Recomendaria sim. Eu percebi a mudança na minha vida, na minha autoestima e na segurança que trouxe para minha vida. Eu dou todo apoio. Eu sei que foi muito bom pra mim” (IRENE, 24 anos).

P: Você recomendaria uma cirurgia plástica para outra pessoa?

R: “Recomendaria, tenho uma amiga que vai fazer com a minha médica. Eu digo: “faça, eu recomendo, você se sente bem”. Eu queria tanto e depois de tanto tempo você se sente bem” (PERSÉFONE, 28 anos).

As relações entre as mulheres e a cirurgia plástica estética, situadas no contexto social e econômico do século XXI, provam mais uma vez sua capacidade de se constituir num objeto de múltiplas apreensões e perspectivas de olhar. Ao recortar o objeto pesquisado em torno aos seus resultados e à possibilidade deste de construir um novo capítulo em narrativa de vida nos deparamos com os paradigmas e contradições desta própria relação, como também é o retrato das próprias ambiguidades do mundo atual em que estamos inseridos e no qual vamos nos constituindo continuamente como sujeitos.

As ambiguidades que conformam o objeto cirurgia plástica estética parecem estar presentes na fala de Atena na qual ela reflete e nos coloca a refletir, sem determinar uma certeza, o lugar dos sujeitos frente à indústria da beleza e a estetização da saúde e, o que faremos com a indeterminação dos corpos.

Você tem planos de fazer outra cirurgia plástica?

R: “Cirurgia Plástica é uma indústria, saúde é uma indústria, grande cadeia de produtos que se juntam. Você começa a ficar mais vaidosa, a comprar mais roupas, agora eu já uso roupa de alça. Fico imaginando se vale a pena cortar o corpo para ficar em busca de uma imagem que vai mudar invariavelmente Para mim agora está ótimo. Talvez seja mais prazeroso fazer os cuidados com o corpo, com a pele. Não digo que não, mas também não digo que sim. Meu corpo vai mudar invariavelmente, meu corpo e já está mudando” (ATENA, 47 anos).

A recorrência narrativa das entrevistadas no uso dos termos “autoestima” “autoconfiança”, “felicidade”, “satisfação pessoal” demonstra a influência e penetração do discurso psicológico na vida cotidiana e o quanto isto reflete a inserção deste discurso na base de sustentação ideológica de um mundo social e cultural baseado na individualidade e no culto à pessoa, e quanto isto molda, a partir da intersubjetividade, a construção da identidade de si, cuja imagem material é o próprio corpo.

O corpo é conclamado a exibir as nomeações do discurso psicológico da linha de fortalecimento pessoal, no qual estar bem consigo mesmo por dentro é estar bem por fora, numa equivalência entre sentimentos e materialidade do corpo. A imagem do corpo proporciona o fortalecimento do Eu a partir de uma ideologia aprendida e repetidamente produzida, a qual vincula valor e atributos pessoais à aparência, o que leva cada pessoa no mundo atual a desconfiar de seu valor pessoal se sua aparência não estiver nos níveis de conformidade com os ideais preconizados.

Ao recuperar a aparência ou mantê-la nos parâmetros esperados a pessoa recupera o sentido de “felicidade” pessoal e o de também manter-se adequado e ainda pertencente a este grande guarda chuva de significados sociais sobre o corpo e sobre si (ANTONIO, 2008; FERREIRA, 2011).

Embora possa parecer somente adequação, também podemos pensar isto desde uma perspectiva do contraditório, onde uma dimensão não torne a outra excludente, qual seja de o quanto investir em um corpo modificado é também uma medida de tomar o corpo para si, de contrapor-se às vicissitudes das mudanças biológicas do corpo “natural” e imprimir uma marca de sua agência para a constituição de uma maior integralidade na identidade de si mesma.

Quando Febe expressa “sou outra mulher”, Gaia nos fala “vejo outra mulher” como Hebe “essa sou eu”, e Têmis quando menciona que há uma Têmis que não mudou para os outros mas mudou para si mesmo, é possível que estejamos diante daquilo a que Antonio (2008) discute sobre a cirurgia plástica estética como o meio de trazer a tona o “Eu verdadeiro”.

A autenticidade da pessoa não como uma busca de uma essência que estava presente nos recônditos da alma, mas sim como uma expressão de um Eu que assume nova configuração a partir do não silenciamento das insatisfações, da ação ativa na busca de possibilidades de modificações, da confiança nas intervenções tecnológicas que podem trazer também dor e marcas como as cicatrizes, mas que terminam por modelar o mosaico fabricado de um Eu dirigido a inúmeras possibilidades: de estar mais suportado para as demandas dos ritos de passagem, de estar mais competente para as disputas profissionais e sexuais ou até mesmo de estar mais organizado para cumprir, reflexivamente, as expectativas de feminilidade repaginadas de nossos tempos atuais.

CONCLUSÃO

Ao chegar ao final deste percurso nos damos conta do muito que foi possível aprender, questionar, constatar e se defrontar com novas indagações que nos coloca frente a frente com o indeterminado, que é o indivíduo em sua incessante relação com o corpo, de se criar como sujeito e criar o mundo por ser um corpo vívido neste.

Pudemos nos aproximar ao longo da análise das narrativas das entrevistadas como as construções de corpo que as mesmas elaboram refletem as concepções sociais circulantes voltadas à colocação do corpo enquanto um objeto de destaque na elaboração da identidade que constroem sobre si mesmas.

A organização de suas subjetividades, o sentido de pessoa e o valor que elas mesmas se atribuem e como se percebem valoradas pelos outros, sejam estes “outros” próximos ou os diferentes “outros” sociais, encontra ancoragem em como seus corpos são e, quanto elas conseguem ser capazes de perceber as necessidades de monitorar e investir nos seus corpos para que continuem, melhorem ou restabeleçam a construção de uma narrativa coerente de si mesmas.

Assumir a gestão de seus corpos é uma medida que intercrucza avaliações conscientes acerca dos ganhos a serem obtidos e acumulados com o cuidar bem de seus corpos e, as estratégias que agreguem algum nível de controle acerca das potenciais estigmatizações sociais que possam ocorrer em ser descuidada ou pouco responsável com suas aparências.

A pesquisa evidencia que para este grupo de mulheres há diferenciações entre cuidar do corpo e cuidar bem do corpo. Cuidar do corpo pode sinalizar cuidados para sua manutenção, com técnicas corporais aprendidas sobre higiene e estética que garantam um padrão aceitável de apresentação, tarefa que sendo todos nós inseridos socialmente, em maior ou menor grau, exercemos com relativa competência.

Cuidar bem do corpo é mais que isto, é elevar a outro patamar as perspectivas estéticas nas quais a melhoria nos investimentos corporais irão atestar as capacidades pessoais de competência em cuidar de si, capacidade de consumir as tecnologias e serviços voltados ao melhoramento do cuidado do corpo e capacidade de voltar à atenção a si mesmo como um dos modos privilegiados de constituir-se sujeito no mundo. Um sujeito cujo corpo alinha a apresentação de si com as exigências mais amplas e cada vez mais socialmente restritivas e, de certo modo excludentes.

No discurso das entrevistadas encontramos que a apresentação de seus corpos e a aparência que ostentam se vinculam a três vertentes principais, que operam inclusive para algumas delas de modo inter-relacionado: como recurso profissional diferenciado, como meio de subjetivação de si e como recurso para produzir ou recuperar atratividade, feminilidade e sensualidade. Iremos ao longo desta etapa desdobrando cada uma delas em aspectos mais relevantes.

Em relação á vertente do recurso profissional diferenciado identificamos que o tipo de inserção profissional da entrevistada demonstrou ser um elemento importante e, diferencial, no peso que esta atribuía ao valor de sua aparência enquanto recurso de distinção para oportunidades profissionais.

Mesmo sendo um grupo de mulheres compartilhando um tipo semelhante de pertencimento de classe, a das camadas médias e médias altas, encontramos que as mulheres atuantes em atividades profissionais de empresariado, profissionais liberais e no mercado de bens e serviços

apresentavam maior exigência quanto a sua apresentação estética e, associavam mais frequentemente o valor que sua “boa apresentação” teria para demonstrar suas qualificações e competências no mundo do trabalho.

Este olhar sobre si mesmo como também objeto de melhor “consumo” quanto melhor estiver a “embalagem” revela o quanto das cobranças sociais circulantes sobre aparência é incorporado por parte do grupo pesquisado e, ao mesmo tempo legitimadas sem questionamentos acerca dos processos de objetificação a ele subjacentes. Vivendo em um momento histórico com alto valor social sobre o consumo e detendo capacidade financeira de consumir, este grupo de mulheres pouco problematiza o quanto os vários processos de cuidados corporais nas quais estão envolvidas e que exigem dinheiro e tempo, se, sim demarcam suas capacidades distintivas de renda, também sinalizam o quanto elas contribuem para modelar sua própria objetificação.

Entendemos que a categoria tipo de inserção profissional deva ser mais bem explorada em estudos futuros pela sua capacidade de apontar problematizações que extrapolam o campo da estética, e se refere aos lugares que as mulheres estão ocupando no mundo do trabalho e como seus corpos podem estar operando, não somente na lógica da tradicional relação capital e força de trabalho, mas como elemento de distinção e de desempenho, para melhor ou para pior, a depender de como se apresente esteticamente.

Os investimentos no corpo refletem também para este grupo um modo de estar no mundo que perpassa pela incorporação explícita às prerrogativas da estetização da vida.

O valor de si mesma, a construção identitária e os posicionamentos profissionais encontram-se dependentes da adesão a este ethos e pelo cumprimento de um conjunto de ações práticas e cotidianas que sustentem aparência cultivada, ou a menos demonstrem seus esforços em afastar a gordura, o envelhecimento e as marcas “indesejáveis” da maternidade em seus corpos.

A narrativa das entrevistadas sobre a estetização da vida esteve impregnada com a vinculação ao tema da saúde. Entendemos que isto possivelmente reflete um modo de dar legitimidade às preocupações estéticas aproximando-as do discurso científico e até legitimado por inúmeras institucionalidades nos nossos dias atuais, que é o do culto a saúde e da responsabilidade de cada pessoa com sua própria saúde. É menos problemático e, de algum modo mais valorizado,

preocupar-se com a saúde e dirigir esforços para manter saúde do que ser vista e julgada como pessoa orientada pela “ vaidade ”.

As práticas de cuidados corporais nas quais as entrevistadas estão envolvidas e suas preocupações com consumo alimentar retratam uma lógica mais orientada à associação da noção de saúde com a ideia de um trabalho sobre o corpo modelado, por diferentes estratégias, em formas que detenha o avanço da gordura e busque dar mais fôlego à proposta de uma vida sexual ativa e atrativa.

Saúde ganha uma conotação cada vez maior como uma dimensão de estilo de vida, e como um recurso para fomentar bem estar emocional, o que de todo modo não se afasta da definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, que a entende como um estado de completo bem estar físico, mental e social.

Porém, entendemos que há nuances, especialmente porque o bem estar emocional almejado o é na busca de certo tipo de corpo, num corpo o mais próximo possível aos considerados ideais pelos veículos de comunicação, que exercem influência e vão dando os pesos e as medidas sobre o corpo que tem e, o que não tem valor. E para obter este corpo nem sempre o que se leva em conta é a utilização de recursos que promovam mais saúde, pode ser até o contrário.

A cirurgia plástica estética envolve intervenção no corpo que perpassa por cortes, riscos e problemas com anestesia, com pós-operatório, com cicatrização, com possíveis sequelas. Todas estas dimensões podem surgir como resultado não esperado da cirurgia e não significam saúde. Entretanto, eles são relativamente minimizados pelas entrevistadas em razão da perspectiva de alcançar um corpo e uma transformação emocional idealizada, que termina por ser mais preponderante do que a ameaça à saúde.

As entrevistadas acionaram para lidar com o risco um conjunto de estratégias que as fizeram de algum modo ter mais controle, o que poderíamos dizer que para este grupo houve uma gestão de risco. A escolha criteriosa dos cirurgiões, o local da cirurgia, a negociação do tipo de cirurgia, a busca de informantes-chaves que foram outras pessoas já operadas lhes permitiram calcular os riscos e apostar em saídas com menor possibilidade de erro. Mais uma vez, a capacidade

econômica das entrevistadas foi um elemento diferencial para a gestão dos riscos, oportunidade que nem sempre está igualmente distribuída para mulheres que fazem cirurgias plásticas.

Saúde é para as entrevistadas um estado fundamental, mas mais ainda se ela estiver como um meio à disposição para garantir credibilidade às suas disposições estéticas.

Este trânsito ambíguo entre estética e saúde também foi capturado nas entrevistas em relação à capacidade de construir cotidianamente seus projetos corporais. Elas vivenciam estes projetos como uma ação conscientemente tomada, nas quais a cirurgia plástica estética realizada abriu outras janelas de participação em práticas de cuidados frente ao corpo melhorado (nutricionistas, tratamentos estéticos diversos) e, se utilizam recorrentemente de expressões no modo imperativo de linguagem - “tem que ser sadia”, “tem que ser uma pessoa dentro dos parâmetros normais” – que demonstram que compartilham e produzem estas significações sobre o ideal do corpo pela disciplina e responsabilidade pessoal.

Entretanto, a vida não escapa do indeterminado e o cumprimento deste ideário nem sempre é possível no cotidiano, ora pelo envolvimento em muitas atividades profissionais e a construção de seus nomes profissionalmente que concorrem com o tempo necessário aos múltiplos cuidados corporais estéticos, como em Têmis e Irene. Ora pela priorização de outras experiências no ciclo de vida, como a segunda maternidade de Febe ou a organização dos preparativos do casamento da filha de Deméter. Ora como um “esquecimento do corpo disciplinado” em função dos atrativos da vida social e do lazer, como exemplificado por Deméter. Ora pelo investimento em outros projetos familiares que reorganizam as prioridades financeiras, como na compra de um novo apartamento por Atena que a levou a secundarizar suas estratégias de cuidados estéticos.

Cuidados corporais para estas mulheres são negociações pessoais situacionalmente vivenciadas, que elas experimentam tomando decisões temporalmente localizadas, que as levem a cumprir na íntegra ou somente em partes o ideal pretendido. Isto nos permite também pensar nos limites de entender as relações das mulheres com seus corpos.

Precisamos entender estas relações no tempo em que elas estão sendo produzidas e vivenciadas. Maior disciplina corporal e ênfase na busca de padrões físicos mais homogêneos talvez reflita

um dado momento histórico que combine elevação na capacidade de renda das famílias, vinculação a um projeto de inserção modernizante da sociedade que também se afirma pela estética e, poder de consumo frente a uma tecnologia médica considerada confiável, rápida e com resultados de grande alcance.

Mudanças nos fatores sociais que fomentam o substrato destas construções pessoais de cuidados corporais podem informar também alterações nas ênfases e estratégias de cuidados corporais e estéticos. A queda no padrão de renda do Brasil nos últimos dois anos, o já consistente debate e questionamento que tomam as ruas e as redes sociais acerca dos estritos padrões corporais são exemplos de fatores que se alteram, se desestabilizam e que ilustram como devemos ter cautela em pensar os tipos de projetos corporais das mulheres como definitivos.

A categoria “insatisfação” e “constrangimento” com o corpo foi uma dimensão fortemente acionada pelas entrevistadas, a qual ganhou em diferentes narrativas a dimensão de sofrimento psicológico. Acreditamos que o sofrimento psicológico não possa ser subsumido ou negligenciado como uma tentativa de posicioná-lo como um drama individual, o que tornaria os objeto corpo e cirurgias plásticas apenas apreensíveis pelo campo psicológico.

A vivência individual da dor psíquica é irrefutável, porém reflete como a intersubjetividade e o que nos afeta, o são por serem vividos no corpo e expressos por ele, e mais ainda por espelharem a face das tramas e significados sociais que conforma o que apreendemos e construímos como afetos, sentimentos, relações. Sem balizar em qual rede de relações sociais os sujeitos está há poucas possibilidades de compreender como ocorrem suas ações e como seus sentimentos e vida psíquica se arquitetam.

Neste sentido, entendemos que pelas narrativas de “sofrimento” com seus corpos, por diferentes modos (a aparência dos seios, a gordura, as marcas da maternidade), as mulheres estão nos falando da impossibilidade de encontrarem-se consigo mesmas com o corpo que tinham antes da cirurgia plástica estética, que realizaram porque estes corpos as colocavam numa posição distante daquilo que é considerado aceito e desejável para elas mesmas, como ideal incorporado e, potencialmente, para os “outros” de sua rede de relações.

O corpo com “imperfeições” e o “horror a gordura” retratam vivências reais das entrevistadas de inadequações na esfera afetiva e da sociabilidade que vão fomentando novos tipos de exclusão e processos de hierarquização sociais, agora assentados na exclusão estética. Mesmo inseridas numa rede de pertencimento mais socialmente privilegiada por suas posições de renda e de cor/etnia, parte importante destas mulheres se sentem excluídas por não estarem adequadamente belas e acionam a cirurgia plástica estética como recurso terapêutico e readequação social.

Com base nos achados desta pesquisa acreditamos que precisamos enfrentar mais as discussões acerca das relações entre corpo, estética, mulheres e sofrimento psíquico. É necessário problematizar a vaidade colocando-a como um fenômeno social e pensá-la a partir das lentes de uma reflexão crítica.

Mulheres que cuidam intensamente de sua aparência, que fazem cirurgias plásticas estéticas precisam ser abordadas com explicações que vão além da explicação simplista da vaidade. A partir desta pesquisa compreendemos que mulheres não se operam por pura vaidade. Elas são um retrato de um longo processo de construção individual, familiar e social onde certo tipo de feminilidade é intensamente compartilhado e valorado, uma teia aonde elas vão apreendendo os privilégios e distinções em terem uma aparência bem cuidada. Tomar a decisão por uma cirurgia plástica estética, ainda que seja numa esfera inegavelmente pessoal, o é também como retrato de todo um conjunto de significados sociais familiarmente e socialmente compartilhados.

Superar o sofrimento pelo corpo percebido como inadequado é reconhecer o lugar das cobranças sociais frente a este corpo e constituir outras estratégias também sociais de “desnaturalização” destes modelos idealizados de corpo, numa tarefa que é coletiva, em diferentes instituições e discursos, e também individual nas escolhas que fazemos de como vamos cuidar de nossos corpos, nas quais podemos incluir modos de desestabilizar os discursos hegemônicos e, passar também a ostentar no corpo algum nível de questionamento das normas vigentes.

A categoria gênero é essencial para compreender estes processos e muitos outros que encontramos na pesquisa e que são constituintes para qualquer tentativa de compreensão do

objeto cirurgias plásticas estéticas. As práticas de cuidados corporais das mulheres e suas escolhas estéticas, incluindo não somente a realização de suas cirurgias plásticas como também o tipo de cirurgia eleita para realização, estão fortemente vinculadas à construção de gênero que organiza a percepção de mundo das entrevistadas.

Constatamos que elas performam um tipo de construção de gênero mais orientado por padrões tradicionais de feminilidade, nas quais a exigência sobre a aparência e o culto a beleza define se elas se sentem mais ou menos mulher.

A percepção de um corpo com “imperfeições”, o receio de ser trocada por outra pessoa, a luta contra a gordura, e os efeitos da maternidade foram elementos fortemente associadas à constituição de um modelo muito fragilizado de si mesmas como mulheres.

A feminilidade encontrava-se ameaçada, especialmente porque todas elas reivindicavam um lugar para a vivência afetiva e sexual como direito e suas aparências antes das cirurgias estéticas as impedia, ao menos na perspectiva do cumprimento do ideal, de ter direito a este direito.

Nos relatos compreendemos que corpo e aparência para este conjunto de mulheres é um modo ativo de se fazerem mulheres e, a cirurgia plástica estética é um recurso para o enfrentamento das ameaças reais e simbólicas desta perda da noção de ser mulher. Ao deterem capacidade econômica para sustentar uma cirurgia plástica e outro conjunto de estratégias de cuidados estéticos, as mulheres da pesquisa conseguem algum nível de poder para voltar a ser ou passar a ser como imaginam que são.

A agência das mulheres está na assunção de uma tomada para si de uma decisão que afirma seus propósitos pessoais de afirmação de identidade e feminilidade, mesmo que possamos considerar que esta decisão ocorra ainda em parâmetros estritos.

Vivendo em uma sociedade em geral, que valora cada vez mais o prolongamento da atratividade e sensualidade e, numa cidade com alto apelo para a exposição do corpo atrativo, seja nas praias e/ou nas festas da cena musical da cidade, é particularmente significativo que muitas das entrevistadas tenham elegido tipos de cirurgias que modelassem seus corpos para atratividade

e para um tipo de apresentação corporal que guarda estritas relações com o ideário local de mulher sensual: pernas grossas, cintura fina e quadris mais destacados.

Um corpo que as permitissem estar em conformidade com as regras do jogo, disputando espaço no mercado afetivo e sexual e exercendo o direito a se sentir e ser atrativa e erótica para os outros.

Este corpo é também um corpo que nos fala sobre as características intrínsecas à constituição étnico racial da cidade e de sua população intensamente miscigenada, que foi uma dimensão apagada nas narrativas. O corpo atrativo para a cidade, como também para a maioria das mulheres desta pesquisa, é um corpo que guarda as formas de uma corporalidade de nossa origem africana. Consideramos que em alguma medida é este ideal da atratividade negra que se tenta restaurar num corpo remodelado pela cirurgia estética.

Entendemos que esta foi uma lacuna deste estudo e aponta para a necessidade de outros estudos que busquem capturar, desde uma perspectiva local, quais os cruzamentos entre escolhas por cirurgias estéticas, dimensões raciais e modelos de feminilidade, que permitam fazer emergir aspectos mais particulares e territorializados destas relações.

Este estudo pelo seu caráter qualitativo e de abordagem sócio antropológica não pretende imprimir conclusões universalizantes. Os achados e reflexões do conjunto da Tese expressam as análises e busca de interpretação para as narrativas das entrevistadas, que guardam um perfil específico em termos de classe, marcador etário e racial, e podem nos ajudar na comunidade científica na compreensão do fenômeno das cirurgias estéticas e lançar luzes sobre lacunas e novas oportunidade de pesquisa.

Além das lacunas aqui já mencionadas entendemos que precisamos aprofundar o olhar acerca do potencial crescimento das cirurgias estéticas com mulheres em processo de envelhecimento. Não apenas as cirurgias em si e seus significados nesta etapa do ciclo de vida, mas as possíveis mudanças de tipo de cirurgia mais procurada nesta faixa etária e o quanto elas informam sobre as pressões para o prolongamento de uma vida sexual.

Este estudo nos ajuda a entender a cirurgia plástica como um mosaico que definitivamente é informado e informam relações locais de corpo e gênero, modos específicos de cuidados estéticos e relações globais de consumo. Um campo que articula o local e o global, dimensões que não podem deixar de ser consideradas em novas investigações sobre o tema como um diálogo permanente.

A cirurgia estética se mostra como um recurso terapêutico, uma medida tecnológica que media relações entre as concepções de ser mulher de cada pessoa e a construção da identidade de si que é o próprio corpo. Ao realizar uma cirurgia estética, para quase todas elas, a cirurgia realizada permitiu que elas se reconhecessem enquanto mulheres, portadoras de uma identidade subjetiva e com corpos que passam a ser mais correspondentes á construção que tem de si mesmas.

A cirurgia plástica estética possibilitou uma fabricação de um corpo que passa a ser então elas mesmas, agora verdadeiramente digno de portar e de se olhar no espelho. A cirurgia plástica também foi um modo de refutar o corpo “natural”, um corpo reconhecido como não lhes sendo apropriado para se reconhecerem ou para lhes proporcionar o algo mais que pleiteavam. A cirurgia plástica foi uma medida ativa em dizer não a este corpo e identidade e escrever outra possibilidade de narrativa.

Depois da cirurgia e das transformações operadas por mais investimentos corporais a maior parte das entrevistadas passam a se reconhecer como mulheres com mais atratividade, com mais autoestima e com corpos que correspondem ao olhar que elas desejavam ter de si mesmas. Elas se despojaram do corpo “natural” para construir uma nova narrativa de si com mais possibilidades.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. **Motivational Narratives and Assessments of the Body After Cosmetic Surgery**. *Qualitative Health Research*. Vol 20 (6). SAGE. London, 2010.p.755 – 767.

ALMEIDA, M. **O corpo na teoria antropológica**. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 33, 2004p. 49-66.

ANDRADE, D. S. V. “Solteiro (a), mas não sozinho (a)”: As pessoas solteiras e suas redes de relações sócio afetivas em Salvador. In: FERREIRA, S. L.; ALVES, I; COSTA, A. A. (organizadoras) **Construindo interdisciplinaridades: estudos de gênero na Bahia**. Salvador. UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, Coleção Bahianas 11, 2008.

ANTONIO, A. T. **Corpo e estética: um estudo antropológico da cirurgia plástica**. Dissertação Mestrado. Campinas, S.P., UNICAMP, 2008.

AREOSA, J.**O risco no âmbito da teoria social**. Apresentação no VI Congresso Português de Sociologia: *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa, 25 a 28 de junho de 2008.

BAIMA, A.L.F. **As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza construída.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

BAUDRILLARD, J. **A Sociedade do Consumo.** Lisboa, Arte e Comunicação, 2007.

BAUER, M; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais:** sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2003, p. 64-89.

BAUMAN, Z. **O Mal-estar da Pós-Modernidade.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
_____. Prefácio: Ser leve e líquido. In: BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora 2000, p. 7-22.

_____. O Sonho da Pureza. IN: BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998 (1997), p.13-26.

BIBEAU, Gilles & CORIN, Ellen E. From Submission to text to Interpretive Violence. In: BIBEAU, Gilles & CORIN, Ellen E. (Eds.) Beyond Textuality. **Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation.** Approaches to Semiotics Series. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995. (pp. 3-54).

BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna.** São Paulo. Editora UNESP, 2012.

BERGER, M. **Corpo e Identidade Feminina.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia, do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. São Paulo, 2006.

BORDO, S. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGER, A., BORDO, S. (orgs). **Gênero, Corpo e Conhecimento.** Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

BORRAZ, O. **O surgimento das questões de risco.** Sociologias, vol. 16, nº 35. Porto Alegre, jan/abr 2014.

BOULTON, T., MALACRIDA, C. **Women and Cosmetic Breast Surgery: Weighing the Medical, Social, and Lifestyle Risks.** Qualitative Health Research. Vol 22 (4) 511 - 523. SAGE. London, 2012.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.

_____. **A Distinção: crítica social do julgamento.** São Paulo: Edusp, 2007.

_____. A juventude é apenas uma palavra. In: _____ **Questões de Sociologia.** Rio de Janeiro. Marco Zero, 1983, pp. 113-121.

_____. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação.** São Paulo, Papius, 1996.

_____. **O Poder Simbólico.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.

BOUZÓN, Patrícia Gino. **Construindo identidades:** um estudo etnográfico sobre manipulação da aparência em salões de beleza na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/ Museu Nacional/ PPGAS, 2010.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília-DF, 2005

BROOKS, A. **Aesthetic anti-ageing surgery and technology: women's friend or foe?** Sociology of Health & Illness Vol. 32 No. 2 (238–257). Blackwell Publishing Ltd. Oxford, 2010.

BUDGEON, S. **Identity as an Embodied Event.** Body & Society, 2003, 9(1): 35–55.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, Eduardo. **Rejuvenescimento Vaginal**. Disponível em:
<http://www.dreduardocabral.com.br/rejuvenescimento-vaginal/> Acesso em: out 2014

CAPRARA, A., IRIART, J.A. **Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, 2011.

CARVALHO, F. T. & PICCININI, C. A. **Aspectos Históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(6):1889-1898, 2008

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1065-1076, Apr. 2014.

CHARLES, S. O individualismo paradoxal. In: LIPOVETSKY, G. **Os tempos Hipermodernos**. São Paulo, Barcelona, 2004.

COURTINE, J.J. Os Stakhanovistas do Narciso: Body –building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT ‘ANNA B. D. (Orgs) **Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo, Estação Liberdade, 2005.

CROSSLEY, N. **In the Gym: Motives, Meaning and Moral Careers**. Body and Society, 2006, Vol. 12 (3). p. 23-50.

CROSSLEY, N. **Mapping Reflexive Body Techniques**: on body modification and maintenance. *Body & Society* 2005 11: 1

CRUZ, C.T.P., FIGUEIREDO, A. **Cabelos mágicos: identidade e consumo de mulheres afrodescendentes no Instituto Beleza Natural**. Trabalho apresentado no 39º Encontro Anual da Anpocs. Caxambu, Minas Gerais, 26 a 30/10/2015.

DAVIS, K. **Reshaping the female body: the dilemma of cosmetic surgery**. New York: Routledge, 1995.

_____. **A Dubious Equality': Men, Women and Cosmetic Surgery.** *Body&Society* 2002 8: 49.

DATAFOLHA. **Pesquisa Datafolha sobre Cirurgias Plásticas.** Disponível em: www.info-cirurgioplastica.com/2009/06/pesquisa-datafolha-sobre-cirurgia.html Acesso em: ago 2011

DOYLE, J., ROEN, K. **Surgery and embodiment: carving out subjects.** *Body&Society*, 2008. 14:1. Disponível em: <http://bod.sagepub.com/content/14/1/1> Acesso em: ago 2011.

DUARTE, B. **Corpo da modernidade: Lugar da Condenação e da salvação do Indivíduo.** *RBSE* 9(26): 532-579, Ago2010

_____. **Em boa forma: a percepção do corpo feminino** *CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, ano 3, ed. 6, jan./abr. 2009.

DUQUE-ARRAZOLA, L.S. O cotidiano sexuado de meninos e meninas em situação de pobreza. In: MADEIRA, F.R. (Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil.** Rio de Janeiro, Record/Rosa dos Tempos, 1997.

DOYLE, J.; ROEN, Katrina. **Surgery and Embodiment: Carving Out Subjects.** *Body & Society*, 14: 1, 2008.

EDMONDS, A. **The biological subject of aesthetic medicine.** *Feminist Theory*. Vol 14 (1) 65-82. SAGE. London, 2013.

_____. **Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil.** Duke University Press. London, 2010.

_____. "Engineering the Erotic: Aesthetic medicine and modernization in Brazil. In:

_____. **No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro.** In: Golbenberg (et al). **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo.** Rio de Janeiro, Record, 2002.

ERIKSEN, S. GOERING, S. **A Test of the Agency Hypothesis in Women's Cosmetic Surgery Usage.** Sex Roles. Vol 64:888–901. Springer Science + Business Media. New York, 2011.

ESTEBAN, M. L. **Identidades de género, feminismo, sexualidade y amor: Los cuerpos como agentes.** Política y Sociedad, Vol. 46, nº 1 y 2: 27-41, España, 2009.

FEATHERSTONE, M. **Body, image and affect in consumer culture.** Body & Society, 2010 16: 193.

FERNANDES DE JESUS, J. **“Corpo Diplomático”: punk e modificação corporal.** Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2015.

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

_____. **Algumas considerações acerca da medicina estética.** Ciência e Saúde Coletiva, vol.16, nº1 Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Cirurgias estéticas, discurso médico e saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, vol.16, nº 5, Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, A. **Fora do jogo: a experiência dos negros na classe média brasileira.** Cadernos Pagu (23), julho-dezembro de 2004, pp.199-228

FLORES PEREIRA, Maria Tereza. **Os bastidores de um estudo etnográfico: trilhando os caminhos teórico-empíricos para desvendar as culturas organizacionais de uma livraria de shopping center.** CADERNOS EBAPE. BR, v. 7, nº 1, artigo 10, Rio de Janeiro, Mar. 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

FARIAS, P. Corpo e classificação de cor numa praia carioca. In: Golbenberg (et al). **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo**. Rio de Janeiro, Record, 2002.

FREITAS, M. C. S. Mulher light: corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA, S. L., ALVES, NASCIMENTO, E. R. (organizadoras) **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador. UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, Coleção Bahianas 7, 2002.

FRY, P. Estética e política: relações entre “raça”, publicidade e produção da beleza no Brasil. In: Golbenberg (et al). **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo**. Rio de Janeiro, Record, 2002.

GAGNÉ, P. & MACGAUGHEY, D. **Designing Women – Cultural Hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mammoplasty**. *Gender & Society*, vol 16, n. 06, December 2002.

GANDRA, Alana. **Ascensão da classe C contribuiu para o aumento de cirurgias plásticas no Brasil**. Agencia Brasil. 13 abr. 2013. Disponível em:

<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-13/ascensao-da-classe-c-contribuiu-para-aumento-de-cirurgias-plasticas-no-brasil> Acesso em: 10 set 2014

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas** / Clifford Geertz. – 1. ed. 13 reimp. Rio de Janeiro, LTC, 2008.

GIDDENS, A. **As consequências da Modernidade**. / AthonyGiddens. São Paulo. Ed. UNESP, 1991.

_____. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro. Zahar, 2002.

GIMLIN, Debra. **“Too good to be real”**: The obviously augmented breast in women’s narratives of cosmetic surgery. *Gender & Society*, Vol. 27, nº 06, December, 2013, (913-934)

_____. **Imagining the other in Cosmetic Surgery**. *Body & Society*, 2010, 16:57

_____. **Accounting for Cosmetic Surgery in the USA and Great Britain**: a cross cultural analysis of women’s narratives. *Body & Society*, 2007 13: 41

_____. **The Absent Body Project: Cosmetic Surgery as a response to bodily Dys-appearance**. *Sociology*, volume 40 (4): 699-716. SAGE. London, 2006.

GOLDENBERG, M., RAMOS, M. A civilização das formas: o corpo como valor. In: Golbenberg (et al). **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo**. Rio de Janeiro, Record, 2002.

GOLDENBERG, M. **Gênero e Corpo na cultura brasileira**. *Revista Psicologia Clínica*, v. 17, n.2, Rio de Janeiro, 2005.

GORDON, D. **A beleza abre portas: Beauty and the racialized body among black middle-class women in Salvador, Brazil**. *Feminist Theory*. Vol 14(2) 203–218. SAGE. London, 2013.

GUILLEN, N. Relaciones de Poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales*, vol IV, num. 106, pp 123 – 141. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 2004.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminism-socialista no final do século XX. In: Tadeu, T. (org) **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte. Autêntica Editora, 2ª edição, 2009.

HEYES, C.J.; JONES, M. **Cosmetic Surgery – A Feminist Primer**. United Kingdom. Ashgate Publishing Limited, 2009.

HOLLIDAY, R., ELFVING-HWANG, J. **Gender, globalization and aesthetic surgery in South Korea**. *Body and Society*. 18 (2) 58 – 81. London, 2012.

HOLLIDAY, R., SANCHEZ TAYLOR, J. **Aesthetic surgery as false beauty**. *Feminist Theory*. Vol 7(2): 179 -195. SAGE. London, 2006.

HUSS-ASHMORE, R. **The Real Me: Therapeutic Narrative in Cosmetic Surgery**. *Expedition*, 2000, 42(3): 26–38.

IANNI, Aurea M. Zollner. **Biodiversidade e Saúde Pública: questões para uma nova abordagem**. *Saúde e Sociedade* v.14, n.2, p.77-88, maio-ago 2005.

IBOBE. **Mercado de cirurgia plástica está se desenvolvendo no Brasil**. 05 jan 2012.

Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt->

[br/noticias/Paginas/Mercado%20de%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20est%C3%A1%20se%20desenvolvendo%20no%20Brasil.aspx](http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Mercado%20de%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20est%C3%A1%20se%20desenvolvendo%20no%20Brasil.aspx) Acesso em: 10 set 2014.

ISHIDA, L. **Ascensão da Classe C contribuiu para o aumento de cirurgias plásticas no Brasil**. Agência Brasil, 2013. Disponível em

<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-13/ascensao-da-classe-c-contribuiu-para-aumento-de-cirurgias-plasticas-no-brasil>. Acesso em 10 out 2014.

JONES, M. New clothes, new faces, new bodies – cosmetic surgery and fashion. In: BRUZZI, S., GIBSON, P.C. **Fashion Cultures Revisited Theories: explorations and analysis**. New York. Routledge, 2013.

KEMP, K. **Corpo Modificado, corpo livre?** São Paulo: Paulus, 2005.

KINNUNEN, T. **‘A second youth’: pursuing happiness and respectability through cosmetic surgery in Finland**. *Sociology of Health & Illness* Vol. 32 No. 2, 2010, pp. 258–271.

LAGARDE, M. **Identidad Femenina**. Texto difundido por CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. - México), 1990
<http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto3.htm>

LAMAS, Aline. **Brasil é 1º em plásticas no bumbum e cirurgias íntimas, diz estudo**. G1. Fev. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/cirurgia-plastica/noticia/2013/02/brasil-e-1-em-plasticas-no-bumbum-e-cirurgias-intimas-diz-estudo.html> Acesso em: 02 out. 2014

LAVINAS, L. Gênero, Cidadania e Adolescência. In: MADEIRA, F.R.(Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro. Record/Rosa dos Tempos, 1997.

LEAL, Virginia *et al.* **O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva**: um estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.15, num. 1, 2010.

LEMES, W.F. **Subjetividade e cultura: o sentido da beleza para a mulher**. Dissertação apresentada à Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2006.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas, SP, Papirus, 2003.

LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo, Ed. Barcarolla, 2004.
_____. **A sociedade da decepção**. Barueri. Manole, 2007.

MACHADO, R. Por uma genealogia do Poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

MALUF, Sônia W. **O dilema de Cênis e Tirésias**: corpo, pessoa e as metamorfoses de gênero. Texto apresentado na Mesa Redonda “Corpo, sexualidade e representações”, do *Fazendo Gênero III*, Universidade Federal de Santa Catarina, maio de 1998. (mimeo).

_____. **Corpo e Corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas**. *Esboços*, Revista do Programa de Pós-Graduação em História, 2003.

MALYSSE, S. Em busca dos H (alteres) ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLBEMBERG (et al) **Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo**. Rio de Janeiro, Record, 2002.

MAUSS, Marcel. **As técnicas corporais**. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo. EPU, 1974. [Arquivo livre disponibilizado por Leandro Moura dos Reis].

MC NAY, L. **Communitarians and Feminist: The case of narrative identity**. Literature & Theology, Vol 16, nº 1, 2002.

MENZEL ET AL. **Internalization of Appearance Ideals and Cosmetic Surgery Attitudes: A Test of the Tripartite Influence Model of Body Image**. Sex Roles. Vol. 65: 469–477. Springer Science + Business Media. New York, 2011.

MISKOLCI, Richard. **Corpos elétricos: do assujeitamento à estética da existência**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 14 (3): 272, set-dez, 2006.

MONAGHAN, L. **Creating “The Perfect Body”: a variable project**. Body & Society, 1999 5:267.

MONTAGNER, M. **Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas**. Revista Ciências & Saúde Coletiva, 2006.

NASCIMENTO, C. **Entrelaçando corpos e letras: representações de gênero nos pagodes baianos**. Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. UFBA, Salvador, 2009.

NEGRIN, Llewellyn. **Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity**. Body&Society, 2002.pags 8- 21.

NOVAES, Joana de Vilhena. **O intolerável peso da feiura: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro. Ed. PUC – Rio. Garamond, 2013.

PAGAN, Manoela. **Gluteoplastia de aumento: implante de silicone no bumbum.**

Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/beleza/tudo-sobre/16731-gluteoplastia-de-aumento-implante-de-silicone-no-bumbum> Acesso em: out 2014

PERRUCHI, J. **Para uma análise sobre a incorporação de disposições normativas de prescrição dos corpos na contemporaneidade.** Bagoas: Revista de Estudos Gays.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, n. 1, jul./dez; EDUFRN. Natal, 2007.

PINHO, O. **O efeito do sexo: políticas de raça, gênero e miscigenação.** Cadernos Pagu (23), julho-dezembro de 2004, pp 89-119.

PISCITELLI, A. **Interseccionalidade, categorias de articulação e experiência de migrantes brasileiras.** Sociedade e Cultura, vol 11, nº 2, julho – dezembro, 2008.

Universidade Federal de Goiás. Goiânia.

POLI NETO, Paulo e Caponi, Sandra N.C. **A medicalização da beleza.** *Interface (Botucatu)*, Dez 2007, vol.11, nº. 23.

Revista Eletrônica Tendências e Mercados. **Cirurgia Plástica movimentou bilhões no Brasil.**

Disponível em: <http://www.tendenciasmercado.com.br/negocios/cirurgia-plastica-movimentou-bilhoes-no-brasil/out/2009> Acesso em: ago2011

RIBEIRO, Liliane. **Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença.** Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/54175518/RIBEIRO-Liliane-Brum-Cirurgia-plastica-estetica-em-corpos-femininos-a-medicalizacao-da-diferenca>

Acesso em: 15 de março de 2011.

RODRIGUES, José. **Tabu do corpo.** 7. Ed. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006.

RODRIGUEZ, P. M. **La formación de la identidad de género- Una mirada desde la filosofía. Educación Social e Igualdad de Género.** Edita Ayuntamiento de Málaga, págs 21 - 59. España, 2006.

SAMARÃO, L. A. **A mulher como embalagem do sistema: representações do corpo feminino pela publicidade.** Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

SANCHEZ TAYLOR, J. **Buying and selling breasts: cosmetic surgery, beauty treatments and risk.** *The Sociological Review*, vol.60 (635-653), 2012.

_____. **Fake breasts and power: Gender, class and cosmetic surgery.**

Women'sStudiesInternationalForum 35: 458–466. Elsevier, 2012.

SANT' ANNA B.D. Cuidados de si e embelezamento feminino: Fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT' ANNA B.D. (orgs) **Política do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais.** São Paulo, Estação Liberdade, 2005.

_____. Denise. **As infinitas descobertas do corpo.** *Cadernos Pagu*(14), 2000. P. 235-249.

SANTOS, H. M. A Construção da imagem “ideal” da mulher na mídia contemporânea. In: FERREIRA, S. L., ALVES, I., COSTA, A. A. (organizadoras) **Construindo interdisciplinaridades: estudos de gênero na Bahia.** Salvador. UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, Coleção Bahianas 11, 2008.

SANTOS, L. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador- Bahia.** Salvador: EDUFBA, 2008.

SARDENBERG, C.M.B. A mulher frente à cultura da eterna juventude: reflexões teóricas e pessoais de uma feminista “cinquentona”. In: FERREIRA, S. L., NASCIMENTO, E. R. (organizadoras) **Imagens da mulher na cultura contemporânea.** Salvador. NEIM/ UFBA, Coleção Bahianas 7, 2002.

SBCP. **Dicionário de A a Z:** Termos e palavras referentes à cirurgia plástica. Disponível em: www.cirurgiaplastica.org.br/dic/dicionario.htm. Acesso em: ago 2011.

SCHUBERT, Janete. **O corpo metamórfico: as transformações do corpo no extremo contemporâneo.** In: XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, Rio de Janeiro, 2007.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

SEPARAVICH, M; CANESQUI, A. **Girando a lente socioantropológica sobre o corpo:** uma breve reflexão. Saúde soc. vol.19 no.2 São Paulo Junho 2010.

SETTON, M.G.J. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea.** Revista Brasileira de Educação. Maio/Jun/Jul/Ago, nº 20, 2002.

SIBILIA, P. **Plastic surgeons: from beauty as a divine gift to Faustian imperatives.** Sociedad(B. Aires) vol.2, no.Se, Buenos Aires 2007.

SISCHO, L., MARTIN, P. **The price of femininity or just pleasing myself? Justifying breast surgery.** Gender Issues. Springer Science + Business Media. New York, 2014.

SWAMI ET AL. **Blame it on patriarchy: More sexist attitudes are associated with stronger consideration of cosmetic surgery for oneself and one's partner.** International Journal of Psychology. Vol 48, 6 (1221-1229). Routledge, 2013.

TOLEDO, Luís Sérgio (1994). **Corpo, Estética e Cirurgia Plástica.** In: Dantas, E. (org) **Pensando o corpo e o movimento.** Rio de Janeiro. Shape, PP 147 -150.

WINTERICH, J. **Aging, Femininity, and the Body: What Appearance Changes Mean to Women with Age.** Gender Issues. Vol 24: 51-69. Springer Science + Business Media. New York, 2007.

WITZ, A. **Whose Body Matters? Feminist sociology and the corporeal turn in sociology and feminism.** Body and Society. Vol. 6 (2): 1-24. SAGE. London, 2000.

GLOSSÁRIO

Abdominoplastia: Procedimento em que se remove o excesso de gordura e de pele e, na maioria dos casos, se restaura os músculos enfraquecidos ou separados, criando um perfil abdominal mais suave e tonificado.

Body Lifting: melhora a forma e o tônus dos tecidos subjacentes que sustentam gordura e pele. Gordura em excesso e flacidez de pele são removidas para tratar problemas causados, em parte, pela precária elasticidade dos tecidos.

Drenagem linfática: técnica de massagem que trabalha o sistema linfático, estimulando-o a trabalhar de forma rápida, movimentando a linfa até os gânglios linfáticos. A principal função da drenagem linfática é acelerar o processo de retirada dos líquidos acumulados entre as células, e os resíduos metabólicos; encaminhando-os aos vasos capilares e, por meio de movimentos específicos, direcionando para que sejam eliminados.

Endermologia: tratamento onde é utilizado um aparelho que funciona através de uma massagem feita por sucção por ventosas com ventosas com dois rolinhos que são passados por todo o corpo, proporcionando uma massagem profunda e relaxante. A principal ação é agir nos vasos linfáticos estimulando a eliminação de toxinas e gorduras presentes, acabando com as celulites e as gorduras localizadas.

Gluteoplastia: Cirurgia plástica que usa o implante de silicone para aumentar o tamanho do bumbum e também modelar o formato dos glúteos.

Lipoaspiração: Também conhecida como lipoescultura, ela remodela áreas específicas do corpo, removendo o excesso de depósitos de gordura, melhorando os contornos do corpo e a proporção.

Lipodistrofia: é quando o corpo passa a absorver e a distribuir as gorduras de maneira diferente. Diminui a gordura nas pernas, braços, nádegas e rosto, e aumenta no abdômen, tórax e nuca. Além das mudanças visíveis, há, também, o aumento dos níveis de açúcar, das gorduras do sangue, e maiores chances de aparecer diabetes e osteoporose.

Mamoplastia de Aumento: Também conhecida como mamoplastia de aumento, a cirurgia de aumento de mama utiliza implantes para dar volume aos seios ou restaurar o volume mamário perdido após perda de peso ou gravidez.

Mamoplastia Redutora: redução de mama que remove o excesso de gordura, o tecido glandular e a pele para atingir um tamanho de mama proporcional com o seu corpo e aliviar o desconforto associado com seios muito grandes.

Mastopexia: Comumente referida como cirurgia de *lifting* de mama, a mastopexia reposiciona a aréola e o tecido mamário, removendo o excesso de pele e comprimindo o tecido para compor o novo contorno da mama.

Rejuvenescimento vaginal: Cirurgia que corrige alterações no tamanho dos lábios menores (labioplastia), estreitamento da vagina (perineorrafia) e realiza correções de volume da região pubiana e lábios menores (lipoenxertia ou lipoaspiração).

Ultracavitação: Técnica não invasiva para corrigir imperfeições corporais, que também pode ser denominada de Ultralipo, Cavitação ou Liposhaper. Praticamente os três termos resumem-se ao mesmo procedimento estético. O tratamento é indicado para redução de celulite e gordura localizada, realizado por meio de um aparelho ultrassônico que induz a formação de microbolhas no tecido gorduroso.

APÊNDICE1: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS

PREPARAÇÃO

Identidade / caracterização breve

- Idade, escolaridade, profissão, ocupação, perfil familiar, história de sua infância e adolescência.

INICIAÇÃO

Tópico inicial: Antes da cirurgia plástica estética realizada

Dinâmica da vida cotidiana; relação com o corpo, significados sobre seu corpo, sua saúde, sobre sua condição de mulher antes da cirurgia; processos de modificações e práticas de cuidados corporais e estéticos que já fazem parte da sua rotina habitual.

NARRAÇÃO CENTRAL

Tópico: Trajetória de decisão e realização da cirurgia plástica estética:

Motivações para a cirurgia plástica; redes e atores de influência e/ou oposição ao procedimento de modificação corporal; busca pelo cirurgião/ã, papel deste profissional nas orientações para a cirurgia e na decisão de realizar o procedimento; percepção sobre riscos; o que modificar no corpo e os significados atribuídos a ele; expectativas projetadas frente à cirurgia e os resultados que se espera alcançar.

Tópico: Experiência da cirurgia plástica estética

A cirurgia realizada: a experiência, os temores, as expectativas no decorrer do processo cirúrgico; pós-operatório: significados sobre a dor e os possíveis desconfortos do pós-operatório; percepção sobre o resultado e a relação com a expectativa projetada; significados sobre o corpo modificado; reações e impactos de familiares e amigos.

14. Como foi a forma de pagamento da cirurgia: () recursos próprios () convênio médico
() recursos públicos através de um hospital universitário
15. Quantas outras cirurgias plásticas estéticas já realizaram?
16. Quais os tipos de cirurgias estéticas realizadas?
17. Pretensão de se submeter a uma nova cirurgia plástica estética?
() Sim () Não
18. Se sim para para fazer que tipo de cirurgia?
19. Na sua decisão por realizar cirurgia plástica, você teve alguma influência importante? () Sim () Não
20. Se sim, quais as maiores influências:
() amigas
() outras mulheres
() família
() companheiro/a
() mídia
() outros. Qual? -----
21. Quais as práticas de cuidados corporais que fazem parte da sua rotina diária, semanal ou mensal?

APÊNDICE3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidada a participar do Projeto de Pesquisa “**Mudar de corpo: novos sentidos atribuídos ao corpo por mulheres de camadas médias de Salvador- Ba que realizaram cirurgias plásticas estéticas**” de responsabilidade da pesquisadora Márcia Cristina Graça Marinho, com coordenação do pesquisador Professor Doutor Jorge Bernstein Iriart. A pesquisa tem por objetivo compreender como as cirurgias plásticas estéticas realizadas por mulheres colaboram a construção de novas noções sobre corpo, saúde e gênero, assim como identificar mudanças ocorridas na vida das mulheres após a cirurgia plástica realizada.

Será realizada uma entrevista que será gravada em recurso de áudio e em seguida o preenchimento de uma ficha breve de informações pessoais, cujos dados de ambos os instrumentos serão mantidos em inteiro sigilo e confidencialidade.

As informações prestadas nesta entrevista não lhe causarão nenhum tipo de prejuízo pessoal e nem lhe causarão qualquer situação de constrangimento e/ou confrontações de suas opiniões com as demais entrevistadas. Não haverá nenhum tipo de remuneração e/ou gratificação para participar desta Pesquisa, assim com a mesma não lhe acarretará nenhum tipo de despesa. Quaisquer dúvidas e/ou necessidades de novos esclarecimentos você poderá contatar com a pesquisadora Márcia Cristina Graça Marinho através dos telefones: 3017-5782 (res) e 9984-5949.

Neste sentido, eu, _____, declaro, para os devidos fins, que estou ciente dos propósitos, finalidades e etapas da Pesquisa **Mudar de Corpo: novos sentidos atribuídos ao corpo por mulheres de camadas médias de Salvador - Ba que realizaram cirurgias plásticas estéticas**, e que concordo em participar da mesma, de livre e espontânea vontade, fornecendo informações que serão gravadas e posteriormente utilizadas pela pesquisadora para o fim a que se destina.

Tenho ciência que minha identidade pessoal será mantida em sigilo e que minha participação não apresenta nenhum risco a minha pessoa. Certifico ainda que poderei a qualquer momento

retirar o meu consentimento e interromper minha participação na pesquisa, sem prejuízo a minha pessoa. Cumprindo-se estas prerrogativas, concordo e atesto minha participação neste estudo de livre e plena vontade, ao qual confirmo através deste Termo, assinado em duas vias, uma que ficará comigo e outra com a pesquisadora.

Salvador, ____, _____ de 2011

Assinatura da participante

Assinatura do/a pesquisadora