

**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CULTURA DA BELEZA: CORPO IDEAL, CIRURGIA ESTÉTICA E A
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS**

VIRGINIA COSTA LIMA VERDE LEAL

**FORTALEZA-CE
2007**

VIRGINIA COSTA LIMA VERDE LEAL

**CULTURA DA BELEZA: CORPO IDEAL, CIRURGIA ESTÉTICA E A
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Fontenelle Catrib

Co-Orientador: Prof^o. Dr^o. Rosendo Freitas de Amorim

FORTALEZA-CE
2007

VIRGINIA COSTA LIMA VERDE LEAL

**CULTURA DA BELEZA: CORPO IDEAL, CIRURGIA ESTÉTICA E A PROMOÇÃO
DA SAÚDE DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS**

Grupo de pesquisa: Saúde nos espaços educacionais

Linha de pesquisa: Políticas e práticas na promoção da saúde

Núcleo temático: NUTES – Núcleo temático de educação e saúde

Data de Aprovação: 3 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Ana Maria Fontenelle Catrib - UNIFOR
Orientadora

Prof^o. Dr^o Renan Magalhães Montenegro Júnior - UFC
Membro Efetivo

Prof^o Dr^o Miguel Ângelo Montagner - UNICAMP
Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a Maria Lúcia Magalhães Bosi - UFC
Membro Suplente

Dedico esta dissertação aos meus pais Celso e Norma pelo investimento educacional e apoio neste trabalho, aos meus irmãos Celsinho, Marquinhos e Nayde e ao meu amor André pela dedicação e principalmente pela paciência durante este percurso.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela saúde e energia concedida para a realização deste estudo.

À professora **Ana Catrib**, orientadora e amiga, pelo exemplo de uma boa profissional, pela constante atenção, flexibilidade e principalmente pela disponibilidade e apoio às minhas idéias.

À **minha mãe**, pelo entusiasmo, incentivo e exemplo de determinação, itens fundamentais para este trabalho.

Ao **meu pai**, pelos ensinamentos, apoio e principalmente por acreditar em mim.

Aos **meus irmãos** Celsinho e Marquinhos, pelo apoio e estímulo durante o mestrado.

Ao professor **Rosendo**, pelas dicas de leitura e contribuições fundamentais para esta dissertação.

Às professoras **Malu Bosi** e **Marilyn Nations**, pelas sugestões durante a qualificação do projeto.

Aos professores membros da Banca, **Miguel Montagner** e **Renan Montenegro Jr.**, pelas valiosas contribuições e disponibilidade.

Aos **professores** e **funcionários** do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo apoio e ensinamentos.

À professora **Raimundinha**, coordenadora do mestrado, pela qualidade do curso.

À **CAPES**, pela bolsa concedida.

À **Francisca** e **Maria**, pelo apoio educacional e as primeiras noções em educação em saúde.

Ao meu padrasto **Jesus**, por proporcionar um ambiente de estudo tranquilo.

A **Lucinha**, pela ajuda durante os momentos de estudo.

Aos **amigos** e confidentes Rosane, Roberto, Thicy, Roxane, Alice, Marcelo, Kamilla, Kilvya, Bryan, Daniel e Júlia, pelo apoio e pelos momentos lúdicos, importantes neste processo.

Aos **participantes** da pesquisa, pela disponibilidade, e aos **colegas** do mestrado pela atenção.

À minha sogra, **Ana Maria** pela ajuda nos contatos com os médicos.

À minha cunhada **Roberta**, pelas conversas alegres em momentos de cansaço.

À **Belisa**, pelo apoio profissional.

À minha amiga **Maxmiria**, pelo seu carinho e paciência nos momentos difíceis e por me ouvir sobre a seleção de mestrado, construção do projeto e desenvolvimento da dissertação.

A toda a minha **família**, tios, avô, avó, primos, pela presença e apoio não somente no mestrado, mas em minha vida.

À **Josiane** Vasconcelos, pela escuta e por ter proporcionado momentos de reflexões importantes para a elaboração do meu projeto de mestrado.

Ao **André**, pelo apoio, paciência, ensinamentos teóricos e principalmente pelo seu amor e segurança, fundamentais neste percurso.

Verdadeiro arquivo vivo, inesgotável fonte de desassossego e de prazeres, o corpo de um indivíduo pode revelar diversos traços de sua subjetividade e de sua fisiologia mas, ao mesmo tempo, escondê-los. Pesquisar seus segredos é perceber o quanto é vão separar a obra da natureza daquela realizada pelos homens: na verdade, um corpo é sempre "biocultural", tanto em seu nível genético, quanto em sua expressão oral e gestual (Denise Bernuzzi de Sant'Anna)

RESUMO

A cirurgia estética, que tem como objetivo o embelezamento, popularizou-se e deixou de ser um procedimento restrito à classe alta em virtude de preços mais acessíveis, progressos tecnológicos, mas também pela valorização de padrões estéticos de um corpo idealizado. O corpo, na cultura ocidental, por muitos séculos, foi rechaçado, temido e desvalorizado; hoje, diferentemente, é supervalorizado e tornou-se um bem precioso, por este motivo é cuidado e modelado, pois a ele são atribuídos os sucessos e as virtudes do indivíduo contemporâneo. Por este motivo, um corpo belo, magro e jovem, para muitos, transformou-se em mandamentos da atualidade, adquirindo o caráter de um novo arquétipo da felicidade e do bem-estar. Na busca de um corpo ideal, muitos, procuram por cirurgias estéticas como solução de insatisfações, e melhoria da auto-estima. Contudo, algumas pessoas, na busca de se enquadrar aos padrões estabelecidos pela cultura da beleza, acabam prejudicando a saúde no lugar de promovê-la. Diante do exposto, esta pesquisa procurou compreender a relação da cirurgia estética com a promoção da saúde, por meio de um estudo qualitativo, com os objetivos de compreender as crenças, as atitudes, as percepções e os processos culturais subjacentes às narrativas das universitárias, submetidas à cirurgia estética e dos cirurgiões plásticos, a partir da perspectiva da promoção da saúde, e, descrever os critérios empregados pelos médicos e suas clientes na decisão de realizar a cirurgia estética, e as percepções sobre os resultados, segundo expectativas. Os relatos foram analisados a partir de três enfoques: a cirurgia estética no contexto da saúde coletiva, o corpo como uma construção simbólica e a promoção da saúde como processo de trabalho da saúde coletiva. De acordo com os participantes da pesquisa, a cirurgia estética pode promover saúde, contudo os cirurgiões entrevistados ressaltam que este procedimento, dependendo da situação, pode trazer problemas em vez de solucioná-los. Os resultados demonstram que o corpo deve ser entendido como algo mais complexo do que o corpo físico e visível, pois muitos que buscam a cirurgia estética continuam insatisfeitos, visto que suas insatisfações atribuídas ao físico são também da alma. Todavia a cirurgia pode contribuir para uma vida mais saudável e bem-estar como descreveram as jovens e os médicos entrevistados. Concluímos que o fato do procedimento ser promotor da saúde ou de doenças depende do que se busca com a cirurgia; para isso, uma avaliação sobre as motivações e expectativas do paciente demonstrou ser um recurso de fundamental importância.

Palavras-chave: corpo; cirurgia estética; promoção da saúde.

ABSTRACT

The plastic surgery that has the objective of beautifying became popular and is no longer a procedure restricted to the upper class due to more accessible prices, technological progress, but also due to the valorization of aesthetic standards of an idealized body. The body, in the western culture, has been repelled for many centuries, feared and devalued, today, differently, it is highly valued and became a precious property, for this reason it is cared for and modeled, for it is attributed to it the successes and virtues of the contemporary individual. For this reason, a beautiful, thin and young body, for many, became today's commandment, acquiring the character of a new archetype of happiness and well-being. In the search of an ideal body, many look for plastic surgeries as a solution of dissatisfactions, and improvement of self-esteem. However, some people in the quest of fitting themselves into the standards established by the culture of beauty end up harming their health instead of promoting it. In light of what was exposed, this research seeks to understand the relation of plastic surgery with the promotion of health by means of a qualitative study with the Understand the convictions, attitudes, perceptions and cultural processes underlying the narratives of female university students and plastic surgeons, from the perspective of health promotion and describe the criteria employed by doctors and their patients on the decision to perform the surgeries, and the perceptions about the results, according to expectations. The reports were analyzed through three perspectives: the plastic surgery in the context of collective health, the body as a symbolic construction and the promotion of health as a process of work of collective health. According to the participants of the research, the plastic surgery can promote health, nevertheless the interviewed surgeons emphasized that this procedure, depending on the situation, can bring problems instead of solving them. The results show the body must be understood as something more complex than the physical and visible body, for many that seek the plastic surgery continue dissatisfied, since their dissatisfactions attributed to the physique are also of the soul. Still the surgery can contribute to a healthier life and well-being as the young females and doctors interviewed describe. We concluded that the fact of the procedure be a promoter of health or diseases depends on is searched for with the surgery, an evaluation about the motivations and expectations of the patient showed to be a fundamentally important resource.

Keyword: body; plastic surgery; health promotion.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| O DESEJO DE COMPREENDER A RELAÇÃO DA CIRURGIA ESTÉTICA COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE | 10 |
| 1. OBJETIVOS..... | 13 |
| 2. A TRAJETÓRIA PERCORRIDA NA PESQUISA..... | 14 |
| 2.1 Tipo do estudo..... | 14 |
| 2.2 Ambiente da pesquisa..... | 15 |
| 2.3 Participante do estudo..... | 15 |
| 2.4 Coleta de dados | 17 |
| 2.5 Processamento e análise dos dados | 19 |
| 2.6 Aspectos éticos | 20 |
| 3. A CIRURGIA ESTÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA..... | 22 |
| 3.1 A saúde coletiva como fenômeno social..... | 22 |
| 3.2 A cirurgia estética como problema da saúde coletiva..... | 24 |
| 4 . O CORPO COMO UMA CONSTRUÇÃO SIMBÓLICA..... | 42 |
| 4.1 Os discursos sobre o corpo..... | 42 |
| 4.1.1 Os discursos sobre o corpo na Antiguidade grega..... | 46 |
| 4.1.2 O discurso cristão sobre o corpo..... | 49 |
| 4.2 O produto corpo | 53 |
| 5. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE COLETIVA..... | 58 |
| 5.1 Promoção da saúde: algumas definições..... | 58 |
| 5.2 A promoção de ambientes sociais favoráveis à saúde..... | 61 |
| 5.3 A cirurgia estética e a promoção da saúde | 63 |
| 6. CIRURGIA ESTÉTICA: PROMOTORA DA SAÚDE?..... | 69 |
| REFERÊNCIAS..... | 74 |
| APÊNDICES..... | 85 |
| ANEXO..... | 90 |

O DESEJO DE COMPREENDER A RELAÇÃO DA CIRURGIA ESTÉTICA COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este trabalho tem como objetivos compreender as crenças, as atitudes, as percepções e os processos culturais subjacentes às narrativas de universitárias, submetidas à cirurgia estética, e de cirurgiões plásticos, a partir da perspectiva da promoção da saúde, descrever os critérios empregados pelos médicos e suas clientes na decisão de realizar a cirurgia estética, e as percepções sobre os resultados, segundo expectativas.

Os referidos objetivos surgiram a partir do desejo de desvelar a relação da cirurgia estética com a promoção da saúde. O direcionamento deste estudo deu-se por meio do questionamento sobre a medida em que a cirurgia estética pode promover saúde. Partimos do interesse de trabalhar com a subjetividade e as representações sociais. Para isso, coletamos opiniões de pessoas que se submeteram à cirurgia estética como também daqueles que executaram os procedimentos cirúrgicos com finalidade estética. Consideramos que para uma compreensão ampliada deste questionamento deveríamos tentar entendê-lo a partir daqueles que participam deste procedimento em ambos os lados, no caso, os médicos e os pacientes.

Dividimos em quatro capítulos, além da **introdução** (o desejo de compreender a relação da cirurgia estética com a promoção da saúde), **objetivos** e **conclusão** (cirurgia estética: promotora da saúde?), a construção desta dissertação. O primeiro é composto pela descrição dos procedimentos metodológicos que seguimos para a realização da coleta e análise dos dados da pesquisa e planejamento da dissertação. Seguem a este, três capítulos cujos dados da pesquisa são analisados na medida em que são apresentadas as fundamentações teóricas e alguns estudos anteriores que ajudam nas argumentações sobre a temática.

A primeira parte de análise corresponde, neste trabalho, ao terceiro item do sumário e é denominado de **A cirurgia estética no contexto da saúde coletiva**. Neste momento tratamos sobre o surgimento da noção de saúde coletiva e a mudança de paradigma dos conceitos de saúde, de homem e de corpo, sendo estes entendidos de uma forma mais complexa e contextualizados. Enfatizamos as questões que defendem a saúde como um fenômeno social e sua relação com a

cirurgia estética. Dessa forma, destacamos que a cirurgia estética progrediu com os avanços tecnológicos, com o rompimento da fronteira da pele o que permitiu mudanças corporais, mas também com a mudança do valor que a imagem e a aparência ganharam na medida em que a cultura midiática foi tornando-se hegemônica, cultura esta, que fundamenta a cultura da beleza. Atualmente, muitas pessoas ultrapassam seus limites corporais e psicológicos em busca de modelos e corpos idealizados.

O capítulo seguinte tem como título **O corpo como uma construção simbólica**. Neste tópico, contextualizamos o corpo como algo físico e biológico, permeado por conjuntos de crenças e discursos que contribuem na organização da experiência corporal. Apresentamos também diferentes concepções de corpo com mudanças extremas na percepção deste, pois se na Idade Média o corpo era condenado a punições para purificação da alma, hoje, este, além da possibilidade de salvação tornou-se sinônimo do Eu do sujeito, ou seja, o que se vê fisicamente virou o que se é.

No penúltimo capítulo abordamos a **Promoção da saúde como processo de trabalho da saúde coletiva**. Nosso objetivo com esta parte foi discutir sobre diversos conceitos de promoção da saúde na perspectiva de instituições como o Ministério da Saúde, além das conferências internacionais sobre a promoção da saúde, para posteriormente compararmos com as percepções dos participantes da pesquisa sobre a relação da cirurgia estética com a promoção da saúde, os quais (médicos e jovens) demonstram bastante favoráveis a este procedimento ao considerá-lo promotor de saúde.

Finalizamos o trabalho com o último capítulo denominado de **Cirurgia estética: promotora da saúde?** Nesta etapa do estudo, procuramos finalizar o trabalho respondendo ao nosso questionamento inicial, que mobilizou e problematizou o surgimento desta dissertação. O intuito deste capítulo foi refletir sobre a indagação a partir das informações contidas nos capítulos anteriores, as quais foram adquiridas por meio da revisão de literatura sobre o tema e informações coletadas com os entrevistados. Levamos em consideração a opinião dos participantes que afirmaram sobre os benefícios psíquicos e físicos da cirurgia estética, no entanto, também confrontamos estes dados com informações encontradas em literatura e casos relatados pelos médicos que ressaltam a

importância uma avaliação minuciosa para a escolha do possível paciente, visto que a cirurgia pode, em algumas situações, no lugar de promover saúde, prejudicá-la.

Enfatizamos a importância desta investigação, pelo motivo que cotidianamente a mídia e a população, de uma forma geral, enfatizam os benefícios da cirurgia plástica, na qual os perigos são minimizados, o que contribui para uma banalização e prejuízos à saúde da coletividade, visto que a cirurgia estética democratizou-se com preços mais acessíveis e possibilidades de pagamento mais viáveis para muitos. Somado a isso, na contemporaneidade, o corpo adquiriu um papel muito importante, com isso, o número de adeptos ao culto da beleza e do corpo ideal vem crescendo a cada ano, tornando a cirurgia estética um fenômeno coletivo em nossa cultura, por isso deve ser de interesse da saúde coletiva, pois consiste num procedimento que tanto promove saúde como promove doenças.

Acreditamos que a temática de nossa pesquisa seja importante tanto para a população como também para as comunidades acadêmicas de saúde e de ciências sociais, pois precisamos cada vez mais despertar para estudos que percebam o corpo como um produto social e, por conseguinte, a saúde codificada por representações sociais.

1. OBJETIVOS

Compreender as crenças, as atitudes, as percepções e os processos culturais subjacentes às narrativas das universitárias, submetidas à cirurgia estética, e cirurgiões plásticos, a partir da perspectiva da promoção da saúde.

Descrever os critérios empregados pelos médicos e suas clientes na decisão de realizar a cirurgia estética, e as percepções sobre os resultados, segundo expectativas.

2. A TRAJETÓRIA PERCORRIDA NA PESQUISA

2.1 Tipo e natureza da pesquisa

A escolha da metodologia a ser utilizada em um trabalho de pesquisa é imprescindível para o seu sucesso, devendo estar pautada nos objetivos que se desejam alcançar, bem como estando coerente ao espaço onde tal pesquisa será realizada. O desenvolvimento de uma pesquisa exige, entre outras coisas, um planejamento geral e um plano específico para a coleta e análise de dados.

Esta pesquisa constituiu-se, primeiramente, numa pesquisa bibliográfica sobre a temática do estudo, com o intuito de uma busca sistemática sobre descobertas e opiniões divulgadas acerca do assunto para uma delimitação dos objetivos, características dos participantes, escolha das técnicas a serem usadas na coleta de dados e referenciais para análise.

O trabalho seguiu-se com uma pesquisa de campo que, segundo Bastos (2007) põe o pesquisador em contato direto com o fenômeno estudado. Foi subsidiado por uma abordagem qualitativa, uma vez que esta se enquadra no propósito de trabalharmos diretamente com os sujeitos da pesquisa, com o intuito de reconhecer narrativas, crenças, percepções¹ e sentimentos sobre o objeto de investigação, os quais não poderiam ser aprofundados a partir de um trabalho de abordagem unicamente quantitativa.

A pesquisa qualitativa foi tornando-se mais presente dentro do trabalho científico a partir do momento em que se percebeu que valores e emoções permaneciam escondidos nos dados estatísticos das pesquisas quantitativas (QUEIROZ,1988). De acordo com Bastos (2007), as pesquisas qualitativas são multimetodológicas, pelo fato da multiplicidade de procedimentos e de técnicas de coleta de dados. Estas são entendidas como:

¹O ato de perceber não se restringe a um mero registro mecânico do mundo fenomenal, ausente de um si - mesmo. Na fresta da percepção, as relações entre um sujeito que percebe e um objeto que é percebido não são radicalmente unilaterais; não apresentam neutralidade de um simples perceber, isento de sentido (DERDYK, 2003, p. 52)

(...) aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1998,p.10)

As pesquisas, de natureza qualitativa, não permitem a generalização dos resultados, contudo apresentam a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada sobre fenômenos coletivos e subjetivos o que potencializa novos conhecimentos e reflexões.

2.2 Ambiente e período da pesquisa

O ambiente universitário foi o escolhido para a realização da pesquisa, por tratar-se de espaço apropriado para encontrarmos as jovens universitárias de faixa etária entre 18 e 29 anos, que atendiam os critérios estabelecidos para a participação no estudo. No entanto, as participantes foram selecionadas através de uma clínica na qual realizaram drenagem linfática após os procedimentos cirúrgicos, em função da dificuldade de acesso a esse grupo no local previsto inicialmente. A Clínica, localizada no Centro de Fortaleza-Ceará, foi criada em 1996 e conta com seis profissionais que atuam nos setores de psicanálise, clínica geral, odontologia, gastroenterologia, eletroacupuntura e fisioterapia dermatofuncional pós-cirúrgico.

O setor de fisioterapia da clínica atende a cerca de 13 pacientes por dia nas diversas faixas etárias e níveis de escolaridade, dentre estas, as participantes do nosso estudo. Vale ressaltar que os arquivos e documentos do setor estavam bem estruturados, organizados e disponíveis para o desenvolvimento do estudo.

Os médicos foram entrevistados em seus consultórios e nos hospitais, nos quais trabalham. A coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2007.

2.3 Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa compuseram dois grupos de sujeitos: jovens universitárias (quatro participantes) e cirurgiões plásticos (quatro participantes). Em ambos os grupos, um dos critérios para a seleção foi o interesse em participar do estudo e a disponibilidade manifestados.

Com o intuito de resguardar a identidade dos participantes, atribuímos nomes de deuses (Zeus, Dioniso, Apolo e Eros) aos cirurgiões, visto que em nossa sociedade eles são, muitas vezes, tidos como salvadores e milagreiros, e nome de deusas (Afrodite, Deméter, Hera e Atena) para as jovens, pois estas, ao buscarem a cirurgia estética, esperam transforma-se em mulheres mais bonitas e sedutoras e poderosas como as deusas.

Pelo fato da cirurgia estética ocorrer com maior frequência no sexo feminino, escolhemos este sexo com um dos itens de inclusão na investigação. As jovens universitárias selecionadas para o estudo tinham idade entre 18 e 29 anos, pertenciam à classe média e média alta. Destas, duas (Afrodite e Atena) não tinham atividade profissional fixa nem recursos próprios para arcar com os custos das cirurgias que foram financiadas e apoiadas pelos seus genitores ou outro membro da família. Hera revelou ter contribuído com uma parcela simbólica do valor da cirurgia e Deméter financiou a sua.

Das quatro participantes somente uma era casada (Deméter) e portanto não residia com os pais, as demais eram dependentes da família e todas já haviam se submetido a mais de uma cirurgia estética. Afrodite (22 anos) fez cinco cirurgias, Atena (23 anos), Deméter (29 anos) e Hera (22 anos) passaram por dois procedimentos cirúrgicos.

Todas as entrevistadas estavam com alta clínica da cirurgia estética e como resultado cirúrgico tinham alcançado o seu ponto máximo na perspectiva médica. Esta seleção foi realizada a partir da identificação do perfil determinado no âmbito deste estudo, em suas fichas de acompanhamento que constavam nos arquivos da clínica citada anteriormente. O proprietário da clínica possibilitou o acesso da pesquisadora aos documentos e fichas das pacientes após a apresentação de um Termo de Autorização de Fiel Depositário (Apêndice A).

A opção por trabalhar com jovens mulheres universitárias deve-se ao fato de que este grupo apresenta dois fatores considerados relevantes para o estudo. O primeiro é relativo à redução significativa da faixa etária de mulheres que se submetem à cirurgia estética, prática que até alguns anos atrás era associada a idades mais avançadas em virtude do envelhecimento, através de procedimentos cirúrgicos para correção de marcas do tempo. Atualmente o número de cirurgias estéticas vem aumentando consideravelmente entre os jovens, o que desperta

nosso interesse na investigação das motivações desta faixa específica de idade de 18 a 29 anos.

Dessa forma, a realização desta pesquisa envolvendo jovens acadêmicas, que vivenciam o cotidiano universitário, parece-nos oportuna e necessária na perspectiva da promoção da saúde e de ambientes saudáveis, a partir do autocuidado com o corpo em sua integralidade. Na opinião de Catrib *et al* (2003, p.39), “no espaço educacional, o saber teórico e prático sobre saúde e doença foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico da época e as questões sobre saúde abordadas a partir do referencial histórico de cada momento”. Concordamos com tal afirmação e buscamos ampliar esta concepção, considerando que o processo de construção de ambientes saudáveis, por ser um evento social, conduz às formas de trabalhar e viver que apontam para diferentes necessidades de saúde das pessoas.

O segundo fator, a delimitação pelo nível superior de escolaridade, deve-se ao interesse em se trabalhar com um grupo que supostamente tenha uma maior possibilidade de acesso à informação, além de potencial para o desenvolvimento de análises críticas.

Os médicos selecionados participaram dos procedimentos cirúrgicos e pós-cirúrgicos das universitárias e trabalham diretamente com cirurgia plástica do tipo estética que, segundo Pitanguy (1992), objetiva melhorar a forma, divergindo da cirurgia reparadora que possui como intuito principal a recuperação e restauração da forma. Não foram incluídas cirurgias de rejuvenescimento visto que as entrevistadas são jovens e saudáveis.

Os profissionais pertencem ao sexo masculino, contando com muita credibilidade no estado do Ceará, constituem-se como referência na área cirúrgica por sua competência e sucesso nos procedimentos estéticos. Foram indicados pelas universitárias que demonstraram confiança no seu trabalho. Zeus (55 anos) e Dioniso (57 anos) atuam há mais de 25 anos na profissão; Apolo (30 anos) e Eros (34 anos) estão há menos tempo no mercado de trabalho.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas (Apêndice B e C) gravadas com autorização prévia dos participantes, mediante assinatura de Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) no qual foi explicitado o objetivo da pesquisa, a garantia de que seu nome não seria revelado e de que poderia desistir de participar como informante a qualquer momento que julgasse oportuno.

A escolha da entrevista como técnica de coleta de dados ocorre porque esta possibilita a percepção do que é vivenciado pelos participantes, já que os entrevistados falaram sobre tópicos relacionados a temas específicos, tendo maior flexibilidade em suas repostas o que enriquece ainda mais os tópicos abordados.

Para Ludke e André (1986) a grande vantagem da entrevista sobre as outras técnicas de pesquisa qualitativa é que ela permite a interação entre o entrevistado e o pesquisador, havendo uma atmosfera recíproca entre quem pergunta e quem responde principalmente em entrevistas em que não exista uma ordem rígida de questões. As informações fluem de acordo com o clima cordial que se estabelece entre o entrevistado e o entrevistador.

Bastos (2007) escreve que o fato da entrevista possuir uma natureza interativa, possibilita o trato de temas que dificilmente poderiam ser investigados com formulários ou questionários. No entanto, esta técnica exige conhecimento acerca do assunto, mas também sensibilidade do pesquisador.

O tipo de entrevista utilizada foi a semi-estruturada em virtude de concordarmos com Cunha (2002) quanto à facilidade desta forma de entrevista favorecer as informações necessárias e ainda possibilitar uma flexibilidade ao entrevistador e entrevistado.

As entrevistas ocorreram em dois momentos distintos e conseqüentes. No primeiro foram entrevistadas as universitárias em local e hora marcados e posteriormente entramos em contato com seus médicos e agendamos as entrevistas em horário e local apropriado para estes. Nessas ocasiões, colhemos as narrativas e observamos na interação os gestos não-verbais e verbais (MEAD,1967).

Para tanto, utilizamos como instrumento o roteiro da entrevista, capaz de orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, devendo ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1998). Segundo a autora, do roteiro de entrevista devem constar apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e deve responder às seguintes condições:

- Cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto, e todas elas devem se encaminhar para lhe dar forma e conteúdo.
- Deve permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la.
- Deve contribuir para fazer emergir a visão, os juízos e as relevâncias com respeito aos fatos e às relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

A finalização da coleta de dados ocorreu como explica Alves (1991) com a chegada a um “ponto de redundância” que consiste no momento em que as informações coletadas fiquem suficientemente confirmadas e dados novos cada vez mais escassos. Neste momento finalizamos a pesquisa de campo.

2.5 Processamento e análise dos dados

Neste estudo utilizamos como estratégia para o processamento e análise dos dados coletados, na pesquisa bibliográfica e de campo, a noção de representações sociais, como possibilidade de compreensão da relação da cirurgia estética com a promoção da saúde.

De acordo com Brito e Catrib (2004) o conceito de representações sociais se estabelece no limite entre a Psicologia e a Sociologia. Sobre a sua constituição Porto (2006, p.3) comenta:

Nascida com Durkheim nos primórdios da constituição da Sociologia como ciência, como Representações Coletivas, a noção foi re-trabalhada, re-visitada e sistematizada pela Psicologia Social, mais precisamente por Moscovici que também foi o responsável por seu re-batismo como Representações Sociais. Juntamente com Moscovici, Jodelet (2001) é, na psicologia social, a autora que, estudando representações sociais, tem insistido na necessidade que os indivíduos ressentem de se situarem no mundo, explicar esse mundo e se explicarem dentro dele, apontando, ao mesmo tempo, para o fato de as representações sociais serem a forma como os indivíduos concretizam tal necessidade.

A teoria das representações sociais questiona a dicotomia entre individual e coletivo, proposta por outras teorias, pois entende que estas duas dimensões não podem ser compreendidas separadamente, visto que se relacionam dialeticamente, como afirma Lane (1985) ao descrever o ser humano como resultado de sua história pessoal e da história da sua sociedade.

Para Carvalho, Accioly e Raffin (2006, p.1) *as representações sociais constituem um caminho para a ação e é necessário que se possa apreendê-las não apenas como um sistema de cognições, mas destacar o contexto onde elas são produzidas*. Por este motivo, o reconhecimento de narrativas, crenças e processos culturais subjacentes às percepções dos entrevistados na perspectiva da promoção da saúde teve como base esta teoria. Ela nos permitiu uma compreensão da realidade estudada, comum aos entrevistados, o que contribuiu na captação de informações e ilustrações a partir das vivências dos participantes em relação a cirurgia estética e o corpo, já que compreendemos o corpo como uma construção individual e social.

A teoria das representações sociais foi neste trabalho um caminho produtivo para a apreensão de crenças e valores dos entrevistados sobre a temática do estudo. Pudemos analisar e perceber, por meio dos discursos, representações sociais orientadoras de condutas, no caso em questão, a cirurgia estética. Dessa forma concordamos com Brito e Catrib (2004,p.6)

(...) que essa teoria contém potencial suficiente para a análise a ser realizada, uma vez que, (...), as representações sociais fazem parte do sistema simbólico que produz o conhecimento sobre o mundo, atribuindo significado à realidade, e através dessa rede simbólica de sentidos, é possível pensar o mundo de certas práticas sociais. Elas se manifestam em palavras, sentimentos, gestos, idéias, opiniões e condutas, depois se institucionalizam.

Partimos então, da afirmação de Lane (2000) de que os nossos discursos são construídos por representações sociais sobre o mundo e sobre nós mesmos, por isso, com as entrevistas, tivemos a oportunidade de reconhecer conteúdos ideológicos, crenças e valores na fala dos entrevistados sobre o tema proposto; esses conteúdos formaram as representações sociais sobre o corpo, a cirurgia estética e a saúde. As falas dos entrevistados foram usadas de forma sistemática como modo de ilustrar e ao mesmo tempo corroborar as hipótese teóricas e os achados da pesquisa.

2.6 Aspectos Éticos

Os procedimentos éticos foram observados nesta pesquisa, nos termos da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos

bioéticos na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; deixamos expresso que todos os princípios ali capitulados foram observados.

Quanto à BENEFICÊNCIA, acreditamos que esta pesquisa, na perspectiva de desenvolver uma ação de promoção da saúde mais empática foi ética. Quanto à NÃO-MALEDICÊNCIA, procuramos efetuar os procedimentos de coleta de dados para a pesquisa em ambiente apropriado, na tentativa de não nos afastarmos das situações habitualmente vividas no cotidiano dos participantes. Em assim procedendo, estávamos tentando diminuir o impacto psicológico da presença de um estranho que “entra” na vida das pessoas para obter informações sobre esta, desarmonizando o fluxo cotidiano das experiências. Obviamente, estar o pesquisador participando desses momentos poderia interferir na autonomia dos sujeitos em participar da pesquisa, ao estar escudado, embora involuntariamente, no poder simbólico representado. Este ponto requereu um cuidado criterioso na abordagem do trabalho de campo para não ferir o princípio da AUTONOMIA. Assim sendo, o primeiro contato entre o paciente e o profissional de saúde deu-se sem intenção de coletar dados.

Vale ressaltar também que todos os envolvidos na pesquisa tiveram seu anonimato preservado, foram consultados previamente sobre o interesse em participar, para que só a partir de assinarem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, fossem considerados sujeitos da pesquisa, visto que estes foram informados que teriam o direito de desistir em qualquer fase do estudo.

Os resultados do estudo estarão à disposição para que toda a comunidade tenha acesso à totalidade de informação, resguardando o anonimato dos participantes.

Atendendo as solicitações do Mestrado em Saúde Coletiva, o Projeto de Pesquisa também foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Núcleo de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade de Fortaleza, para apreciação e anuência.

3. A CIRURGIA ESTÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA

3.1 A saúde coletiva como fenômeno social

A inserção das ciências humanas e sociais no campo da saúde, constituiu o que atualmente denominamos de saúde coletiva. Esta inserção tornou possível um movimento no que se refere a um olhar diferenciado nos saberes e práticas do fenômeno saúde. Conceitos como o de homem, o de corpo e o de saúde foram redefinidos para além do biológico (BOSI, 2006).

A saúde coletiva traduz uma concepção que compreende a saúde como um fenômeno social, e de interesse público, entendida como um direito relacionado à efetivação da cidadania e constituindo-se num dever do Estado. As origens da constituição deste campo remontam ao trabalho político e teórico de pesquisadores e docentes de universidades e de escolas de saúde pública. O trabalho no campo da saúde coletiva forneceu suporte a um movimento político, em torno da crise da saúde². Este movimento contribuiu para a formulação de mudanças identificadas como a Reforma Sanitária Brasileira ³(UFBA,2007).

A noção de saúde coletiva nasceu na década de 1970 com a discussão sobre os determinantes do processo de saúde e de doença. A partir daí, surgiu o entendimento de que mesmo as doenças tendo as suas causas diretas devido a

² A crise da saúde manifesta-se nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da insatisfação da opinião pública e da iniquidade. A crise neste setor não constituiu um problema exclusivo do Brasil e de países em desenvolvimento. Na constituição de reformas no setor da saúde são necessárias medidas como: a descentralização, a mudança institucional em nível cultural, o desenvolvimento da capacidade de monitorar a situação de saúde em diferentes setores sociais , a participação social, o reconhecimento da diversidade de atores sociais e de interesses quanto a financiamento, regulação, gestão e prestação de serviço, e o impacto das intervenções sobre as iniquidades em saúde (MENDES, 1996).

³ O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde (...) No nosso país o movimento da reforma sanitária começou no final dos anos 60 e início dos 70 – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.1).

fatores biológicos e individuais, são influenciadas pelas condições sociais e culturais, ou seja, coletivas (FLEURY,2006).

A doença de Chagas, por exemplo, tem como transmissor direto um besouro, no entanto, este inseto, costuma aparecer com maior frequência em comunidades com condições econômicas precárias, o que demonstra o caráter social da doença, pois por meio de estudos epidemiológicos percebemos que algumas enfermidades são mais frequentes em determinadas áreas, classes sociais, comunidades ou gêneros.

A saúde coletiva engloba o entendimento da saúde relacionada tanto aos fatores considerados pela saúde pública tradicional como água infectada e lixo dentre outros, mas também as causas socioeconômicas e socioculturais que contribuem para que essa água seja mais infectada em alguns ambientes do que em outros (FLEURY, 2006). Por este motivo, o objeto teórico e empírico da saúde coletiva inclui tanto os saberes da saúde pública tradicional como também outros conhecimentos⁴.

De acordo com Coelho e Almeida Filho (2003), o campo da saúde coletiva nos convida a uma abordagem transdisciplinar, pois esta parte da noção de saúde como algo interligado ao ambiente da pessoa, já que considera o fato de que hábitos culturais podem tanto favorecer a saúde como prejudicá-la.

O objeto de investigação e práticas em saúde coletiva inclui três dimensões que necessitam ser apresentadas no âmbito de nosso estudo. A primeira dimensão inclui as condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista cultural, epidemiológico, demográfico e sócio-econômico e denomina-se de **o estado de saúde da população**. A dimensão **os serviços de saúde** abrange o estudo do processo de trabalho em saúde, avalia planos, programas e tecnologias utilizadas na atenção à saúde, além disso, investiga a organização social dos serviços, a formulação e a implementação de políticas de saúde. A última dimensão o **saber sobre a saúde** inclui investigações sobre a produção de conhecimentos neste campo nos aspectos

⁴ Pesquisas de antropólogos e sociólogos começaram a demonstrar empiricamente o impacto das condições sociais e humanas no desenvolvimento de doenças. Disciplinas como a antropologia, sociologia, psicologia, como também a administração, a epidemiologia, a bioestatística contribuíram para uma nova percepção do fenômeno saúde, visto que fomentam críticas ao modelo de saúde centrado no biológico. Essas disciplinas introduziram novos conhecimentos para uma visão mais completa do indivíduo e da coletividade (NUNES, 2003).

históricos, sociais, antropológicos e epistemológicos. Estuda também sobre as relações entre os saberes científicos e populares em saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e culturas (UFBA,2007).

Em síntese, compreendemos que o objeto das práticas em saúde coletiva é *o coletivo, constitutivamente heterogêneo, heterogeneidade determinada pelas suas características sociais* sendo o processo saúde-doença um produto do processo da vida social (CAMPOS E MISHIMA, 2005, p.1260).

Para que este objeto seja abordado, existem saberes e práticas que norteiam este campo. A epidemiologia, a administração e o planejamento em saúde e as ciências sociais em saúde constituem os saberes que articulados com várias disciplinas auxiliam na organização da prática em saúde coletiva que enfatiza como processo de trabalho a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida (UFBA,2007).

Por conta das afirmações acima, podemos compreender que a saúde coletiva parte de uma concepção ampliada e complexa sobre o conceito de saúde, o qual é permeado e influenciado por fenômenos sociais, culturais e históricos o que torna este campo rico em investigações.

3.2 A cirurgia estética como problema de saúde coletiva

A partir do entendimento da saúde como um fenômeno social, ficará mais evidente a compreensão da cirurgia estética como um problema da saúde coletiva. Entretanto, faz-se necessário conceituar cirurgia estética para, posteriormente discutir sua relação com a saúde coletiva.

De acordo com o dicionário Aurélio, cirurgia é o ramo da medicina especializada no tratamento de deformidades, lesões ou doenças externas ou internas realizadas por meio de operações. No contexto das possibilidades cirúrgicas encontra-se a cirurgia plástica que tem por finalidade a reconstituição artificial de uma parte do corpo.

Em Londres, no ano de 1791, foi construída uma sala de cirurgia considerada, por muitos, como a primeira a existir. Contudo, os egípcios, há 4.500 anos já praticavam atos cirúrgicos segundo Friedman e Friedland (2000). A cirurgia plástica é considerada uma das especialidades mais antigas da medicina, visto que

existem escritos sobre técnicas de reconstrução, de nariz e orelhas, na Índia, datadas antes de Cristo (MÉLENGA, 2002).

No hospital de Londres, ainda não se usava anestesia. Este hospital serviu de modelo para alguns hospitais americanos. Nele havia um sino que antes do início de alguma operação era tocado com o intuito de reunir enfermeiros, médicos e ajudantes para que fechassem as portas com o objetivo de abafarem os gritos dos operados. Um bom cirurgião neste período era aquele que conseguia ser mais rápido, assim como uma cirurgia de sucesso também tinha a rapidez como um de seus critérios (FRIEDMAN e FRIEDLAND,2000). No ano de 1846, no hospital geral de Boston, aconteceu a primeira narcotização anestésica, fato considerado como a pedra angular da história da cirurgia (THORWALD,s.d).

No caso da cirurgia plástica, atualmente, além da satisfação tanto do profissional como do paciente com os resultados, para o julgamento de um bom cirurgião é preciso também, como comentam os médicos entrevistados, que este possua uma boa capacidade de avaliação tanto do seu trabalho como também das expectativas do paciente.

Muitos livros de cirurgia plástica explicam sobre vários graus do que é o sucesso. Um é quando o cirurgião está satisfeito, fica orgulhoso, no bom sentido, com o seu trabalho e o paciente também fica satisfeito. Tem outro caso que o cirurgião se sente orgulhoso mas o resultado está uma droga, mas mesmo assim ele está orgulhoso, esse é ruim. O ideal é que você busque ser um cirurgião orgulhoso do que fez e quando o paciente disser que não está satisfeito você tem que ter a capacidade de avaliar se foi um erro mesmo, se tem como melhorar ou se é uma expectativa da pessoa que não tem como realizar (Apolo).

Procuro fazer uma avaliação atenta sobre as motivações dos pacientes que me procuram, pois alguns chegam ao meu consultório, querendo encontrar coisas que a cirurgia plástica não tem como oferecer. A cirurgia plástica pode ser muito benéfica em algumas situações, mas em outras ela pode ser maléfica. Às vezes as pessoas já vêm com alguns problemas que somados ao trauma cirúrgico podem complicar os problemas no lugar de resolvê-los. Nós temos que escolher muito bem os pacientes que vamos operar (Eros).

Segundo Pitanguy (1992) a cirurgia plástica é dividida em cirurgia reparadora e estética. Tendo a primeira a finalidade de recuperar a função e restaurar a forma ocasionada por alguma enfermidade, traumatismo ou defeito congênito. A cirurgia do tipo estética objetiva o embelezamento pela melhora da

forma. Entretanto, o referido autor ressalta a dificuldade de um delineamento preciso entre as duas cirurgias, visto que ambas almejam alcançar o equilíbrio da estrutura corporal com a finalidade de uma unidade estética. De acordo com Ferreira (1997) são quatro, as principais áreas da cirurgia estética: a estética do nariz, a das mamas, a do contorno corporal e a do rejuvenescimento⁵.

Para Gilman (1999), a cirurgia estética tem a sua origem no século XVI, quando foram usadas técnicas para disfarçar degenerações de pessoas com sífilis com intuito de livrá-las do estigma de doentes e proporcioná-lhes uma melhor aceitação social. No século XIX, os cirurgiões plásticos desenvolveram procedimentos para mascarar condições estigmatizantes de raças, objetivando melhor aceitação social (EDMONDS, 2002).

A cirurgia estética progrediu com os avanços tecnológicos, mas principalmente com a modificação do paradigma em relação ao corpo. Além disso, o rompimento da fronteira da pele permitiu grandes mudanças corporais como: as cores da epiderme, as incisões, as perfurações e os implantes de diferentes tipos. Essas mudanças possibilitaram a criação de outras dimensões estéticas atribuindo ao corpo a representação de um bem que se possui (PIRES, 2005).

De acordo com Amorim (1995), à medida que a cultura midiática foi tornando-se hegemônica, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, o corpo, bem como as suas aparências, tornaram-se protagonistas dos processos de sociabilidade em nossa cultura, acentuando radicalmente seu caráter áudio-visual. Este é um dado relevante na consolidação do valor que a imagem e a aparência passaram a desempenhar na sociedade hodierna.

A vaidade com o corpo, sobretudo o corpo feminino, considerada anteriormente, como pecado e futilidade, passa a ser vista, agora, ao mesmo tempo,

⁵ De acordo com o professor Francischelli Neto (2007), mestre e doutor em cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, as áreas de estética da medicina evoluem rapidamente, muitos são os exemplos como: o botox, o *laser*, a lipoescultura, os preenchimentos dentre outros e agora a bioplastia. Sobre este conceito o professor comenta que a Bioplastia é a plástica sem cortes, por este motivo consiste numa revolução no tratamento estético. Ela foi criada a partir de métodos pouco invasivos que ocorrem em toda a medicina. A respeito desta técnica pode-se dividir em três grandes áreas: 1) a de realce de beleza; para situações em que as pessoas já possuem traços harmônicos e querem apenas realçá-los, 2) a de envelhecimento em que os volumes faciais e de mãos são modificados corrigindo rugas e sulcos e 3) a corretiva que permite a correção de defeitos do nariz, lábios, e queixo, por exemplo.

como uma virtude e uma obrigação. O corpo se libertou de suas antigas prisões sexuais, procriadoras e indumentárias, no entanto, hoje, é exposto a coerções estéticas que também geram ansiedades e temores (GOLDENBERG, 2002).

No início do século passado, as mulheres temiam, no caso de uma preocupação com o seu corpo ou com práticas de embelezamento, serem consideradas libertinas pela rígida moralidade da época, contudo, atualmente, estimuladas por discursos dirigidos a elas, são convencidas de que para serem felizes e progredirem na vida, existe a necessidade de se cuidar e principalmente de cuidar do seu corpo.

Para Wolf (1992) a ideologia⁶ da beleza, principalmente, a física, é a última das antigas ideologias femininas que ainda tem o poder de controlar as mulheres. Esta ideologia se fortaleceu para assumir a função de controle social que os mitos da maternidade, da domesticidade, da castidade e da passividade, em virtude da onda feminista, não conseguem mais realizar. Concordamos que, em algumas situações e contextos, essa afirmação é bastante coerente, principalmente, no contexto das participantes da pesquisa. Contudo, sabemos que esta afirmação pode ser duvidosa, no caso de mulheres de classe econômica mais baixa ou em algumas regiões do nosso país, ou seja, em outras ocasiões.

Sendo assim, o cuidado com o corpo, por meio de práticas de embelezamento, é considerado, em nosso contexto, como a melhor forma de autocuidado⁷, pois mulheres que “não se cuidam” são expostas às incisivas críticas sociais.

⁶ Entendemos como ideologia, o mecanismo coletivo de repressão, determinante do desconhecimento, no entanto esta não consiste numa simples ignorância das estruturas e do funcionamento da sociedade por parte dos membros, mas sim, um desconhecimento do sentido estrutural dos seus atos, do que determina suas opções, suas preferências, rejeições, opiniões e aspirações, pela ação do Estado, através das mediações institucionais que penetram em toda sociedade (LAPASSADE *apud* GUIRADO, 1987, p32).

⁷ *Foucault localiza, em torno do século II da Era Cristã, a emergência de uma “arte da existência” inteiramente nova. A ela Foucault chamou de “cuidado de si”(…) Ele não hesita em apontar o período que vai do século I a.C ao século II d.C. como aquele de maior desenvolvimento desse dispositivo (…)* Foucault tem material suficiente para argumentar que a gênese do “cuidado de si” e de suas implicações do ponto de vista biopolítico é anterior ao capitalismo e à moral burguesa, embora nesses contextos ele possa ter assumido importância particular (…). No entanto o “cuidado de si” possuiu por algum tempo a conotação de uma dádiva ou privilégio de alguns adquirindo progressivamente as dimensões atuais de uma verdadeira “cultura de si”. Posteriormente, este cuidado constituiu-se além de um atributo e uma necessidade universal do ser humano, uma prática e responsabilidade absolutamente individual, não mais um prazer ou uma prerrogativa, mas sim um dever (AYRES, 2004, p.78-79).

(...) eu **sou muito vaidosa**, muito vaidosa, eu sempre fui, gosto muito de estética, é tanto que eu me formei em direito, mas assim, sempre pensando, eu gosto muito de direito, eu me identifico muito, mas se eu não passar num concurso eu vou tentar uns 2, 3 anos se eu não passar eu vou fazer fisioterapia colocar uma clínica de estética e trabalhar com estética, eu gosto, desde pequena a mamãe sempre gostou de clínica de estética, ela ia e me levava, aí eu ficava fazendo a tarefa de casa dentro da clínica de estética e aí eu fui gostando, **um monte de mulher se cuidando**, aí eu fui ficando vaidosa, de vez em quando eu compro um pacote de drenagem, alguma coisa (Afrodite).

Nos dias atuais, o envelhecimento e um corpo fora do padrão não são percebidos como uma fase da vida ou uma pluralidade, respectivamente, mas sim como doenças e sintomas a serem consertados e curados por meio dos avanços tecnológicos, o que estimula o intenso consumo de produtos cosméticos, cirurgias plásticas e tudo que gira entorno da indústria do embelezamento e rejuvenescimento.

Segundo Goldenberg e Ramos (2002, p.28) para a nossa cultura *a exibição do corpo nu, não é considerada, muitas vezes, tão indecente quanto a exibição de um corpo “fora de forma”, ou seja, um corpo “mal feito” e “descuidado” é algo para pessoas “sem vergonhas” no sentido negativo da expressão, pois se antes a exposição de um corpo nu⁸ era uma ofensa, algo para pessoas também “sem vergonhas” ,agora, de acordo com a moralidade estética não é mais, desde que você tenha um corpo “digno” de ser exposto. Concordamos com a autora supracitada quando afirma que, nos dias atuais, um corpo malhado, cuidado, sem marcas nem excessos, mesmo sem roupas, é considerado decentemente vestido.*

Hoje, existem, aproximadamente, 20.000 clínicas de beleza no país. No Brasil, 3.000 médicos atuam em tratamentos estéticos, o dobro do que existia há cinco anos, 70% deles migraram de outras especialidades médicas, pois com procedimentos estéticos chegam a ganhar dez vezes mais (VEJA, 2007). A partir destes dados percebemos que a demanda por estética corporal é alta,

⁸ *Entre o desnudamento dos pés e dos tornozelos, dentro de regras morais rígidas de exposição pública do corpo, em especial do corpo feminino, e o desnudamento progressivo, pedaço por pedaço, pautado por padrões morais cada vez mais sufocados pelos padrões estéticos do final do século XX, a simbolização do corpo na sociedade brasileira passou por uma longa história (PEREIRA, 2000,p.83) Este progressivo desnudamento está associado ao que a mídia denomina freqüentemente de “culto do corpo”, o que nada mais é do que a exaltação da beleza física em si, independentemente de atributos morais (PEREIRA, 2000,p.80)*

demonstrando que o cuidado com o corpo físico é um valor e hábito cultural em nosso país.

Não é privilégio da nossa época se ter a medicina e suas práticas médicas a serviço da beleza, especialmente a beleza do corpo. Contudo, em nenhuma outra época o saber médico e o seu discurso tiveram uma relação tão simbiótica com as práticas estéticas. A cirurgia plástica do tipo estética é o fenômeno mais visível, no entanto, áreas como a dermatologia, endocrinologia, oftalmologia, gerontologia dentre outras, também contribuem com as demandas estéticas (AMORIM, 2001).

De acordo com Kehl (2004), o corpo-imagem apresenta-se, atualmente, como determinante da felicidade, não por despertar o desejo ou o amor de alguém, mas sim por se constituir como objeto de amor-próprio, ou seja, a propalada auto-estima, a que se reduziram todas as questões subjetivas na cultura do narcisismo.

Na nossa cultura, o corpo é objeto de investimento do amor narcísico e a imagem que oferecemos ao mundo, agora, reconhecida como a verdade do sujeito. Além disso, é por meio desta imagem que depende a aceitação social. O corpo tornou-se um escravo que devemos submeter à rigorosa disciplina da indústria da forma, enganosamente chamada de indústria da saúde⁹. Por este corpo devemos sacrificar o nosso tempo, nossos desejos, nosso dinheiro (KEHL,2004).

Um dos contribuintes para que este corpo-imagem seja reconhecido como a verdade do sujeito, é o fato das relações interpessoais estarem, cada vez mais, efêmeras, atribuindo uma grande importância à primeira impressão pela dificuldade de um relacionamento mais profundo e duradouro. Além disso, o autoconhecimento também não é uma prática comum em nosso contexto, pois exige tempo e muitas vezes, gera sofrimento, preço que poucos estão dispostos a pagar. Pessoas que não se conhecem são mais facilmente levadas a absorverem mais intensamente a cultura de massa.

O comentário que segue sobre o ato de conversar, na atualidade, vem ilustrar uma das situações que reforçam o hábito das pessoas se tratarem de forma estereotipada, associada ao físico.

⁹ Atualmente, existem modalidades da medicina em que a busca da beleza, em algumas situações, fica em pé de igualdade com a busca da saúde. Na área farmacêutica o saber médico tem feito esforços para aliar saúde e beleza, pois os cosméticos são ,cada vez mais, associados à idéia de tratamento, como uma estratégia de relacioná-los tanto ao cuidado com a beleza, mas também com o cuidado com a saúde (AMORIM,2001).

Nossas atuais reuniões, portanto mesmo quando não se dão sob o caráter utilitário e institucional, e sim festivo, oferecem poucas oportunidades para que exerçamos a arte do conversar, notadamente pelo volume beirando ao insuportável que a música costuma ter nelas. E as festas hoje parecem destinar-se a uma série de outros propósitos que não o encontro humano mediado pela conversação, propósitos que variam da embriaguez à dança, da auto-exibição à busca de um parceiro sexual. Não que tais atividades não sejam profundamente humanas e até necessárias, contudo, o que está se assinalando é a sua ocorrência vir se dando em detrimento do diálogo e da troca de experiências que costumavam ter as antigas tertúlias. (DUARTE JR.,2006, p. 87).

A aparência ganha função bastante relevante na comunicação, pois em muitos casos “não há tempo” para longas conversas sobrecarregando o corpo físico, como principal meio de expressão da pessoa e como o responsável pelo sucesso ou o causador dos males a serem consertados, levando a pessoa à busca de regimes, adornos, e processos cirúrgicos com o objetivo de se adequar a padrões idealizados.

No entanto, essa ênfase no cuidado centrado no corpo vem aumentando os problemas em relação à saúde física e emocional. Atualmente, na busca de se adequar aos padrões hegemônicos estabelecidos pela cultura da beleza e potencializados pela mídia, muitos indivíduos têm preterido o cuidado com a saúde.

Os limites do corpo e da psique são extrapolados pela busca da imitação de modelos quase sempre irreais e inatingíveis, criados e ajustados por técnicas de computação gráfica. Mesmo conscientes destes ajustes, muitos procuram este ideal de perfeição virtual nos próprios corpos. Depoimentos como: *meu seio era perfeito, não precisava de nada. Achei que ia virar uma gostosa e saí perdendo* (Época,2006, p.77) demonstram que hoje as pessoas, na busca de uma perfeição, não raramente acabam se prejudicando.

Esta busca tem conduzido muitas pessoas a regimes alimentares radicais e freqüentemente irracionais, lesões corporais pelo excesso de exercícios físicos, risco de vida pelo uso de anabolizantes e de medicamentos para emagrecer, distúrbios de imagem, além de uma banalização das cirurgias estéticas. *Fazer plástica é como mudar de roupa, logo se tem vontade de fazer outra* é o que demonstra a fala das participantes desse estudo.

A rinoplastia¹⁰, na verdade, **eu nem tinha muita vontade de fazer não, meu nariz não era feio**, mas duas primas minhas fizeram e ficou muito legal aí **eu aperreei uma semana a minha mãe e ela deixou**, então eu fiz e gostei do resultado. Era assim isso aqui era reto(nariz) não tinha aquele osso para cima , mas não tinha curva e aí eu queria fazer a curva e aí pronto eu fiz (Afrodite).

(...) no começo eu tive medo, mas acho que quando você tem vontade de fazer vale a pena, entendeu. Não é por causa de um **medozinho** que você não vai... **não é uma coisa perigosa anestesia peridural** (Hera).

Eu tenho uma amiga que fala assim: “ eu vou lá ficar morrendo, suando, me acabando em academia, eu não, **surgiu uma gordurinha eu vou lá e digo tire aqui doutor**” (Deméter).

Atualmente, o Brasil apresenta-se como um dos campeões no escalamento mundial em números de cirurgias estéticas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 1999). Nosso país já ultrapassou os Estados Unidos como país com maior número de cirurgias plásticas *per capita* do mundo (VEJA, 2001). A quantidade de cirurgias estéticas dobrou no Brasil entre 1999 e 2004, quando foram realizadas 365 mil. Desse número, estima-se que 2% delas são com pacientes estrangeiros, pois o Brasil, atualmente, é considerado referência quando o assunto é cirurgia estética (ÉPOCA,2006), conforme demonstra a experiência de um dos médicos entrevistados.

Eu tenho pacientes de 85 , 84, 86 anos que vêm aqui para o Ceará, por quê? Porque aqui no Brasil e hoje no Ceará a gente criou uma excelência de qualidade em resultado de cirurgia, então aqui a gente tem cirurgia de boa qualidade.Quem está fora vem pra cá fazer uma cirurgia de boa qualidade (Zeus)

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2006), no Brasil em 2004 foram realizadas mais de 600.000 cirurgias plásticas, das quais 59% eram unicamente estéticas. Desde o Plano Real, em 1994, com a estabilização

¹⁰ A rinoplastia consiste na cirurgia plástica de aprimoramento da forma do nariz (FARINA E FARINA, 1997). De acordo com Edmonds (2002) a rinoplastia nos Estados Unidos foi muitas vezes vinculada a uma ocultação racial ou da origem étnica.Um exemplo eram não somente os judeus, mas também os italianos, armênios, gregos, iranianos e outros que recorriam à cirurgia plástica para corrigir o chamado nariz de judeu e não serem confundidos. Os irlandeses afilem os narizes. Neste país a cirurgia estética, sobretudo a de nariz, fomentou reflexões políticas sobre o fato de se negar uma herança para uma adequação às normas raciais dominantes. Entretanto o autor ressalta que no Brasil, diferentemente, a aparência é considerada um problema estético individual, desvinculado de opressões de grupos e raças dominantes, ou seja, normalmente os brasileiros não refletem sobre a beleza como algo que expressa a desigualdade social e racial, mas sim como tendências universais cuja obrigação e responsabilidade de uma “boa aparência” é de cada um. No Brasil, cabelo loiro, liso, nariz afilado são coisas da beleza e não de raça.

da moeda, o número de cirurgias plásticas vem crescendo à taxa de 30% ao ano (ISTO É, 2000). Estes altos números também foram informados por um dos médicos entrevistados: *No ano passado foram feitas mais de 680.000 lipoaspirações no Brasil (Zeus).*

A busca por procedimentos cirúrgicos vem aumentando no público masculino, no entanto, ainda é o sexo feminino que compõe quase a totalidade dos números de cirurgias. De acordo com as estatísticas, cerca de 90% do público que busca por cirurgias plásticas são mulheres. Os procedimentos mais procurados abrangem lipoaspiração¹¹, próteses¹² e redução mamária, plásticas de abdome, rejuvenescimento da face. As cirurgias masculinas compreendem um número menor. Os procedimentos, normalmente, solicitados são para correção de calvície, lipoaspiração, e rejuvenescimento da face como revela a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Regional Ceará (2007). De acordo com o seu presidente, a cirurgia estética vem sendo popularizada, deixando de ser um procedimento restrito à classe alta. As pessoas tendem a falar de cirurgia estética como algo a ser comprado, semelhante a um carro, uma casa, uma viagem. As mulheres que buscam tal procedimento, geralmente estão entre 30 e 40 anos, contudo, é a procura por parte de adolescentes que tem mais crescido nos últimos dez anos. O Ceará está entre os dez estados brasileiros como o maior número de intervenções.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica no ano de 1984 apenas 5% das pessoas que fizeram cirurgia estética tinham menos de 18 anos. Em

¹¹ A lipoescultura é um nome dado a dois procedimentos que se complementam na cirurgia plástica: lipoaspiração e a lipoenxertia (FARINA E FARINA, 1997, p.13). Todas as participantes entrevistadas para este trabalho fizeram lipoaspiração que consiste numa *cirurgia indicada para quem não está acima do peso normal e mesmo assim apresenta gordura localizada. A lipo não retira excesso de pele que sobra após a aspiração. Por isso, não pode ser realizada em abdomes muito flácidos. O procedimento só pode ser realizado em centro cirúrgico. O cirurgião introduz cânulas no abdome por furinhos de 2cm a 3 cm, por onde será retirada a gordura por um sistema de aspiração. A recuperação leva dois dias. Quem opta por remodelar várias partes do corpo é obrigado a submeter-se à anestesia geral ou peridural e precisa de repouso por 2 ou 3 dias (POVO, 2007).*

¹² Vários são os tipos de próteses. Existem atualmente implantes de próteses de bochecha, panturrilha, nariz, tórax, coxa, mandíbula, glúteo e mamária. Em nosso contexto, possuímos exemplo apenas de implante de prótese mamária que pode ser inserida por via axila, pela região periareolar e por incisão logo abaixo dos seios. As próteses mamárias de silicone foram inventadas em 1962 por Cronin e Gerow. Elas tinham e têm superfície lisa. Mais tarde, surgiram as próteses (inclusões) de duplo lúmen, as infláveis e as de gel de silicone como revestimento espesso. Em 1970, Ashley lançou a prótese de silicone revestida com uma camada de poliuretano com espessura variável de 1,5 a 2 mm. Em 1981, foi a vez de Herman lançar a prótese também com revestimento de poliuretano menos sujeita à contratatura capsular. Em 1988, aparecem as Biocell e Siltex e as próteses texturizadas (FARINA E FARINA, 1997, p.20).

2007, 15% deste público têm menos de 18 anos. Dados que são do conhecimento das jovens que se submetem a procedimentos cirúrgicos.

A geração que tá vindo atrás da nossa é muito pior na idolatria da beleza, na idolatria da aparência e isso banalizou mesmo, eu tenho primas de 14 e 15 anos que já falam em fazer cirurgia estética, já é uma outra mentalidade (Atena).

Reconhecemos que o desenvolvimento e o refinamento tecnológicos têm contribuído bastante para este elevado número, contudo seria ingênuo desassociar as questões socioculturais que mobilizam esta busca. Na sociedade contemporânea é o enquadramento nos padrões da cultura da beleza que tem encorajado muitos à procura da cirurgia como solução rápida de suas insatisfações (EDMONDS, 2002), não sendo diferente com as universitárias entrevistadas.

Eu estava um pouco confusa, estava triste, estava querendo sumir, tinha acabado um namoro recente, aí eu: rapaz vou fazer para melhorar e não teve resultado até o dia que eu parei e fui cuidar da minha mente. Eu acho que muitas pessoas, por mais que não assumam, procuram cirurgia estética, por isso se tiverem vontade de fazer, procuram uma época que não estão satisfeitas com a vida, que tão triste, que tão com a auto-estima baixa, que não estão tão bem, procuram alguma satisfação, eu acho que muitas pessoas agem assim, eu tenho várias amigas que fizeram, eu acho que agora então umas dez amigas minhas fizeram (Atena)

Além disso, o fato do Brasil ser um país tropical contribui para que a exposição corporal seja mais acentuada, o que intensifica a preocupação e as exigências com o corpo. Em cidades litorâneas como Fortaleza e o Rio de Janeiro esse fenômeno é mais notório, diferente de lugares onde o frio, por exemplo, não facilita a exposição do corpo.

Eu tenho uma clientela muito grande em Juan, na França, cinco minutos de Paris, tem muitos anos que eu tenho pacientes lá e é interessante que eu nunca fiz uma cirurgia em Juan, digamos assim, que fosse de escultura de corpo, eu só faço rosto, faço nariz, faço olho, ninguém está muito preocupado com o resto do corpo, elas tão muito bem daquele jeito ou gordas ou magras, com peito duro ou com peito mole, não estão interessadas, o que interessa é o rosto delas, isso é um detalhe interessante (Zeus)

Nove em dez brasileiras gostariam de mudar algo no corpo. (ÉPOCA, 2006)
No nosso país a população feminina, adolescente e jovem adulta, é a mais atingida pelas crenças de que o corpo é infinitamente maleável (BOSI E ANDRADE, 2004).

Por este motivo, a cirurgia estética não é mais um procedimento associado somente à correção de marcas do envelhecimento, assistimos impassíveis ao crescimento do número de mulheres jovens que buscam a cirurgia estética. Estes dados confirmam que além da ideologia de um corpo jovem, impera também a de um corpo com medidas “corretas”. No cenário atual, as representações de um corpo magro, belo e jovem viraram mandamentos pós-modernos¹³, apresentados com sinônimos de sucesso.

(...) acredita-se que no atual momento histórico fomenta no imaginário feminino a fantasia de que só basta querer para adquirir a imagem corporal idealizada. O avanço da tecnologia da beleza, através do apelo midiático-imagético, o qual modela subjetividades e impulsiona o lucrativo mercado da indústria da magreza, coopta o simbólico feminino em suas necessidades básicas, seduzindo-o para o alcance do corpo perfeito. Para tanto, publiciza, via fascinação, modelos de beleza que tendem a ocupar o limite extremo dessa busca obsessiva, desfigurando, assim a tênue linha divisória entre o saudável cuidado com o corpo e o sutil movimento de instalação de doenças narcísicas(ANDRADE E BOSI, 2003, p.5)

O imaginário coletivo do ocidente pós-moderno é permeado pela cultura do narcisismo em que o desejo de onipotência conduz a investir na busca do sucesso individual que atualmente tem a sua materialização no corpo. (VASCONCELOS, SUDO e SUDO , 2004).

Com isso, o sacrifício do modelamento do corpo é fundamentado pela crença de um sucesso futuro. A saúde, em muitos casos, fica em segundo plano, especialmente tratando-se de adolescentes e jovens. No caso das cirurgias estéticas, as possibilidades de infecção, problemas com a anestesia, hemorragias, cicatrizes são minimizadas. O sofrimento do pós-operatório e os riscos de todo processo cirúrgico são justificados pelo culto a beleza¹⁴.

¹³ A psicóloga Mara Cristina Souza de Lucia, diretora da divisão de psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo (um dos maiores departamentos em números de atendimentos do país) listou, a partir de suas observações clínicas, as pressões sociais que se definem atualmente como mandamentos pós-modernos, os quais, muitas vezes, são levados a extremos da obediência provocando graves distúrbios comportamentais. Os mandamentos são: 1 amarás o dinheiro sobre todas as coisas e a ti mesmo antes de todos os outros, 2 consumirás vorazmente, mas não engordarás, 3 conquistarás todas as informações antes que teu próximo, 4 não deprimirás, 5 preencherás compulsivamente a tua agenda, mesmo sábados, domingos e feriados, 6 levarás sempre vantagem em tudo, 7 não envelhecerás, 8 buscarás sempre o prazer imediato e terás orgasmos múltiplos, 9 serás o gestor do teu corpo e desafiarás o inato e o adquirido (VIVER,2001,p.24)

¹⁴ A Barbie americana Cindy Jackson, submeteu-se a 42 cirurgias plásticas que corresponderam a um investimento financeiro de US\$ 99.620 e um longo investimento de tempo por conta das suas internações e pós-operatórios (MANCHETE,1997).

O fato de a cirurgia estética ser um procedimento para beleza e a decisão de fazê-la ser daquele que se submete, parece minimizar a dor, pois durante as entrevistas percebemos que as informantes, quando solicitadas a falar do pós-operatório, tendiam a falar muito rápido sobre esta fase, muitas ressaltaram que mesmo este momento sendo difícil, o sacrifício valia a pena. Segundo Chataignier (2002), as revistas femininas contribuem bastante na divulgação desta crença na medida em que enfocam, de maneira superficial, o sofrimento como forma de exaltar a beleza, para isso equalizam prazer e dor a partir de compensações estéticas que irão preencher vergonhas e vazios.

No pós-operatório você se sente muito mal é a do nariz eu lembro que eu “ai meus Deus por que eu fiz? Tudo o que eu queria era o meu nariz de volta, arrancar esse gesso, esse inchaço, o olho fica desse tamanho todo roxo”. No pós-operatório, tanto do nariz como do silicone tudo que você quer é seu peito e seu nariz de volta antes mesmo e acabar com essa dor, mas também tudo dura muito pouco tempo, do nariz dura os dez primeiros dias e do silicone os oito, dez primeiros dias, mas **depois você se esquece da dor(...)**Valeu a pena, faria de novo essa é a sensação que eu tive (...) eu sempre fui completamente a favor da cirurgia plástica tanto que eu infelizmente minha mãe para ela fazer, tudo que ela fez fui eu que falei: mãe faz, vai lá, Ave Maria tu é muito medrosa. Porque eu **não tenho medo de me operar, o único receio que dá é o do resultado se vai ficar bom** ou não vai, mas também eu penso muito positivo, nessas coisas eu nunca fiquei muito apreensiva não, eu não tenho medo, eu não tenho medo de morrer, nem de dá problemas, então eu aconselho, aconselho (Afrodite).

Primeiro dia eu nem senti direito, senti quando eu vim pra casa, **mas não foi nada de mais, senti um pouquinho de dor, mas nada que você fique sem agüentar**, eu sofri muito mais quando eu operei a garganta do que quando fiz a lipo (Hera).

A lipo é uma cirurgia muito agressiva (...) meu limiar de dor é muito sensível, então eu senti muita dor na lipo, **eu me arrependi muito de ter feito, na época, hoje em dia não**, como eu tirei muito pouco, eu acho que quanto menos você tira pior é, ou então depende....por um lado é bom porque quando você tem um limiar de dor muito sensível tudo o seu corpo acusa, tem pessoas que têm derrame interno e o corpo não acusa, mas por outro lado eu sofri muito aí a primeira semana foi horrível, horrível eu senti muita dor eu tive que fazer pulsão, foram dores que eu não conseguia dormir, horríveis, horríveis mesmo (Atena).

Além dos riscos físicos de qualquer operação, na cirurgia estética problemas emocionais podem ser atribuídos ao corpo físico, transportando ao ato

cirúrgico questões emocionais de uma imagem corporal¹⁵ distorcida, ou seja, bem diferente do esquema corporal, tirando de alguns pacientes o *suporte ou apoio físico para suas queixas e, como consequência, leva-o a eleger outra parte do corpo ou a um agravamento do seu quadro psíquico, pois incisões vão além da superfície cutânea, atingindo também a psique acarretando, às vezes, mudanças súbitas e profundas no caráter e na personalidade* (PITANGUY,1992,p.266).

A cirurgia estética pode mudar tudo, tanto para o lado positivo como para o lado negativo, eu acredito que **essa cirurgia opera muito mais a cabeça da pessoa do que o próprio órgão** em si, então se são pessoas que atribuem todos os insucessos da vida dela àquilo que ela está buscando corrigir, a mulher que acha que o marido foi embora porque ela está com a mama flácida, ou está com a barriga gorda, ou alguma coisa desse tipo, então essas pessoas têm uma chance muito grande de se frustrarem, das cirurgias não corresponderem o que elas buscam (Dioniso)

A insatisfação pode ser um fato no resultado da cirurgia, caso a expectativa não corresponda com as possibilidades reais. Existem situações em que pessoas chegam com fotos de artistas solicitando copiar um pedaço do corpo destes como se estivessem numa loja, comprando um produto, descartando os limites genéticos e cirúrgicos. Tais desejos podem estar associados a fantasias, conscientes ou não, de que fisicamente parecidas com o seu modelo, serão também socialmente reconhecidas como pessoas belas e bem sucedidas.

(...) o doutor tem muito cuidado e fala com a pessoa para **saber o seu real objetivo**, se você chegar lá no consultório dele com uma foto de uma atriz, dizendo: eu quero ficar com esse...nariz ou boca, ele não faz. Ele vê a real necessidade, ele vê quais são as suas expectativas em relação àquilo, se ele perceber que o problema é psicológico, ele vai dizer para a pessoa eu vou fazer uma cirurgia e não vai adiantar de nada porque o seu problema é interno, ele toma cuidado de fazer isso (Afrodite)

¹⁵ Entendemos neste trabalho os conceitos de esquema e imagem corporal de forma distinta. Sendo o esquema referente à anatomia, estrutura e funções fisiológicas e a imagem a percepção subjetiva do esquema corporal. *Imagem corporal inclui os pensamentos, os sentimentos e as percepções das pessoas acerca de sua aparência geral, de partes do seu corpo e das estruturas e funções fisiológicas. Esses pensamentos, esses sentimentos e essas percepções podem ou não corresponder à realidade.* (HART, 2003, p. 459). A imagem que uma pessoa faz de si mesma é formada pela inter-relação entre a imagem idealizada, as informações externas e a imagem que ela vê do seu próprio corpo. Essas três informações são fundamentadas de acordo com o ambiente social (PITANGUY,1992).

A frustração é o efeito para uma pessoa que atribui, de forma exagerada, sua felicidade a uma parte do corpo, visto que auto-estima, confiança e bem-estar não surgem, necessariamente, de uma parte do corpo mais bonito. Outra possibilidade de insatisfação é quando a pessoa não reconhece o seu novo esquema corporal, pois a imagem corporal ainda não foi modificada. É importante que uma nova inscrição psíquica seja feita para que a pessoa fique bem com a sua nova imagem.

Para isso é significativa a ocorrência do que a psicanálise chama de trabalho de luto que consiste na retirada de investimento libidinal do objeto perdido e o reinvestimento em outro objeto, no caso em questão, na nova forma do corpo. Caso isso não aconteça, o que pode ocorrer é o que Freud denominou de melancolia, na qual o sujeito no lugar de tirar o investimento do objeto se identifica com ele não investindo energia em outro objeto, trazendo para si os sentimentos negativos que tem em relação ao objeto perdido. Vale ressaltar que este objeto pode ser um trabalho, uma pessoa, um pedaço do corpo (QUINET, 2006).

Por este fato, ao recorrerem a procedimentos cirúrgicos, ou consumirem produtos tecnologicamente produzidos, objetivando modificações na aparência corporal, as pessoas podem melhorar sua imagem e auto-estima, alcançando a felicidade, mas correm também o risco de escorregar, sutilmente, para a patologia (QUEIROZ E OTTA, 2000), como bem ilustra um dos cirurgiões participantes da pesquisa.

Quando você compra um vidro de perfume você basicamente compra a ilusão, porque você acha que com aquele aroma que vai passar a exalar está se tornando uma pessoa agradável e você sabe que, muitas vezes, pelo menos com perfumes muito ativos, você consegue o resultado exatamente oposto, quer dizer, ninguém coloca um perfume para ficar desagradável, coloca o perfume para ficar agradável, para ficar atraente, para facilitar conquista, então, pessoas que buscam cirurgia plástica como uma perfumaria, tá muito complicado, então teria que traçar um perfil psicológico dessas pessoas muito bem feito para que aquilo ali tenha chance de resultar em coisas que realmente melhorem a auto-estima (Dioniso)

No contexto da cultura da beleza, do culto ao corpo e do alto número de cirurgias estéticas, podemos perceber que a cirurgia estética, mesmo sendo um procedimento que não tem como objetivo curar uma doença, possui um impacto na

saúde. Para isso é necessário a substituição da visão biomédica¹⁶ de saúde para a compreensão de Rey (1993) de que a saúde é como um complexo processo de funcionamento sistêmico e integrado do somático e do psíquico¹⁷ onde o que afeta um, atua sobre o outro.

Além disso, a cirurgia estética, atualmente, é considerada, também um fenômeno coletivo, considerando-se os elevados números deste procedimento, ou seja, não é mais, algo pontual, exclusivo de alguma classe social, gênero ou idade. Observamos que dada a sua expressividade, podemos considerá-la como um hábito coletivo cuja demanda se amplia a cada ano.

Com o aumento de procedimentos também crescem os riscos à saúde da coletividade, pois quanto mais cirurgias estéticas são realizadas, proporcionalmente, também aumentam os problemas. No senso comum, freqüentemente, são os fatores positivos como sentimentos de aceitação e enquadramento que são relacionados à cirurgia estética, mas casos de insatisfação com o resultado, complicações cirúrgicas que interferem na saúde e no bem-estar também ocorrem.

Com a popularização das cirurgias e os avanços tecnológicos, banaliza-se um procedimento que mesmo com fins estéticos não deixa de ter seus riscos à saúde. A cirurgia estética aparentemente é um problema individual ou solução particular daquele que a ela se submete, visto que este escolhe fazê-la ou não, aparentando algo puramente subjetivo, no entanto, a decisão pode ser particular, mas as motivações são tanto individuais pela história de vida de cada um, como também coletivas, projetadas pelo ambiente sociocultural e pelos apelos midiáticos.

Por conta disso, concordamos com Vieira (2006) quando argumenta que em relação à cirurgia estética não se deve perder de vista o fato de ser esta uma especialidade médica, ou seja, da área da saúde, por isso não deve prescindir do seu compromisso com o bem-estar global do paciente, o médico não pode esquecer do seu compromisso ético com a saúde.

É importante que o cirurgião perceba as motivações e interesses do paciente em relação à busca pelo procedimento cirúrgico com intuito de evitar

¹⁶ *Visão em que o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.* (CAPRA, 1982, p.116)

¹⁷ Compreendemos que o psíquico possui representações individuais, mas também coletivas.

complicações físicas e emocionais nos que a esta se submetem, e aborrecimentos para os profissionais que as executam como afirmou um dos médicos entrevistados: *Ganha-se dinheiro pelos pacientes que operou, mas fica-se famoso pelos que não operou, porque muitas vezes esses pacientes que você não operou é que poderiam lhe trazer problemas médicos legais, então você tem que selecionar bem* (Apolo).

Em nosso mundo globalizado¹⁸ em que tudo é descartável e mutável, o indivíduo adquire a possibilidade de construir seu corpo de acordo com as demandas coletivas e individuais. O corpo humano, principalmente, devido aos avanços tecnológicos e científicos, representa, na sociedade contemporânea, um misto entre o inato e o adquirido, pois em nossa cultura é muito difícil a manutenção de características próprias, sejam estas individuais, sejam sociais (PIRES, 2005). Contudo é importante uma avaliação detalhada das intenções de quem busca por cirurgia estética, para que este procedimento proporcione bem-estar e não o contrário.

Durante as entrevistas com os cirurgiões plásticos, perguntamos sobre os critérios de avaliação do paciente para a decisão cirúrgica. Todos os informantes descrevem sobre a importância de uma avaliação com os futuros clientes.

Os critérios são os seguintes: existe a **surgeriholic** isso é uma expressão americana que é aquela paciente que é louca por cirurgia, então ela passa o dia todinho inventando cirurgia, ela quer se operar porque ela quer porque ela atribui todos os problemas da vida dela a alguma coisa e **esse é um paciente perigoso** porque quando você termina uma cirurgia, quando você está terminando de operar, ele inventa outra, inventa outra, inventa outra, e assim vai, esse é um paciente que não pode. Pacientes com expectativa que diz "eu quero ficar igual a Camila Pitanga" ou então "eu vim me operar aqui porque meu marido atualmente só ta querendo andar com os brotinhos, dançando no final de semana e tudo, então eu vim aqui para poder competir com essas meninas que o meu marido anda andando". Todos estes são pacientes que não podem fazer cirurgia plástica, cirurgias estéticas. Pacientes em estado de depressão, eventualmente, existem algumas exceções, porque toda regra tem a sua exceção (Dioniso).

¹⁸ *A globalização não tem quatro ou cinco anos, mas quatrocentos ou quinhentos anos. A geografia política do mundo no qual vivemos é fruto desse processo. Globalização é o processo pelo qual o espaço mundial adquire unidade. O ponto de partida desse movimento remonta às grandes navegações dos séculos XV e XVI, que conferiram unidade à aventura histórica dos povos e configuraram, na consciência dos homens, pela primeira vez, a imagem geográfica do planeta (MAGNOLI, 1997, p.7). A globalização é considerada uma das características marcantes do atual contexto, não menos relevante o fato de esse processo estar associado a uma tendência para a concentração das atividades econômicas em nível mundial, pelo que indústrias e serviços tendem a concentrar-se em números reduzidos de grandes grupos ou empresas (SANTOS et al, 2001, p.21).*

Existem cirurgias que você não faz ou quando a paciente tem uma expectativa muito grande, uma senhora de 70 e tantos anos, por exemplo, uma cirurgia de rosto, ela disse “ eu vim fazer porque eu quero ficar mais bonita” só que é uma senhora que não é atrativa. Então você: oh! Essa cirurgia não é para ficar bonita é para rejuvenescer, então você tem que dar um jeito de não operar essa paciente se ela não entender isso aí (Apolo)

(...) na primeira vez eu quero saber se dá certo se o paciente é bom como ele está na vida afetiva, no ponto de vista sensual não é de amor não. É como ele está se tá bem se tem um relacionamento bom com ele mesmo, com os entes, saber o que quer com aquilo se vai ser bom para ele, se a saúde dele é suficientemente boa para fazer aquela cirurgia (Zeus)

Percebemos que todos os médicos entrevistados ressaltaram que procuram investigar sobre a saúde física para a realização de uma cirurgia, mas também ressaltam a importância de um olhar atento para as expectativas dos pacientes, visto que muitos recorrem às cirurgias com ilusões vendidas pelos apelos da mídia. Além disso, comentaram sobre a importância da não realização de algumas cirurgias pela possibilidade de problemas futuros.

Um dos médicos entrevistados comentou que além de um questionário realizado por um fisioterapeuta ele possui alguns encontros antes da execução do ato cirúrgico com o objetivo de conhecer melhor a pessoa e entrevistá-la, pois nos conta que algumas chegam ao consultório, afirmando que não estão com vontade de fazer, mas as filhas ou o marido ou a amiga acham que elas precisam, além disso como já comentamos, existem algumas com expectativas incoerentes com as possibilidades cirúrgicas. Este mesmo profissional nos informou que procura não prometer, ou exaltar o seu trabalho para não aumentar ou criar expectativas falsas e que chega em algumas situações a contra-indicar a cirurgia. Em uma das consultas sempre solicita o acompanhamento de uma pessoa de confiança do paciente para falar dos procedimentos na presença de outra pessoa.

Percebemos que muitas das reações indesejáveis do pós-operatório podem ser evitadas com informações e esclarecimentos prévios (BARROSO,1992), integrando o trabalho da cirurgia com a educação em saúde o que resulta na melhor qualificação de ambas as áreas.

Ao compreendermos a saúde e o corpo como conceitos que vão além de uma visão biológica e maquinal, pois estão intrinsecamente relacionados a vivências individuais, mas também coletivas, podemos descrever a cirurgia estética como um fenômeno social, que por este motivo deve ser vista como problema da saúde

coletiva. É importante que o entendimento da palavra problema não seja uma associação da cirurgia estética como algo unicamente ruim ou negativo à saúde, visto que, posteriormente apresentaremos dados em que a cirurgia estética contribui para o bem-estar das pessoas.

A palavra problema, neste contexto, possui o sentido de algo que deve ser considerado pelo campo da saúde coletiva, pois a cirurgia estética como registramos anteriormente não é mais um hábito de poucos, mas sim um hábito cultural, legitimado e naturalizado que em virtude dos altos números possui um impacto na saúde da coletividade.

4. O CORPO COMO UMA CONSTRUÇÃO SIMBÓLICA

4.1 Os discursos sobre o corpo

Estudar o corpo não é uma tarefa totalmente nova, uma vez que encontramos vários estudos a respeito da temática como os de Queiroz (2000) Amorim (2001), Goldenberg (2002), Helman (2003), Pires (2005). No entanto, várias são as compreensões que possibilitam analisar a relação do ser humano com o seu corpo demonstrando a complexidade do assunto e comprometendo a visão biomédica de reconhecer um corpo unicamente biológico e maquinal.

O corpo é aqui entendido como sendo nossa morada, nossa presença no mundo, visto que apresenta uma concretude física que ocupa um lugar no espaço, sobrepondo diferenças culturais e históricas, pois existem semelhanças que aproximam o homem de todas as épocas e sociedades (DERDYK, 2003).

Também consideramos o fato do *corpo humano ser mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre saúde e doença. Ele é também, foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e função*, os quais são modificados dependendo do contexto (HELMAN, 2006, p.24).

Por meio da linguagem deixamos de ser puro corpo inserindo-o no universo simbólico, pois o homem é capaz de produzir uma separação entre si mesmo e o seu corpo. O que lhe permite um distanciamento para percebê-lo, vivenciá-lo, atribuir-lhe sentido e representações¹⁹. Diferentemente do animal, cujo corpo está submetido a determinações genéticas e por isso não poderá dizer que tem um corpo (LEVIN, 1995).

De acordo com Pereira (2000) a verticalidade, além de distinguir o corpo humano dos demais animais, deu suporte a um referencial simbólico que atribui

¹⁹ *Um conceito chave, encontrado tanto na Psicanálise quanto na Antropologia (embora com acepções ligeiramente diferentes) é o de representação. Podemos defini-lo, provisoriamente, com uma construção psíquica, com componentes conscientes e inconscientes, que simboliza objetos e categorias mais ou menos abrangentes, moldadas dialeticamente a partir da interação do indivíduo com a(s) cultura(s) da(s) qual(is) faz parte. Assim, a idéia de casa, por exemplo, carrega dentro de si uma representação média, para determinada população, de um objeto, construída a partir da experiência concreta. Mas, para cada indivíduo, casa evoca afetos, com o significado próprio dentro da experiência de cada um. (CARMARGO JR., 1992, p. 90)*

significados às diferentes partes desse corpo somático . O simbólico retalha o corpo a partir dessa verticalidade num espaço corporal, criando e dividindo-o em áreas proibidas, não proibidas, belas, feias, atraentes, repugnantes, louvadas e desqualificadas. Esses pedaços corporais são fontes geradoras de sentimentos ligados ao pudor, à beleza, à sexualidade e ao nojo.

A construção da realidade e as ações que pode empreender, o ser humano, não são concebidas sem se recorrer a uma forma qualquer de linguagem. É graças a esta faculdade de expressar em palavras a realidade, tanto interior quanto exterior, que se pode acender ao mundo das significações. O universo do discurso, da palavra e da linguagem inerente ao ser humano transforma-se então em um ponto-chave indispensável a sua compreensão (CODÓ; SAMPAIO, 1995, p. 29)

É a partir destas representações que as diferenças físicas, psicológicas, sociais e culturais vão sendo catalogadas como melhores ou piores pelo crivo da ideologia dominante, a qual é disseminada por meio de discursos.

Para que um discurso se firme é preciso que sejam excluídos alguns fatos e credos em detrimento de outros, pois no estabelecimento de um discurso hegemônico, supõe-se o exercício de violência, explícita ou não, para que este possa predominar em relação a outros (FOUCAULT, 1998).

É interessante ressaltar que as representações estão vinculadas à classe social, gênero, nível econômico, lugar e época (BOLTANSKI, 2004). Um bom exemplo é que uma mulher com o mesmo peso corporal pode ser considerada gorda nas classes média e alta, magra em classes de menor poder aquisitivo, bonita nos dias atuais, doente nos tempos mais antigos, linda na percepção das mulheres e esquelética na visão dos homens. O comentário a seguir ilustra esta contradição:

Antes da primeira guerra mundial ao contrário de hoje, quanto mais gorda era uma mulher mais tesuda era ela, por quê? Porque não tinha tuberculose. Um homem que procurasse uma mulher fora de casa procurava uma gordinha, não tinha doença. Dei-me gordura que te dou formosura. Uma mulher doente nesta época em que não tinha antibiótico, era muito magra. Você pode ver que as figuras pré-antibiótico eram sempre mais gordinhas (Zeus).

Portanto, com intuito de uma adequação às representações, o ser humano é o único animal que transforma, voluntariamente, o próprio corpo (RODRIGUES, 1983). Pois, um corpo intocado é associado à animalidade, visto que a alteração

corporal baseada nos padrões simbólicos é fundamental para uma afirmação de uma identidade grupal (QUEIROZ E OTTA, 2000).

O corpo humano pode ser considerado como um instrumento de formação e modificação do mundo. O ser humano por possuir o poder de ação planejada pode expressar intencionalidade em seus atos refletindo os seus desejos, anseios e necessidades. Ao conhecer e transformar o corpo, o homem conhece e transforma o mundo, pois o corpo potencializa a materialização dos nossos quereres. A presença corporal expressa o ser, o estar e o fazer no mundo (DERDYK,2006). Em muitas culturas o *status* do indivíduo está fisicamente escrito sobre o corpo, por isso o corpo humano fornece dados para compreensão de uma cultura, pois este é a própria cultura materializada (HELMAN, 2003).

De acordo com Mauss (1974) as técnicas corporais sempre foram presentes no decorrer da história, pois o corpo e o uso que dele se faz, demonstram a capacidade que as culturas têm de adaptá-los e educá-los de acordo com suas crenças e interesses. Neste sentido, Foucault (2004) comenta a respeito da disciplinarização dos corpos que por meio de movimentos, gesto considerados socialmente aceitos, permitem um controle, impondo a esse corpo e ao próprio sujeito uma condição de docilidade e de submissão.

O *body modification* é um conceito utilizado para designar estas modificações corporais para as quais são utilizados produtos químicos, queimaduras até atos cirúrgicos. Podemos dividir os adeptos das modificações corporais em dois grupos. O primeiro grupo é formado por pessoas que alteram o corpo com o objetivo de se aproximarem aos padrões de beleza estabelecidos pela sua cultura através do modelamento corporal como: dietas, musculação e cirurgias plásticas. No segundo grupo, a modificação corporal é feita com elementos e formas que não pertencem ao corpo humano em si, estes são: os *piercing*, escarificações, tatuagens (PIRES, 2005).

Para o autor, o segundo grupo é subdividido em dois, os que usam estes recursos, compartilhando com padrões estéticos com o objetivo de uma aceitação grupal, e o outro grupo que tem o objetivo de uma diferenciação, estando mais distantes dos padrões estéticos, um exemplo são as pessoas que transformam o corpo para ficarem parecidos com lagartos.

A respeito das pessoas que procuram modificar o corpo na busca do embelezamento, juventude ou correção de defeitos Le Breton (2003) possui uma

outra classificação, ele distingue em três grupos. O primeiro é o *Body building*, no qual as pessoas tomam o corpo como objeto de modelamento por meio de dietas, musculação. No segundo, o *Body art* o corpo é considerado como objeto de expressão artística. O terceiro grupo é descrito pelo autor separadamente, o da cirurgia estética, por compreendê-la não com uma atividade realizada pela própria pessoa, mas como um procedimento executado por um cirurgião de acordo com ideais estéticos.

Passamos, atualmente, por um processo de globalização que vem diminuindo esta distância entre os padrões culturais e ideais estéticos no mundo. As modificações corporais estão, cada vez mais, padronizadas. Estes padrões culturais são fundamentados por discursos que permitem que as pessoas organizem suas experiências, por meio de um sistema de significantes (FOUCAULT, 1980).

No Brasil, por exemplo, a cultura do corpo e do belo é associada a um consumismo, conseqüentemente à uma massificação, sendo a adequação de padrões estéticos atribuídos ao corpo, muitas vezes incompatível com a genética e estilo de vida de muitos. Descartando variações de cor, forma, altura tão presentes no contexto brasileiro (PARKER,1991). Mesmo assim, estas adequações são absorvidas como normas sociais envolvendo vários campos da vida das pessoas. Fato este, que pode levar a uma busca obsessiva pelo ajustamento do corpo aos valores dominantes.

Para avançarmos nas nossas análises e argumentações queremos apresentar diferentes discursos sobre o corpo e a mulher. Abordaremos alguns aspectos da Antiguidade grega visto que, de acordo com Pitanguy (1992) foi uma civilização de grande influência na cultura ocidental, legando-nos padrões estéticos que atravessaram séculos. O discurso cristão também deve ser considerado, pois foi este que fundamentou a repressão dos corpos, principalmente do corpo feminino, por longos períodos, relegando-a um lugar de inferioridade associado à animalidade, desvinculado do sagrado. Em seguida abordaremos o produto corpo, o qual é fundamentado pelos discursos: médico e midiático que oferecem ao corpo um lugar de idealização.

4.1.1 Os discursos sobre o corpo na Antiguidade grega

A Grécia antiga foi uma civilização de grande influência na cultura ocidental. Mesmo existindo uma dificuldade de se falar da Grécia como uma totalidade, visto que suas cidades possuíam soberania política, constituindo cidades-Estado, o pensamento mítico predominava e unia as diversas cidades numa cultura relativamente homogênea. Este pensamento estava associado a muitas divindades que personificavam temas como: a saúde, a beleza, dentre outros. Através do temor e respeito aos deuses e heróis, o discurso mítico, norteara as esferas da vida coletiva e individual (FEIJÓ,1991).

Assim como Afrodite era conhecida como a deusa do amor e da beleza, na saúde, Asclépio, filho de Apolo, era cultuado como o deus que dominava a cura, este era pai de duas deusas que representavam dois aspectos das artes curativas: a prevenção e a terapia. Hygieia era associada à saúde preventiva por meio da sabedoria e sua irmã, Panakeia era especializada no conhecimento dos remédios (CAPRA, 1982).

O Olímpo, moradia dos deuses, era descrito como repleto de divindades, tanto masculinas como femininas, contudo, mesmo existindo esta diversidade, a estrutura social já era patriarcal, pois é constatado o predomínio de valores masculinos. Com o casamento, a mulher preenchia duas funções na sociedade, uma de comércio entre famílias, ela equivalia aos valores de circulação, era como uma riqueza móvel. A outra função era proporcionar ao homem uma progenitura e uma casa cuidada (MONTEIRO,1998).

Existiam várias fundamentações que legitimavam a inferioridade da mulher em relação ao homem, na antiguidade grega. Uma delas era associada ao corpo. Ao indivíduo masculino era atribuído maior calor corporal, por este motivo, acreditava-se que os úteros aquecidos durante o período da gestação formavam homens, uma gestação considerada de sucesso. Esta característica servia como base para legitimar uma qualidade benéfica em relação aos homens, hierarquizando alguns comportamentos referentes à identidade sexual (SENNETT,1994).

Para a biologia aristotélica, o calor era o princípio fundamental da perfeição dos animais, ou seja, quanto mais calor um animal for capaz de gerar, mais desenvolvido é este animal. No caso dos seres humanos a explicação da menor quantidade de calor corporal da mulher em relação ao homem era exemplificada

com a teoria da reprodução que afirmava que o sêmen era um derivado do sangue, o qual por meio da ação do calor do homem concentrava a potência do sangue e o transformava, alterando a sua aparência. A mulher por apresentar mensalmente o sangue menstrual, vermelho, demonstrava que não tinha calor suficiente como os homens para transformá-lo em sangue potente branco, o sêmen (TUBERT,1996).

O calor corporal era considerado o responsável pelo vigor, por isso, devia ser estimulado e revigorado com exercícios físicos destinados ao aperfeiçoamento do corpo, e do espírito, na busca do equilíbrio do organismo. O corpo era entendido em sua totalidade, ou seja, uma unidade indivisível (SENNETT,1994).

Um indivíduo masculino, considerado saudável, não precisava de assessórios externos como vestimentas, para conservar o seu calor, por este motivo, em atividades exclusivas de homens, estes ficavam desnudos ou com poucas roupas que deixavam seus corpos livres. A nudez para os atenienses era uma forma de distinguir os mais saudáveis dos menos saudáveis, assim como os mais belos (PIRES, 2005).

Este autor destaca que é importante ressaltar que as mulheres e escravos não eram considerados cidadãos, sendo a nudez proibida para ambos. No caso das mulheres somava-se o fato de serem consideradas pessoas com pouco calor corporal, o qual não podia ser desperdiçado.

Além da questão do calor corporal, os gregos já advertiam sobre a identidade entre forma e beleza, ou seja, a relação entre beleza, proporção e harmonia, sendo esta relação valorizada tanto nas artes, na arquitetura como também nos corpos. Embora cultuassem o físico e buscassem a criação de modelos de corpos perfeitos e ideais, eles não se preocupavam em ficar parecidos com as estátuas, visto que estas eram manifestações do vigor artístico no grau ideal, não alcançado em padrões humanos (PARIS,1994). Este fato constitui um diferencial em relação a nossa cultura contemporânea, na qual as pessoas buscam em si mesmas, este ideal de perfeição.

Eu gostei do resultado da minha cirurgia, mas ainda vou fazer o retoque, normalmente sempre fica uma coisinha, nada que eu precise não, mas como eu já paguei quatro mil para fazer a lipo vou pagar mais quinhentos reais para fazer o retoque só para achar que a minha barriga está **perfeita** (Hera).

A simetria era uma forma deste grau ideal. Os egípcios também valorizavam a simetria, sendo a visão destes, mais rígida do que a dos gregos, no que diz respeito à proporção corporal. No Egito, o corpo humano deveria ter quantidades fixas: dezoito unidades de altura, cinco de braço, três de pé. Para os gregos, existia uma proporção entre as partes do corpo de cada pessoa. A face correspondendo um décimo do resto do corpo, a cabeça um oitavo e assim por diante. Cada parte tinha uma proporção ideal (ECO,2004).

Esta relação entre simetria e beleza ficou mais explícita com Pitágoras, cujos estudos condensavam matemática, ciência natural, cosmologia e estética. É com este estudioso que nasce a visão estético-matemática do universo, onde todas as coisas que existem refletem uma ordem e são orientadas por leis matemáticas que são ao mesmo tempo condição de existência e de beleza (ECO,2004). Observamos que a beleza associada à harmonia ainda perdura como um critério de avaliação de beleza como comenta um dos médicos entrevistados:

Beleza não existe, o que existe é a harmonia. Vai existir harmonia na raça negra, na raça amarela, na raça ariana. Então você vai ver alguém da raça ariana com o olho muito bonito azul, com um cabelo muito louro, com uma pele muito branca, com o nariz muito feio, com uma boca totalmente desproporcional, com uma mandíbula desalinhada, ou seja não faz a somatória da harmonia (Zeus)

Os discípulos de Pitágoras foram os primeiros a estudar as relações matemáticas dos sons e defendiam que a harmonia musical estava estreitamente ligada à produção do belo. Na arquitetura essa linha de raciocínio também segue, visto que as relações que regulam as dimensões dos templos gregos correspondem com as dos intervalos musicais (ECO,2004).

Supõem-se que para Pitágoras na oposição dos contrários somente um representava a perfeição o outro seria a desarmonia, o mal o feio. Para ele, princípio do bem era articulado à ordem, à luz e ao homem, sendo a mulher associada ao princípio do mal articulado ao caos e às trevas (MONTEIRO,1998).

Heráclito defendeu a idéia de que no universo existem opostos e que a harmonia é a conciliação destes e não a ausência. O equilíbrio dos contrários, todavia não se resume na anulação, mas sim na tensão. Os sucessores de Pitágoras que viveram entre os séculos V e IV a.C. já aceitavam as idéias de Heráclito surgindo a idéia de que os contrários se neutralizam formando a harmonia

o que no campo do visual seria a simetria percebida por exemplo nas estatuas gregas esculpidas no século VI a.C. As estátuas eram a expressão concreta do ideal com proporções perfeitas (ECO,2004).

Sabemos que a visão de Pitágoras sobre simetria perdurou, pois a Grécia antiga nos legou padrões estéticos, assim como, a sua visão sobre a mulher e o seu corpo como caótico, imperfeito e algo do mal também persistiu. Esta visão será bem ressaltada no discurso cristão.

4.1.2 O discurso cristão sobre o corpo

Na Idade Média, onde o discurso cristão teve mais força, a simetria corporal não era tão valorizada como na antiguidade, visto que a beleza do corpo passa por uma desvalorização, em detrimento da beleza do espírito. Sendo o corpo e a carne associados ao mal. O romance entre damas e cavalheiros acontecia geralmente de forma platônica. A dama com sua beleza inatingível era cortejada, o contato corporal era substituído pelas palavras (LE GOFF E TRUONG, 2005).

O corpo com o cristianismo passou a ser condenado como perigoso e menos valorizado em relação ao espírito. O corpo feminino, principalmente, era o mais desvalorizado. Para Santo Agostinho o ser humano era formado por uma substância espiritual, a qual é assexuada e racional e outra substância que era a corporal irracional e perigosa. Para este santo esta composição diferia, dependendo do sexo. A mulher, no caso, era mais corporal e por isso precisava de mais controle do que o homem. Contudo, para Santo Tomás o ser humano constituía numa unidade composta por uma relação estreita entre corpo e alma, porém seu pensamento se aproximava ao de Santo Agostinho, pois para ele o corpo feminino era inferior ao masculino, além disso, para ambos os santos a castidade era a possibilidade da salvação das pessoas, sendo o corpo da mulher uma ameaça constante a este ideal (TUBERT, 1996).

Na Idade Média ,as artes expressavam a importância que a figura de Maria assume. Ela é um modelo de mulher que tem o controle da sexualidade, as virtudes maternas são exacerbadas. Esse modelo de mulher já expressa uma redenção do feminino, mas ainda sobre o controle patriarcal.(.....) As mulheres foram negando seus próprios valores e sentindo vergonha de serem mulheres (MONTEIRO, 1998, p.57).

No discurso cristão, corpo e alma estão intimamente relacionados, no entanto, fica evidente que a alma possui o *status* de nobreza em relação ao carnal, ao mundano. Por meio da punição e do controle do corpo era que se elevava a alma, daí tantas penitências sejam elementares, ou de flagelações do corpo para se atingir uma purificação da alma.

Assim como, pelo controle do corpo se purificava a alma era também por meio deste corpo que o castigo divino era manifestado, pois comportamentos ditos pecaminosos poderiam ter como efeito, a doença, como castigo, ou seja, uma alma impura teria como consequência um corpo também impuro(COELHO E ALMEIDA FILHO,).

O discurso sobre o corpo da mulher e suas doenças foi, até o século XI, dos homens da Igreja, os quais, obviamente, colocam as mulheres num plano inferior, visto que temem a carne e aconselham a abstinência. Esta posição se opõe à tradição greco-romana, que considerava prejudicial a retenção do esperma e do fluxo menstrual e, portanto aconselhava sua evacuação (TUBERT,1996, p. 55).

Dessa forma, durante a Idade Média, a desconfiança dos homens em relação às mulheres intensificou-se por conta da rejeição por parte do clero, que monopolizava as fontes do saber médico, além disso, a igreja coordenou a criação das universidades no século XIII, fato que associava o pensamento científico com os ideais cristãos e o preconceito contra o feminino (TUBERT,1996)

Com o declínio da religião, nas sociedades ocidentais, a linguagem médica foi substituindo e se distanciando da linguagem religiosa. A partir do século XIX, o ideal religioso da salvação foi sendo trocado pela busca da salvação, por meio da saúde (FOUCAULT, 1987). As idéias de pecado e de moralidade foram sendo substituídas por idéias de saúde e doença. Gerações mais antigas pregavam contra uma vida pecaminosa, atualmente pregamos por um estilo de vida saudável. Antes a gula e a preguiça eram condenadas, hoje as metáforas utilizadas são: alimentação regrada e disciplinada, e exercícios físicos (HELMAN,2003).

Percebemos que o discurso e a forma de se relacionar com o corpo mudaram, no entanto, o controle social continua. A substituição que a revolução médica desempenhou da moralidade para a saúde criou um novo arquétipo da felicidade (SENNETT, 1994). Acrescentamos que a moralidade estética também

desempenha um ideal de felicidade e bem-estar nos dias atuais como demonstra o discurso de um das entrevistadas. *Eu faria de novo dez vezes, adorei e recomendo a quem quiser, vale a pena, você fica bem consigo mesma e se acha mais bonita. É maravilhoso* (Hera).

A partir da emancipação do discurso médico, novas percepções corporais foram estabelecidas. Juntamente com o retorno da atenção para o bem-estar físico, antigos costumes perdidos durante a Idade Média retornam. Hábitos como tomar banho, usar roupas leves, cuidar do físico como faziam na Antiguidade grega voltam pouco a pouco, modificando os costumes e a moda.

O discurso do cuidado com o corpo e com a saúde foi com o tempo ganhando mais força até chegar aos dias atuais. No entanto, no século XIX, onde o culto do corpo, ainda, era condenado e a cultura patriarcal era muito presente, *a aparência pálida e frágil era fundamental para despertar o respeito; mulheres com aparência saudável eram vistas como vulgares*. Algumas chegavam a tomar vinagre para ficar com aparência considerada bela na época (PIRES, 2005, p.54).

Atualmente, percebemos que acontece o contrário, pois o belo é possuir uma aparência saudável e bronzeada, mesmo que para isso, ironicamente, a saúde seja prejudicada. Hoje, uma das identificações do que seja ser mulher e feminina é a vaidade e não mais a fragilidade, ou a maternidade. Uma das entrevistadas apresentou esta idéia quando comentou em seu discurso *que hoje tem pessoas que não são realizadas como mulheres, são realizadas como profissionais, como mães mas não como mulheres aí uma cirurgia pode ajudar* (Atena).

No século XIX uma mulher saudável bastava ser aquela que fizesse filhos saudáveis, a beleza não estava tão associada à saúde como na contemporaneidade. A metáfora “corpo sarado” consiste num item interessante para explorarmos algumas representações culturais sobre a vinculação entre corpo, beleza e saúde. Estes três itens, em nosso cotidiano, são geralmente apresentados como sinônimos.

Começamos pela seguinte pergunta: o que é um corpo sarado? Antes de descrever o sentido literal do que seja este termo é interessante atinarmos para o detalhe de que uma expressão muito popular dentro de uma cultura acaba se distanciando da compreensão inicial do emprego do termo, na qual a metáfora é literalizada.

Corpo sarado é um termo bastante popular na cultura brasileira e cearense. Consiste numa metáfora utilizada para descrever um corpo belo, malhado. A partir deste fato, ao fugirmos da sedução do literalismo, podemos perceber que o nosso discurso é carregado de um sentido simbólico. Palavras, aparentemente aleatórias e desconectadas de uma realidade, quando observadas por meio de uma lupa metafórica podem nos trazer grandes informações.

A expressão corpo sarado vem evidenciar como um simples termo, à primeira vista, desprovido de um sentido mais amplo, pode demonstrar uma riqueza simbólica ao abdicarmos da crença de que a metáfora consiste em apenas um fenômeno de linguagem desprovida de internalizações, conscientes e inconscientes, de quem utiliza (HELMAN,2003).

Um corpo belo, malhado tem como metáfora um “corpo sarado”, ou seja, que foi curado. Se foi curado, entende-se que sutilmente esta metáfora nos apresenta que um corpo fora do padrão é um corpo doente que precisa de cuidados (GOLDENBERG, 2002).

Depois de séculos de repressão do corpo e da matéria, vivemos o *culto do corpo*. A alma deixou de ser a possibilidade para o acesso ao “paraíso”. Os sacrifícios ainda são necessários, contudo não são voltados para o desenvolvimento da alma, mas sim do corpo. O corpo deve ser curado e modelado para alcançarmos a salvação.

E nos últimos anos, principalmente **na década de 80 pra cá, o culto ao corpo, se tornou mais presente ainda, então mais um motivo para fazer cirurgia plástica**, mas se você olhar em qualquer civilização, se você for olhar os espartanos, os espartanos praticavam eugenia, que era pior ainda, nasceu ruim, matou, os índios brasileiros, aqui, quando os portugueses desembarcaram ficaram maravilhados, só eram corpos perfeitos, por quê ? Porque eles praticavam eugenia. Outro dia eu tava conversando com um colega que tava fazendo um trabalho com os lanomâmis ele dizia que os lanomâmis, na tribo deles, que era um tipo de índio que não havia registro de crianças com lábio leporino e ele descobriu que essas crianças são todas eliminadas, no momento do nascimento as mães pegam uma folha de bananeira colocam dentro da boca para tampar aquele buraco e isso ai determina a morte da criança (Dioniso)

Iremos perceber que a mulher desde a Antiguidade grega até dos dias atuais possui restrições ao seu corpo. Hoje, aparentemente a mulher conquistou o direito de manejá-lo livremente, entretanto se no discurso cristão era a que mais

necessitava melhorar a sua alma, na atualidade esta também continua sendo a que mais precisa melhorar, com a diferença de que agora é o seu corpo que sempre pode e deve ser aperfeiçoado.

Futuramente se eu engordar **quando tiver um filho** eu pretendo fazer uma **lipo**, dependendo depois que eu amamentar vou colocar **silicone** (Hera).

Quando eu tiver mais velha vou fazer **as coisas da idade**, pálpebra, nos 55, abdominoplastia, essas coisas (Afrodite).

A valorização do corpo se acentuou e a mídia se apoderou do discurso médico para fundamentar a venda do seu produto corpo, pois o corpo belo é revestido do *status* de um corpo saudável, justificando e intensificando a busca pela beleza com argumentos de que é para saúde onde esta se entrelaça com as práticas e produtos de embelezamento.

4.2 O produto corpo

De acordo com Ferrés (1998), a publicidade passou por uma transição. Até a década de 50 os produtos eram divulgados, principalmente, por um sistema de informação baseado na descrição objetiva de suas qualidades. A chamada “proposta única de venda” era a apresentação do produto enfatizando as diferenças e os benefícios que a pessoa teria ao adquiri-lo. Contudo, com o aumento da produção em massa, as diferenças reais, entres os produtos ficaram, com o tempo, pouco relevantes. Com isso, novas técnicas publicitárias foram desenvolvidas.

A publicidade, nos dias atuais, trabalha, especialmente, com a sedução. A origem etimológica da palavra sedução traz a idéia de desvio do caminho segundo Albuquerque (2002). Nos mitos gregos as sereias eram associadas à sedução. Quando cantavam, seduziam as pessoas, desviavam-nas de seus caminhos de acordo com Chevalier e Gheerbrat (2002).

O apelo por meio da sedução não tem como foco a exposição das qualidades objetivas de um produto, pois a proposta não é o convencimento, mas sim, a sedução, por este motivo o apelo é por meio da via emotiva e não da racional. A base da sedução não é a argumentação, mas o fascínio, onde o

consumidor, ou seduzido, desvia-se do caminho das necessidades reais, por promessas fascinantes de plena satisfação e bem-estar (FERRÉS, 1998)

Para o mesmo autor, o trabalho do *marketing*, na atualidade, é concentrado muito mais na venda de sonhos do que na necessidade material. As propagandas jogam com a angústia e o sentimento de culpa dos possíveis consumidores. Por este motivo, a mídia, que tem como objetivo estimular o consumo, apela para os sentimentos e as emoções das pessoas, visto que é mais eficaz trabalhar com o irracional dos clientes para provocar identificações e projeções com os produtos a serem vendidos.

(...) **as mais jovens sempre querem coisas mais ousadas**, ou seja, querem colocar uma prótese de mama maior, procuram cirurgias que aos nossos olhos, do ponto de vista ético-médico não são muito bem indicadas como prótese de quadril , prótese de bumbum, a gente é contra, sempre buscando esses aspectos que a mídia impõe (Zeus).

A sedução midiática tenta aprisionar o cliente com discursos que despertam o fascínio das pessoas para apropriação de um produto, no caso do corpo ideal ou belo, existe a promessa de que ao adquiri-lo, posteriormente, melhorias irão acontecer sejam estas: no emprego, nos relacionamentos.

Eu faço cirurgia plástica há 27 anos e vejo que **cada dia mais as pessoas mais jovens recorrem à cirurgia plástica-estética** por conta da imposição midiática, ou seja, o paciente para ter sucesso, a pessoa para ter sucesso tem que ser magra, tem que ter umas mamas bonitas, tem que ter um bumbum bonito, não pode ter gorduras, porque ela tem que usar as roupas mais coladas (Zeus).

A sedução é uma forma de violência que não é explícita, pois a pessoa seduzida acredita que sua escolha é livre e particular, no entanto, o seduzido está a serviço de um outro que usa o fascínio como arma. Freud (1876/ 1921) escreveu que uma pessoa ao fascinar-se por algo, atribui um enorme investimento de energia no objeto de fascínio, em detrimento do próprio eu. Essa experiência de fascínio pode fazer com que o indivíduo desloque sua autonomia e capacidade de resolver problemas para o objeto de fascinação, tornando-o responsável por sua felicidade e sucesso, uma violência contra o próprio Eu.

O produto “corpo ideal” virou o grande sonho da atualidade e é disseminado por meio dos veículos de comunicação. Com a velocidade destas informações este

corpo vem apresentando uma imagem, cada vez mais globalizada. Modelos irreais para muitas culturas e tipos genéticos são absorvidos em nome de uma busca pelo corpo padronizado. Contudo, esta idealização é proveitosa para as pessoas que ganham dinheiro com isso, pois cresce bastante o número de academias, de cosméticos, de clínicas estéticas, de cirurgias estéticas.

Mesmo que a menina não vá para praia ela tem que mostrar para as amigas que ela tem um corpo escultural e que não vai para a praia para não envelhecer e essa motivação me vem muito mais na cabeça como uma auto complementação como se fosse assim de tornar um ego condescendente **em busca de uma perfeição que não é real**, então essa busca dos mais novos é justamente isso, é a imposição da mídia que você está aceite com a sociedade (Zeus).

De acordo com Lipovetsky (2005), somos controlados, não mais por violência explícita com atitudes autoritárias, o controle social ocorre principalmente, nos dias atuais, por meio da sedução que fornece uma pseudo-liberdade de escolha.

Esta pseudo-liberdade consiste numa alegria pela submissão, pois de acordo com Enriquez (1997) trata-se de uma violência disfarçada em que os que a obedecem ficam felizes por acreditarem que o desejo era deles, pois a obediência não é conseqüência da obrigação e da coação, mas da interiorização de um ideal.

Para que esta internalização seja mais rápida e eficaz em virtude do interesse do consumismo e da produção em massa, somos estimulados à desconfiança em nossos próprios julgamentos e recursos para sermos saudáveis e felizes (LASCH,1986). Somos “deseducados” a respeito de nós mesmos e desempoderados²⁰ para o autocuidado, visto que, a cultura midiática e o saber médico se apropriam deste espaço.

(...) a maneira excessivamente racional e separatista de lidar com a vida produziu uma alienação tal que nos levou a tentar dominar e

²⁰ *Empoderamento significa em geral a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma situação particular (realidade) em que se encontra, até atingir a compreensão de teias complexas de relações sociais que informam contextos econômicos e políticos mais abrangentes (...) O empoderamento possibilita tanto a aquisição da emancipação individual, quanto a consciência coletiva necessária para a superação da “dependência social e dominação política” (...) e devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania, e principalmente a liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro (PEREIRA,2007, p.1)*

controlar o mundo por meio da tecnologia, a ponto de a natureza e seus processos terem se transformado no “inimigo”. Temos medo de nossas próprias tendências mais naturais, de nossas emoções, de nossos corpos, instintos e de seus processos, tais como o envelhecimento e a morte. Logo, se tememos a morte, tememos também a vida, pois é impossível uma existir sem a outra. Em outras palavras, não estamos mais em contato com nossa fonte, nem somos mais capazes de confiar em nossas raízes naturais. Por tudo isso, abusamos da sabedoria instintiva de nossos corpos e violamos nosso meio ambiente. (VALENTINE,1994, p.11)

Duarte Jr. (2006) comenta que em virtude de um embrutecimento dos nossos sentidos, vivemos num ambiente social e espaço urbano degradado o que estimula o enfoque nas hiper-realidades ou simulacros que são construções virtuais desenvolvidas, principalmente pelos meios de comunicação e informação que superpõem-se como um sonho dourado, sobre a dura realidade. A produção industrial se aproveita do afastamento dos indivíduos de suas verdades, do contato crítico para vender ideais intangíveis. Hoje, o corpo humano faz parte da intervenção de um mercado que visa a produção de idealizações de saúde e beleza a serem, consumidas na busca de uma perfeição corporal que nunca se realiza.

Além disso, a mídia estimula a venda de produtos com idéias paradoxais. Paralelamente a idéia de que um corpo ideal é aquele magro, jovem com aspecto saudável, na lógica deste processo, existe a indústria alimentícia que nos bombardeia com a publicidade de alimentos que “devem” ser consumidos em grande quantidade, dificultando ainda mais a realização desse corpo padronizado, mesmo porque os anúncios estimulam o consumo de produtos altamente calóricos (ricos em gorduras e açúcar).

No caso do corpo ideal, as pessoas buscam alcançá-lo como um valor delas e ficam felizes quando recorrem a procedimentos que prometem esta conquista, mesmo que estes sejam dolorosos e exijam sacrifícios. A cirurgia estética constitui um procedimento privilegiado neste contexto. Dessa, forma concordamos com Montagner (2006,p.5) quando comenta que:

Na nossa sociedade, o corpo é o suporte de uma construção identitária realizada pela estrutura social sobre a pessoa, construção da qual o próprio indivíduo não é inteiramente sujeito.

Hoje, os valores disseminados do que seja um corpo belo estão tão internalizados, que ao perguntarmos para as jovens que se submeteram às cirurgias estéticas o que consideravam um corpo ideal, todas apresentaram um incômodo em

responder. Somente uma respondeu que tinha um modelo, as outras afirmaram que não possuíam modelo e que só haviam feito as modificações pela necessidade de um seio maior, ou a barriga que não estava de um tamanho bom, descartando a possibilidade de que esta alteração estivesse baseada em um padrão.

(...) eu gosto de corpo curvilíneo que tenha cintura, busto, que tenha perna, eu não gosto daquele corpo muito magro, não, não gosto. Eu quis tirar o culote porque era um **excesso**, mas eu gosto de ter quadril, de ter perna, de ter bunda, cintura. Eu coloquei busto exatamente porque eu achava que ficava **desproporcional**, o quadril do busto, meu braço é muito magro isso aqui é muito magro (pescoço) e sem peito ficava muito de criança aí... ficou melhor. (Afrodite)

Bem eu não sou aquela pessoa, mais vaidosa do mundo não, eu fiz a "lipo" porque a **minha barriga incomodava**, mas é tanto que eu não faço academia, minha alimentação não é nem um pouco regrada, eu como de tudo e mais um pouco. Eu queria ter um corpo ideal queria mas, eu não sou aquela pessoa que faço por onde, de jeito nenhum, não sou tão ligada nisso não (Hera).

Eu nem vejo a questão da perfeição eu vejo a questão da satisfação, de você se gostar, uma coisa é você se olhar e se gostar outra coisa é você se olhar e dizer não eu estou com raiva(...) **eu não estava buscando o corpo ideal eu estava buscando ter mais satisfação** (Deméter).

Sobre esse aspecto de corpo ideal é muito relativo eu não tenho assim um parâmetro, um padrão de corpo ideal, eu acho que a pessoa tem que tá feliz com o seu corpo, pode ser gorda, pode ser magra, pode ser despeitada, pode ter peitão, tá feliz com o seu corpo, **eu não acredito que tenha corpo padrão, corpo ideal tem que estar satisfeita** (Atena).

Parece que a busca por um corpo bonito é regulada muito mais pelo limite monetário do que pelo limite do corpo ou da alma, pois observamos que ao indagarmos sobre a vontade de fazer mais cirurgias estéticas, o dinheiro era o primeiro a ser pontuado, sendo este o principal empecilho e não o temor pelo procedimento cirúrgico, pelo pós-operatório, ou riscos de cicatrizes. *Eu tendo dinheiro eu faço tudo que eu tiver vontade* (Hera). Acreditamos que este fato intensifica mais a visão de que, na atualidade o corpo possui um caráter de *um bem* a ser adquirido, ou seja um produto, o qual, basta que a pessoa possua dinheiro que poderá comprá-lo.

5. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE COLETIVA

5.1 Promoção da saúde: algumas definições

A saúde coletiva, como já mencionamos, enfatiza a promoção da saúde como processo de trabalho do seu campo de atuação. Em 1986, o conceito de promoção foi ampliado, na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, deixando de ser somente ações voltadas para prevenção de doenças e riscos para a compreensão da saúde enquanto qualidade de vida de acordo com Aerts *et al* (2004).

A promoção da saúde lida com estilos de vida, pois evidências mostram que a saúde está bem mais relacionada com a vida que as pessoas levam do que a um determinismo genético e biológico, por isso, ao pensarmos em promoção da saúde é preciso uma consciência de que lidaremos com questões complexas e que por este motivo, um enfoque unicamente positivista seria precário. Metodologias utilizadas pelas ciências sociais como a antropologia, a psicologia, e a sociologia ajudam e agregam valores às práticas e setores que possuem como objetivo a promoção da saúde, visto que esta movimentada diversas áreas e disciplinas, pois é algo além de um nível de atenção e de ações que acontecem anteriormente à prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde a promoção da saúde parte de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental, procurando desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado de saúde e a prevenção das condutas de risco. Portanto, concordamos com a afirmação de Coelho (2001) de que a proposta de promoção da saúde entende saúde como uma produção social.

Com essa compreensão não devemos constituí-la como uma simples estrutura organizacional ou como um programa, mas sim entendê-la como um conjunto de estratégias que movem, transversalmente, políticas, programas e ações

com o intuito de construir a integralidade²¹ em toda a sua complexidade, estas estratégias devem contribuir para o desenvolvimento humano e para o processo de emancipação da população tocando e considerando as diferentes dimensões humanas, inclusive a afetividade, a amorosidade, a busca da felicidade e a capacidade criadora, por isso a promoção da saúde é antes de tudo vivencial uma junção de saberes locais e universais, individuais e coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Intervenções e práticas que possuem como meta a promoção da saúde devem fomentar análises críticas e reflexivas sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo aquilo que contribui para a melhoria da saúde, da qualidade ambiental e do desenvolvimento humano. Facilitando a participação de todos os integrantes da comunidade na tomada de decisões.

De acordo com a Declaração de Bogotá (2001), deve-se contribuir para a formação de cidadãos críticos aptos para lutar pela transformação da sociedade e pela melhoria das condições de vida de todos. Diferentes áreas sociais vêm buscando desenvolver projetos que, mesmo diversificados, procuram investir na promoção da saúde. Essas ações são construídas no dia-a-dia, conforme o ambiente e a estrutura de que se dispõe. É importante que o sentido da vida seja apreendido por todos e que a auto-estima e as habilidades para o bem-viver estejam voltadas para a adoção de uma vida mais saudável.

²¹ *A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO et al, 2007, p. 1).*

Uma das grandes aliadas da promoção da saúde é a educação em saúde²², visto que é a partir da educação para a autonomia, da mudança de hábitos e da intervenção no cotidiano que se pode pensar em promoção da saúde. Contudo, durante algum tempo, a educação em saúde centrou sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, levar em conta as inúmeras influências provenientes da realidade cultural e social em que as pessoas estão inseridas. O corriqueiro eram ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e de saúde sem o interesse de uma potencialização para a conscientização acerca do autocuidado e suas inter-relações na busca pelo equilíbrio dinâmico da vida.

Com o tempo, a noção de educação em saúde foi ampliada, deixando de ser vinculada unicamente a uma educação informativa, punitiva e restritiva para voltar à antiga noção grega de educação, a *paidéia*²³ que é aquela que além de formar o homem, forma o cidadão. A educação neste sentido relaciona-se ao desenvolvimento de habilidades pessoais e acompanhamento, não o sentido assistencial, mas o sentido de apoio por meio da empatia, assegurando uma ação integrada entre os campos da educação e da saúde, uma vez que ambas se fundamentam, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social.

Um dos objetivos da educação em saúde é o de favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis. Para isso, é necessária a adoção de *estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável* (CATRIB, et al 2003, p.34).

No entanto, se o que se ensina não tiver coerente com os valores e a prática diária, as mensagens se enfraquecem e não alcançarão seus objetivos. O

²² A Educação em Saúde requer conhecimento de várias disciplinas para desenvolver seu propósito junto ao objeto complexo, ou seja, a conscientização do ser humano na busca de qualidade de vida percorrendo o caminho da autonomia (...) O ensino da Educação em Saúde está sendo reconstruído mediante reflexões epistemológicas e paradigmáticas que direcionam os pilares da sua compreensão e práxis. Ao refletir sobre a efetiva concretização da interdisciplinaridade à transdisciplinaridade no ensino da Educação em Saúde, podemos asseverar que estamos lidando com indagações sobre um assunto complexo e sempre atual que vem sendo metodologicamente explorado (VIEIRA e BARROSO,2003,p.49-53)

²³ A verdadeira *paidéia* consiste em iniciar o homem no exercício da *maiêutica*, ajudando-o e ensinando-o a dar luz, a partejar idéias, bem como a girar a alma em direção ao ser, ao bem e a despertar suas qualidades adormecidas (PEIXOTO, 2001, p.47).

sentido amplo de educação não é aquele de transmitir só informações, mas também, sabedoria a qual permite uma coerência entre o que se diz e o que se faz.

Isto posto, entendemos que para a promoção da saúde é necessário um *processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo*(CARTA DE OTTAWA,2001,p.19). Sendo esta uma responsabilidade do setor da saúde, mas também de setores sociais, econômicos, políticos e culturais, visto que a promoção da saúde é um processo em direção ao bem-estar global.

Na Declaração de Adelaide, em 1988, foram identificados cinco campos de ação para a promoção da saúde: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis; englobando os aspectos físicos e sociais, o desenvolvimento de habilidades, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.

Todas estas ações são interdependentes, pois com o conjunto de políticas públicas voltadas para a saúde será estabelecido um ambiente favorável à saúde que por sua vez contribuirá para o desenvolvimento de habilidades, para o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE,2001).

5.2 A promoção de ambientes sociais favoráveis à saúde

Antes de começarmos este tópico, é importante que tenhamos uma compreensão ampliada do termo ambiente, o qual é frequentemente associado a apenas um de seus sentidos, o aspecto físico. Contudo, a psicologia ambiental estuda o homem em seu ambiente físico, mas também em seu ambiente social (GUNTHER, PINHEIRO, GUZZO,2004). Além disso, no contexto da saúde o termo “ambientes favoráveis à saúde ” refere-se também aos aspectos físicos e sociais (SUNDSVALL,2001).

Entendemos, neste trabalho, o ambiente físico como aquele que engloba as paisagens naturais ou artificiais e o ambiente social como aquele que engloba a dimensão social, no entanto, sabemos que na prática estes dois ambientes se relacionam de forma dialética, na qual a separação dos dois não acontece de maneira tão simples.

A dimensão social inclui as maneiras pelas quais, normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou perda de valores tradicionais e da herança cultural (SUNDSVALL, 2001, p.35).

Para Capra (1982) a doença mental coletiva da cultura ocidental, percebida freqüentemente por outras culturas, é a divisão cartesiana entre indivíduos e o seu ambiente como se corpo, mente e ambiente não fizessem parte de uma totalidade onde um interfere no outro.

A dicotomia entre natureza e cultura recrudescer do século XVIII, quando o conceito de cultura deixa de se referir a um processo, como por exemplo o cultivo de plantas e criação de animais, para adquirir um significado mais abstrato (KOSS, 2000, p.211).

Partindo então da idéia de que o ambiente social é aquele que engloba os costumes, a cultura, os processos sociais, o fato deste ambiente ser favorável à saúde, depende da forma como determinada sociedade está organizada. Por este motivo, ao falarmos de ambiente favorável à saúde, em seu aspecto social, estamos enfocando o contexto sociocultural de uma determinada população e época, ou seja, as crenças e hábitos que conduzem a comportamentos saudáveis.

Segundo Hillman (1993), não podemos separar o individual da enfermidade do mundo, pois os distúrbios do mundo são produzidos pelo homem, pelas representações e projeções da subjetividade humana. Desta forma, ao discutirmos categorias sociais, é importante ter sempre em mente que estamos discorrendo sobre algo que é a um só tempo, externo e interno ao ser humano, criatura e criador (CAMARGO JR., 1992, p.90).

O ambiente social pode ser considerado como promotor de saúde em alguns casos ou desencadeador de doenças em outros, pois os ritos ligados ao corpo como: os adornos, a limpeza, ou mudanças artificiais, pescoço longo, pé pequeno, magreza, costelas retiradas, cirurgias estéticas podem ter efeitos sobre a saúde. Em nosso contexto a cultura da beleza como mencionamos, anteriormente, pode, em algumas situações, prejudicar a saúde.

Por essa razão escolhemos dentre os cinco campos de ação para promoção da saúde o enfoque nos ambientes saudáveis visto que, nos capítulos anteriores descrevemos como o ambiente ocidental e contemporâneo tem influenciado na

busca por um corpo idealizado o que tem ampliado a procura por cirurgias estéticas dentre outros procedimentos. Além disso, de acordo com a Declaração de Adelaide (2001) é preciso investir na criação de ambientes favoráveis à saúde para que as ações de desenvolvimento de habilidades, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde sejam possíveis. Concordamos com a afirmação acima, mas também entendemos que o caminho contrário também seja coerente, visto que, com o estabelecimento das três ações cria-se um ambiente saudável.

Hillman (1993) defende a idéia de que precisamos reformular a visão de que o mundo é externo a nós, pois afirma que em sua prática clínica não distingue claramente entre neurose do “eu” e neurose do mundo, psicopatologia do “eu” e psicopatologia do mundo, pois situar a neurose e a psicopatologia unicamente na realidade individual é uma repressão ilusória do que está sendo verdadeira e realisticamente vivenciado.

5.3 A cirurgia estética e a promoção da saúde

O foco deste tópico constitui a discussão sobre a relação da cirurgia estética com a promoção da saúde. Para desenvolvermos sobre esta questão achamos oportuno a realização dos tópicos anteriores que tiveram como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do que seja a promoção da saúde e o impacto que as normas, os costumes culturais e sociais possuem em nossa saúde. Partindo deste entendimento, podemos prosseguir em nossas análises.

No primeiro tópico deste capítulo abordamos que a promoção da saúde consiste numa junção de várias medidas que tenham como objetivo construir uma visão integral de saúde o que requer o envolvimento de vários setores, visto que ela não compreende numa única estratégia, mas sim num conjunto destas. Promover saúde não é prevenção, é qualidade de vida, sendo esta bastante subjetiva, mas influenciada por valores coletivos.

Poderíamos concluir então, que a cirurgia estética não é promotora de saúde visto que, consiste em apenas um procedimento e não num conjunto de estratégias, além disso, muitas vezes, este procedimento não parte de uma visão integral do ser humano. Contudo, ao recorrermos ao sentido da palavra promover no dicionário Aurélio encontraremos as seguintes definições:

1. dar impulso a; trabalhar a favor de; favorecer o progresso de; avançar. 2 Ser a causa de; causar, gerar, provocar,originar. 3.Requerer, solicitar, propondo.4. Diligenciar para que se realize, se efetue, se verifique.5.Elevar a (p.532)

Partindo destas referências sobre a palavra promover, percebemos que a cirurgia estética pode favorecer, dar impulso, gerar saúde ao compreendermos a saúde não somente como ausência de doenças mas também como um bem-estar. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é um completo bem-estar biopsicossocial, contudo acreditamos ser mais coerente a afirmação de Berlinguer (1978) que descreve a saúde não como um bem-estar completo, visto a impossibilidade deste fato na realidade concreta, mas sim como o predomínio de bem-estar mesmo com uma quantidade moderada de sofrimento em um dos aspectos seja biológico, psicológico ou social.

Partindo destas afirmações, percebemos que a cirurgia estética desde os primórdios é um procedimento de alteração do corpo que tem como uma de suas finalidades a padronização corporal objetivando uma aceitação coletiva. Dessa forma, podemos afirmar que a cirurgia estética pode contribuir no bem-estar de uma pessoa que ao sentir-se diferente, excluída e com a auto-estima prejudicada pode ficar mais feliz e saudável ao ser aceita pela coletividade.

Uma pessoa ao se sentir melhor com o próprio corpo, pode se sentir emocionalmente melhor contribuindo para a sua saúde mental e qualidade de vida, pois de acordo com o psicanalista Schilder (1980) a imagem corporal que a pessoa tem desempenha uma importância na formação da identidade, do seu ajustamento e da sua saúde.

Além disso, concordamos com o autor acima quando comenta que o corpo pode comprometer o relacionamento da pessoa com o mundo, por isso o corpo é importante, pois uma pessoa com uma imagem corporal negativa pode ser impedida ou prejudicada em sua atuação no ambiente. Podemos perceber por meio das falas das entrevistadas que se submeteram a cirurgia estética que estes comentários ficam mais evidentes quando todas afirmam que este procedimento contribuiu para o bem-estar emocional, felicidade e auto-estima.

Muda, muda eu sou uma pessoa que tenho uma auto-estima muito boa , mas mesmo assim você sente uma mudança , você

sente uma mudança, **se sente melhor, mais auto-confiante**, olha no espelho e gosta do que vê (Afrodite)

Eu acho que depois da lipo, embora particularmente não tenha ficado do jeito que eu queria que eu gostaria e precisa fazer o retoque eu não me arrependo nem um só minuto eu acho que foi uma diferença muito grande da época que eu não tinha feito para depois com todos os defeitinhos com todas as coisinhas **eu me gosto muito mais agora do que antes** (Deméter)

Eu era um pouco traumatizada(...) a minha barriga realmente me incomodava eu não tava mais querendo usar biquíni, não era nem a preocupação pela perfeição não era, era melhorar, usar uma blusinha apertada, uma coisa assim (...) eu tinha vergonha de usar biquíni, eu não usava blusinha apertada era toda retraída e isso **minha auto-estima melhorou bastante**, não de eu me achar bonita não, eu já uso uma roupa normal sem achar que eu tô feia(Hera)

Eu busquei uma cirurgia estética, de silicone, não só pelo físico, pelo corpo ideal, não, me incomodava era a **minha feminilidade que tava afetada** entendeu por isso que eu procurei, meu objetivo era botar silicone, agora eu não tenho muito na minha cabeça esse negócio de corpo ideal, de parâmetros, enlouquecer pra ficar magra, eu não tenho e nem tenho isso como objetivo, foi mais por uma insatisfação da minha feminilidade com relação ao silicone, ao seio, que é uma grande virtude da mulher assim... ter seio me incomodava desde de novinha via minhas amigas com peito e eu não e tudo na hora de eu decidi e optei fazer(...)foi muito bom para mim, tipo assim meu pós-operatório foi ruim e tudo, mas **foi bom porque eu aprendi a cuidar do meu corpo**, me alimentar bem, fazer exercício você começa a direcionar e hoje em dia eu tenho uma qualidade de vida melhor, pela minha alimentação, pelo meu exercício físico, pela minha atividade física, então tudo melhorou (Atena)

A respeito da opinião dos cirurgiões acerca dos resultados da cirurgia estética, na perspectiva da promoção da saúde todos afirmaram percebê-la como promotora de saúde.

(...) se você olhar em qualquer cultura, em qualquer civilização, a busca pela beleza sempre foi um fator inerente à própria natureza do homem, além do mais, todas as pessoas sempre têm alguma coisa que não gostam em si, então se existe a possibilidade de mudar e melhorar elas procuram, o grande problema que existe assim em termos sociais em relação à cirurgia estética, e aos procedimentos estéticos é porque de um modo geral, as pessoas acham que são coisas desnecessárias (...) se operar, fazer procedimentos estéticos hoje em dia **é algo necessário, porque a tribo que a gente vive ela praticamente exige que você faça isso**, fora quando existe as deformidades corporais, infelizmente se você nasceu com um nariz grande que chama atenção que **baixa a sua auto-estima que lhe torna motivo de chacota, então você busca uma solução para isso aí** (Dioniso)

Dois dos informantes enfatizaram que promoviam saúde mental em virtude de uma aceitação da pessoa pela coletividade e que por este motivo uma aceitação de si mesma. Um dos médicos comentou que no início da sua profissão trabalhava mais com cirurgia reparadora, pois tinha um pouco de preconceito com a cirurgia estética, julgando ser esta menos gratificante do que a reparadora, pois a esta recorriam pessoa com doenças. Contudo comentou que com um tempo percebeu que a cirurgia estética também é bastante gratificante quando observa o quanto as pessoas ficam felizes e satisfeitas.

Entretanto explanamos no capítulo A cirurgia estética no contexto da saúde coletiva, o fato de que a alteração corporal, ou seja, do esquema corporal, não necessariamente proporciona uma modificação da imagem corporal. No caso da cirurgia estética, em algumas mulheres pode-se melhorar a auto-estima e em outras virar uma obstinação, uma norma, uma obrigação, visto que a percepção subjetiva é negativa independente do corpo que se tem.

Portanto, ao questionarmos se a cirurgia estética pode ser promotora de saúde, é preciso destacarmos a relevância das particularidades individuais, visto que o ambiente social interfere com as suas crenças e normas, no entanto, não é determinante, além disso, este ambiente é formado por uma coletividade de indivíduos. Com uma mesma estimulação algumas pessoas irão se sentir bem enquanto outras podem adoecer dependendo também de suas características individuais, pois a saúde está relacionada tanto aos fatores ditos externos como também com a forma que a pessoa interage com as situações do cotidiano.

Em nosso contexto sociocultural, cidade litorânea e tropical numa sociedade ocidental e contemporânea o culto do corpo é muito acentuado e a busca pela perfeição corporal vem transformando-se numa normalidade.

O próprio conceito de normalidade implica uma idéia de se estar situado dentro de valores mediados numa mostra estatística. (...) A palavra "normal" se origina do latim norma, que também significa "esquadro", o instrumento dos antigos carpinteiros, que era usado para pôr as coisas num ângulo reto, para enquadrá-las. A busca da normalidade pode, em muitos casos, asfixiar quaisquer manifestações criativas, pois estas não sobrevivem a um sistema de controle despótico (SALLES, 1997, p.19)

Laplantine (1994) afirma que a saúde mental não consiste necessariamente em ajustamentos, mas em reajustamento onde o sujeito tem a flexibilidade de conciliar o ambiente, o coletivo com os interesses do ego.

Promover a saúde é realizar ações que gerem bem-estar ou evitem riscos, respeitadas as condições de escolha e criação dos indivíduos. A relação da saúde com a cultura não se restringe à obediência irrestrita às normas. (...) a saúde e a doença dependem do processo de simbolização da estimulação. Se o indivíduo não consegue dar um sentido ao que lhe acontece ou se lhe dá um sentido penoso, o resultado pode ser a doença. (...) a saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação. Ela até significa um desvio das normas sociais. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e a obediência à norma. (COELHO E ALMEIDA FILHO, 2003, p.106-108)

Em muitos casos, as mulheres se preocupam tanto com o corpo físico padronizado que deixam de lado a criatividade no lidar com a sensualidade do seu corpo, a qual, não está vinculada necessariamente à beleza física como afirma Zeus.

A mulher, ela busca muito ser sensual , mas na realidade ela não pratica o ato de ser sensual , ela quer ser bem feita , bem arrumada, não para o parceiro dela, mas para a comunidade dela, ou seja, as mulheres que observam aquilo que você está portando, o corpo, o vestido, o cabelo, a unha, a jóia, o culote que não tem mais, a cintura que não tem mais, o bumbum, a prótese então aquele dizer que a mulher se arruma para mulher é em parte verdadeiro, o homem na realidade, não está muito preocupado com isso não, pelo menos é o que eu observo no meu dia a dia (...) muitas vezes a gente trata só da casca se o paciente não trata do conteúdo nós não vamos ter solução de continuidade.

Ortega (2005, p.13) ilustra bem este pensamento ao falar sobre corpo no contexto atual explicando que não somos somente vítimas da cultura midiática e pós-moderna: *esse corpo que somos e temos, não é apenas um objeto de controle e vigilância, nem uma construção discursiva, midiática ou espetacular, mas o sujeito da experiência e da ação.*

Portanto, embora existam imposições implícitas e sedutoras, ou seja, normalidades culturais, nem sempre a saúde esta relacionada à adesão destas normas, visto que, muitas vezes seguir cegamente padrões em busca de uma aceitação pode provocar o adoecimento e não a saúde. Para isso é importante o

desenvolvimento de habilidades pessoais por meio da educação em saúde para que a pessoa consiga conciliar os interesses do ego e das pressões culturais.

O desenvolvimento de habilidades pessoais já foi anteriormente descrito como um campo de ação para a promoção da saúde. De acordo com a Carta de Ottawa, de 1986, a promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social por meio de medidas educativas em saúde, com informações e intensificação de habilidades para que as pessoas possam ter um maior controle sobre as suas escolhas e sobre o cuidado com a saúde. Partiremos do pressuposto de que para se desenvolver uma habilidade é necessário, primeiramente, conhecê-la.

Segundo Jung (1961) é por meio do autoconhecimento que descobrimos verdades importantes sobre nós mesmos, porém este autor distinguiu o autoconhecimento do conhecimento da personalidade do ego. Para ele, o que comumente chamamos de autoconhecimento é muito limitado, pois qualquer pessoa que tenha alguma consciência do ego presume que conhece a si mesma, contudo o ego é apenas o centro da consciência, sendo o *Self*, ou o si mesmo o centro da psique em sua totalidade. O *Self* é ligado tanto ao consciente como também ao inconsciente. Por este motivo, o conhecimento apenas do ego deixa de fora a possibilidade do desenvolvimento de habilidades que, às vezes, ainda são inconscientes. Este desenvolvimento pode minimizar a sobrecarga da importância do físico, além disso, a pessoa pode escolher melhor o que realmente é importante para ela.

Vivemos num ambiente sociocultural que tem dificultado o conhecimento de nossas habilidades, visto que o sistema atual tenta anular as diferenças entre as pessoas com o objetivo de uma produção padronizada até mesmo das diferenças (BAUDRILLARD, s.d.). Nossa singularidade vem sendo renegada em favor de uma personalização que consiste na adoção de modelos propostos pelo próprio sistema. Contudo é possível um olhar mais atento sobre os processos culturais que mobilizam as nossas condutas, pois promover saúde é também fomentar análises e reflexões sobre condutas de riscos, condições sociais, valores e estilos de vida.

6. A CIRURGIA ESTÉTICA: PROMOTORA DA SAÚDE?

Este trabalho de pesquisa teve como objetivos compreender as crenças, atitudes, percepções e processos culturais subjacentes às narrativas das universitárias e cirurgiões plásticos, a partir da perspectiva da promoção da saúde e descrever os critérios empregados pelos médicos e suas clientes na decisão de realizar a cirurgia, e as percepções sobre os resultados, segundo expectativas.

Para alcançarmos nossos objetivos, fizemos entrevistas semi-estruturais com mulheres universitárias de idades entre 18 a 29 anos e com médicos cirurgiões plásticos. Utilizamos como referencial teórico, disciplinas como a sociologia, a antropologia e a psicologia visto que, para a compreensão de alguma temática na perspectiva da promoção da saúde é imprescindível um olhar interdisciplinar.

Durante as pesquisas bibliográficas e de campo, ficou evidente que o corpo mesmo constituindo-se de uma realidade física e palpável comum a todos da espécie humana é investido de um valor simbólico que é construído socialmente e culturalmente, pois dependendo do lugar, época e clima este corpo pode ter diferentes representações e com isso distintas alterações corporais, dentre elas, a cirurgia estética. Além disso, percebemos que a relação do homem com o seu corpo é intimamente relacionada à visão de mundo do sujeito, sua forma de perceber o ambiente em que vive.

Ao retrocedermos historicamente percebemos que em todas as épocas sempre existiram discussões sobre a relação corpo e alma e juntamente com esta percepção do corpo estava uma noção de mundo similar. Um exemplo é que com a divisão do corpo e da alma também foi modificada a visão de mundo como um sistema orgânico e sistêmico para um mundo maquinal e fragmentado.

Sabemos que a importância do corpo, do belo e da experiência estética não é mérito nem deste século, nem desta nação visto que, civilizações antigas já demonstravam, por meio da arte e de narrativas, o valor atribuído à beleza, mas é importante ressaltar que existem várias formas de se compreender o que seja a beleza. Contudo, hoje em dia, o corpo e seus atributos, especialmente a beleza, adquiriram uma centralidade sem precedentes na história. Em nosso contexto, o aspecto estético do corpo, ou seja, a beleza física exerce um papel muito importante

na formação da imagem corporal, pois esta está associada não somente ao interesse sexual mas também à interesses profissionais dentre outros.

É interessante comentar que a beleza, em muitos contextos, é relacionada ao sofrimento para a conquista de aceitação ou de um prazer futuro que para muitos nunca chega. Além disso, a conquista da beleza, na maioria dos casos tem como foco o outro. Hoje, as pessoas, principalmente as mulheres, se submetem a procedimentos dolorosos em busca de uma aparência mais bela com intuito de preencher um vazio mais profundo que nunca termina.

Apresentamos neste trabalho a maneira como um procedimento com objetivo estético se relaciona com a saúde. No entanto, pontuamos que para essa compreensão é preciso um entendimento ampliado de saúde, pois se o corpo é algo perpassado pelo simbólico, a saúde e a doença também são, pois o que é considerado saudável em uma cultura pode ser dito como patológico em outras. Mulheres ocidentais acreditam ser extremamente saudável, o autocuidado e modelamento do corpo por meio de cirurgias, todavia algumas mulheres do oriente acreditam que essa obstinação pela beleza física seja tão sufocante como julgamos ser o chador, a longa veste negra que cobre as muçulmanas.

Hoje, a cultura ocidental vem perdendo durante anos o apego às tradições, às religiões; o discurso que vem imperando, conduzindo e organizando as experiências corporais é o discurso midiático, o qual se utiliza do discurso médico para suas fundamentações comerciais do corpo.

Atualmente, ainda somos marcados por uma herança patriarcal que valoriza características como controle, autoridade, competição, supremacia do pensamento lógico e discriminação da multiplicidade. Em razão desta valorização, vivemos numa cultura de produção em massa e padronização, o que nos estimula a uma desassociação das emoções para uma adaptação extrema ao coletivo, deixando adormecida a própria subjetividade e singularidade. Esta afirmação parece contraditória quando nos deparamos com uma sociedade individualista, hedonista e narcisista. No entanto, não devemos confundir uma pessoa que preza sempre o individual acima do coletivo, obedecendo a uma tendência ironicamente coletiva, com uma pessoa que reconhece a sua singularidade, mas também o seu pertencimento a um coletivo e por isso não o nega e não vira vítima deste.

Nosso ambiente social nos estimula ao desenvolvimento da mente racional, e ao acúmulo de conhecimentos lógicos e racionais. Nosso corpo é percebido como uma entidade independente do ambiente e dos pensamentos por ele produzidos.

O sistema educacional ainda não possui como foco principal o direcionamento à reflexão, aos relacionamentos interpessoais, à imaginação e ao desenvolvimento de potenciais criativos, isto ainda não se constitui a prioridade do nosso ambiente social. Somos estimulados a produzir respostas fechadas e verdades absolutas, deixando distante a nossa pluralidade.

No contexto atual, são imprescindíveis medidas que considerem a necessidade de investimentos na educação emocional, que busca ensinar as pessoas a desenvolverem suas particularidades, respeitando as diferenças individuais. Este tipo de educação fortalece a identidade das pessoas e a expressão emocional criativa, trazendo como consequência, a prevenção de muitas doenças mentais e físicas que estão relacionadas a dificuldades de expressão e a problemas de auto-estima.

A educação emocional deve ser estimulada em todos os contextos familiar, escolar e de trabalho, visto que em todos estes ambientes existem pessoas, relações e conflitos. Quanto mais soubermos lidar com a multiplicidade, as diferenças, e entendermos que tanto as pessoas como as situações podem ser ambíguas, maior será a habilidade de lidarem com as adversidades da vida, o que gera indivíduos mais saudáveis e conseqüentemente ambientes mais favoráveis à promoção da saúde.

Contudo, a tendência contemporânea é de desprezar questões como: a pluralidade, o autoconhecimento, a imaginação, os sentimentos, a intuição, a cooperação, os limites do ego, e a introspecção, no entanto, tais fatores são essenciais para a saúde, pois em função da resistência atual a essas questões, observa-se o aumento de manifestações de doenças tais como: depressão, transtorno do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, manias. Além disso, o corpo tem assumido a materialização destas habilidades esquecidas tornando-o o depósito de satisfações e insatisfações, muitas vezes, da alma.

O preço dessa “falta de educação” para sentir a si próprio e ao mundo, ou seja, um anestesiamiento, é paradoxalmente uma busca por um autocuidado com a beleza literalizada no corpo. Não queremos com isso tirar a importância do cuidado com o corpo por meio de cirurgias estéticas, mas sim pontuar que muito da

excessiva busca por cirurgias ultrapassa o caráter de um melhoramento do corpo para uma busca sem fim de modelos propostos pela sociedade do simulacro, onde as pessoas deseducadas sobre si mesmas perdem-se nessa procura.

Ao concluirmos nosso estudo, percebemos a importância de um olhar atento para o fenômeno mundial de cirurgias estéticas. Não foi o objetivo indicar a cirurgia estética como causadora de males, mas sim despertar a necessidade de trabalhos educativos que visem a potencialização do empoderamento e autocuidado com o seu corpo, não somente no sentido do embelezamento, mas do autoconhecimento para que a decisão cirúrgica seja algo que beneficie o paciente e não unicamente a indústrias que ganham com a desconfiança dos nossos próprios julgamentos e recursos para sermos saudáveis e felizes.

Para finalizarmos, concluimos que a cirurgia estética pode ser promotora de saúde de acordo com as percepções dos entrevistados da pesquisa. Compartilhamos esta opinião, visto que o culto ao corpo é um fenômeno cultural em nosso contexto, por este motivo as pessoas que recorrem à cirurgia muitas vezes, buscam não somente um ideal de perfeição, mas sim uma adequação às crenças e processos culturais do seu ambiente. Dessa forma, a cirurgia estética pode contribuir para um bem-estar e um sentimento de pertencimento.

Contudo acreditamos que a cirurgia estética em alguns casos não contribui para a saúde, podendo até prejudicá-la, pois algumas mulheres saudáveis com o perfeito funcionamento corporal se sentem doentes em virtude de não adequações estéticas. Em busca destes ideais, podem adoecer fisicamente ou psiquicamente. Acreditamos que a cirurgia estética é um procedimento que pode tanto promover saúde como prejudicá-la, dependendo das motivações e expectativas a que alguém recorrer. Portanto, o autoconhecimento consiste num bom desenvolvimento de habilidade pessoal para o autocuidado, pois se conhecendo, a pessoa tem mais chances de não deixar que o consumo e os ideais culturais e midiáticos se tornem dogmáticos.

Com as leituras e entrevistas, percebemos que muitas vezes, em nossa cultura ocidental, somos estimulados à “compra” de um corpo bonito, duro, rígido e que não envelhece, ou seja, um corpo estático, entretanto ao retornarmos ao sentido da palavra Eros, o deus grego do amor e que serve de base para a palavra erótico, a palavra possui o sentido de movimento e não o contrário, pois para os gregos o desejo, o erótico, era o que transformava o imóvel em movimento. Com essas

afirmações, queremos pontuar que em nossa cultura as mulheres buscam intensamente um corpo ideal, no entanto estão cada vez mais fixadas numa percepção de corpo como sinônimo do corpo físico, todavia sabemos que o corpo compreende uma totalidade mais ampla e que o movimento deste pode possuir um efeito tão sedutor quando um corpo físico considerado ideal.

REFERÊNCIAS

AERSTS, D. *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1020-1028, 2004.

ALBUQUERQUE, A. As duas faces da sedução. In: FACCHINETT, C. (Org.) **Lições de psicanálise**. São Paulo: Universidade, 2002.

ALVES, J. **O planejamento de pesquisas qualitativas em educação**. São Paulo: Caderno. Pesquisa, 1991.

AMORIM, R.F. **O imaginário do corpo masculino na musculação**. Fortaleza, UFC, 1995. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Faculdade de Sociologia, Universidade Federal do Ceará, 1995.

_____. **Império da magreza: o imaginário do corpo feminino na pós-modernidade**. Fortaleza, UFC, 2001. 332p. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Sociologia, Universidade Federal do Ceará, 2001.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n.1, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732003000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Fev 2007.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-comunicação,saúde,educação**,v.8,n.14, p. 73-92, set 2003-fev2004.

BARROSO, F.L. O paciente e seu cirurgião. In: MELLO FILHO, J. (Org) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

BASTOS, N. Introdução à metodologia do trabalho acadêmico.Fortaleza:Nacional, 2007.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade do consumo**. Rio de Janeiro:edições 70,s.d.

BERLINGUER,G. **Medicina e Política**. São Paulo: Hucitec,1978.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4.ed. São Paulo: Graal, 2004.

BOSI, M.L.M. As ciências sociais e humanas e o fenômeno saúde. **O Povo**. Fortaleza, 8 jun.2006.Opinião, caderno 1 , p.7-8.

BOSI, M. L. M.;ANDRADE, A. Transtorno do comportamento alimentar: um problema de Saúde Coletiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n2,p. 197-202, 2004.

BRANDÃO, J, **Mitologia Grega**, 7.ed. Petrópolis: Vozes,1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde.. **Promoção da Saúde: Declaração de Ama-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, Heleni Barreira de; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Social representation and subjectivity of becoming mentally ill. **Estud. psicol. (Natal)** , Natal, v. 9, n. 2, 2004Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov 2007.

CAMARGO JR, K.R. Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em Psicologia Médica. MELLO FILHO, J. (Org) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

CAMPOS, C. e MISHIMA.S. A necessidade de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1260-1268, jul-ago,2005.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Maria Cleide Ribeiro Dantas de; ACCIOLY JUNIOR, Horácio; RAFFIN, Fernanda Nervo. Representações sociais do medicamento genérico por usuários. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** , São Paulo, v. 42, n. 4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151693322006000400012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov 2007.

CATRIB, et al . Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, VIEIRA E VARELA.(Org) **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**, Fortaleza: Demócrito Rocha,2003.

CHATAIGNIER,G. Vintage: a cultura de segunda mão e o resgate cultural da memória brasileira.CASTILHO, K.; Galvão,D.(Org) **A moda do corpo e o corpo da moda**.São Paulo:Esfera,2002.

CHEVALIER, J.; GHEEERBRAT, A. **Dicionário de símbolos**, Rio de Janeiro: José Olympio,2002.

CODO,W. E SAMPAIO,J.J.C. **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

COELHO, M.T.A.D. E ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, Paulete (Org.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COELHO,I.B. Apresentação.BRASIL.(Org) Ministério da Saúde.Projeto Promoção da Saúde.. **Promoção da Saúde: Declaração de Ama-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CUNHA, J. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DERDYK, E. **O Desenho da Figura Humana**. São Paulo: Scipione, 2003.

DUARTE JR , J.F. **O sentido dos sentidos**: a educação do sensível. 4. ed. Curitiba: Criar edições, 2006.

ECO, H. **História da Beleza**. Tradução de Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2004.

EDMONDS, A. No universo da beleza: notas de campo sobre a cirurgia plástica no Rio de Janeiro. GOLDENBERG, M. (Org) **Nú e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

ÉPOCA. São Paulo: n. 440, out. 2006. Quinzenal.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FARINA, R.; FARINA, G. **Cirurgia estética e reparadora**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

FEIJÓ, M **A democracia grega**. 4 .ed. São Paulo: Ática, 1991.

FERRÉS, J. **Televisão subliminar**: socializando através de comunicações despercebidas, Porto Alegre: Artmed, 1998.

FERREIRA, M.C. **Beleza e bisturi**: o que as cirurgias estéticas podem (e o que não podem) fazer por você. São Paulo: MG, 1997.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FLEURY, S. A psicologia deve ir muito além do consultório. **Diálogos** - saúde e psicologia.v.3, n.4, p. 6-9,dez.2006.

FRANCISCHELLI NETO, **O que é bioplastia.** Disponível em http://www.naturale.med.br/texto_Bioplastia.pdf . Acesso em : 1 out. 2007.

FREUD, S. **Psicologia de grupo e análise do ego**, Rio de Janeiro: Imago,1976.

FRIEDMAN, M .; FRIEDLAND, G. W. **As dez maiores descobertas da Medicina.** São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

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

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M S.A civilização das formas: o corpo como valor. GOLDENBERG, M.(Org) **Nú e vestido.**Rio de Janeiro:Record, 2002.

GOLDENBERG, M.; Apresentação. GOLDENBERG, M.(Org) **Nú e vestido.**Rio de Janeiro:Record, 2002.

GUIRADO, M. **Psicologia Institucional.** São Paulo: Epu, 1987

GUNTHER,H;PINHEIRO,J.;GUZZO,R. Psicologia Ambiental:entendendo as relações do homem com o seu ambiente.Campinas:Alínea,2004.

HART, E.A. Avaliando a Imagem corporal. In: TRISCHELER, k.A.(Org) **Medida e avaliação em educação física e esportes de Barrow e Mc Gee** . Barreri: Manole, 2003.

HELMAN ,C. G. **Cultura, saúde e doença.**4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HILLMAN, James. **Cidade e alma** .São Paulo: Studio Nobel, 1993.

ISTO É. São Paulo. s.n. set.2000.Quinzenal.

JUNG, C.G. **O eu desconhecido**. Rio de Janeiro: Fundo de cultura, 1961.

KEHL, M. Com que corpo eu vou. KEHL,M; BUCCI, E(Org) **Videologias: ensaios sobre a televisão** .São Paulo: Boitempo, 2004.

KOSS, M.V. **Feminino + masculino**:uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades.São Paulo: Escrituras, 2000.

LANE, S.T.M. **O que é Psicologia Social**. São Paulo:Brasiliense, 1985.

LANE, S.T.M. Os fundamentos teóricos. LANE,S.T.M.; ARAÚJO,Y (Org) **O corpo do Brasileiro**- estudos de estética e beleza.Petrópolis :Vozes, 2000.

LAPLANTINE , F. **Aprender Etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense,1994.

LASCH, C. **O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Campinas:Papirus, 2003.

LE GOFF, J. E TRUONG, N. **Una historia del cuerpo en la Edad Media**. Buenos Aires: Paidós, 2005.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora** - o corpo na linguagem. Petrópolis: Vozes, 1995.

LIPOVETSKY,G. **A Era do vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo.Barueri, São Paulo:Manole, 2005.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. **A Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, ISSN 1413-8123.

MAGNOLI, D. **Globalização Estado nacional e espaço mundial**. São Paulo: Moderna, 1997.

MANCHETE. Rio de Janeiro. n. 2363, jun. 1997. Quinzenal.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo :Edusp, 1974, p211

MEAD, G.H. **Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist**. Chicago: University of Chicago Press, 1967.

MELENGA, **Cirurgia plástica: fundamentos e arte, princípios gerais**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

MENDES, E. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. **Net** Disponível em <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html> . Acesso em: 12 out. 2007.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov 2007.

MONTEIRO, D. **Mulher: feminino plural**: mitologia, história e psicanálise. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1998.

NUNES, E. Ciências Sociais: um panorama geral. GOLDENBERG, P. (Org) **O Clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ORTEGA, Francisco. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **Physis- revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Feb 2007.

PARIS, G. **Meditações Pagãs**: os mundos de Afrodite, Ártemis e Héstia. Tradução de Sonia Labate. Petrópolis: Vozes, 1994.

PARKER, R.G. **Corpo, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

PEIXOTO, A. **Filosofia, educação e cidadania**. Campinas: Alínea, 2001.

PEREIRA, F. C. O que é empoderamento (empowerment). **Net** Disponível em: <http://www.fapepi.pi.gov.br/sapiencia8/artigos1.php>. Acesso em: 1 out. 2007.

PEREIRA, J.B A linguagem do corpo na sociedade brasileira: do ético ao estético, QUEIROZ, R.S (Org) **O corpo do Brasileiro- estudos de estética e beleza**. São Paulo :Senac, 2000.

PIRES, B.F. **O corpo como suporte da arte**. São Paulo: Senac, 2005.

PITANGUY, I., Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. MELLO FILHO, J. (Org) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes medicas , 1992.

PORTO, Maria Stela Grossi. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200010&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov 2007.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". In: VON SIMSON, O. M. (Org). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, 1988.

QUEIROZ, R.S. **O corpo do Brasileiro**- estudos de estética e beleza. São Paulo: Senac, 2000.

QUEIROZ E OTTA, **a beleza em foco**: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. QUEIROZ, R.S. (Org) **O corpo do Brasileiro**- estudos de estética e beleza. São Paulo :Senac, 2000.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

REY, F.G. **Personalidad, Salud y Modo de Vida**. México: UNAMM, 1993.

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

SALLES, C,A.C. **Individuação**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

SANTOS, M. *et al.* **Globalizações novos rumos no mundo do trabalho**. Florianópolis: UFSC, SOCIUS, 2001.

SANT'ANNA, D.B. É possível realizar uma história do corpo?: In SOARES, C.L(Org) **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001.

SCHILDER P. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins fontes, 1980.

SENNETT, R. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Record, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Números da Cirurgia Plástica no Brasil**. São Paulo, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Pesquisa sobre a demanda**. Disponível em: <https://ss1271.locaweb.com.br/cirurgiaplastica2membros/gallup05.gif>. Acesso em: 29 ago. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA - REGIONAL CEARÁ. **O POVO**. Fortaleza, 15 de abr. 2007. caderno 2, p. 14-16.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, s.d.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

UFBA, O campo da Saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia. UFBA Disponível em: http://.isc.ufba.br/isc_saude.asp. Acesso em: 1 out. 2007.

VALENTINE, C. **Imagens da Psique**. São Paulo: Siciliano. 1994.

VASCONCELOS, N.; SUDO, I; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n1, p 65-93, mar, 2004.

VEJA. São Paulo. n. ,jan2001. Semanal.

VEJA. São Paulo. n. 36, set. 2007. Semanal.

VIEIRA, L.; BARROSO, M. A Interdisciplinidade no ensino da educação em saúde. In: BARROSO, VIEIRA E VARELA (Org) **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**, Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

VIEIRA, K.M.F. **O corpo da mulher em correção**: subjetividade e cirurgia estética, UNIFOR, 2006. 141p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza, 2006.

VIVER. Rio de Janeiro. n.101,jun.2001.Mensal.

WOLF, N. **O Mito da Beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

APÊNDICE A - Termo de Autorização do Fiel Depositário

Eu, _____, portador do CPF _____, proprietário da Clínica Médica, localizada na Rua Visconde do Rio Branco, 3009 no bairro Joaquim Távora, CEP 60055172 em Fortaleza-Ceará, responsável pelo setor de fisioterapia dermatofuncional e pelos arquivos da clínica, declaro para os devidos fins que estou ciente da pesquisa de mestrado intitulada: **Cultura da beleza: corpo ideal, cirurgia estética e a promoção da saúde de jovens universitárias**, que tem como objetivo compreender percepções de jovens universitárias e de profissionais da saúde sobre os efeitos da cirurgia estética, na perspectiva da promoção da saúde. Será realizada pela pesquisadora Virginia Costa Lima Verde Leal no referido local, no período de junho a outubro de 2007.

Autorizo a realização da pesquisa, ciente de que os participantes não serão prejudicados e ressaltando a contribuição científica desta pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

Ressalto ainda que estou ciente de que terei:

- 1 A garantia de que a pesquisadora irá explicar todas as dúvidas que eu tiver sobre a pesquisa e sobre os resultados.
- 2 Que os participantes terão garantia de sigilo
- 3 O compromisso da pesquisadora em utilizar os dados obtidos somente para este estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturada para jovens universitárias.

Data da cirurgia:

Data de nascimento:

Estado civil:

Número de cirurgias:

Trabalha?

Curso: :

Semestre da faculdade:

1-Como é para você um corpo ideal?

2-O que a motivou a buscar a cirurgia estética?

3-O que mudou em sua vida após a cirurgia?

4-Você ainda pretende fazer outra cirurgia? Qual? Por quê?

5-Você está satisfeita com o resultado da sua cirurgia? Suas expectativas foram correspondidas?

6- Fazer a cirurgia interferiu de alguma forma na sua saúde? (psíquica ou física)

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada para médicos

Tempo de profissão:

Idade:

- 1- O que na sua opinião motiva as mulheres jovens a buscarem cirurgia estética?

- 2- O que você acha que pode mudar na vida de uma pessoa depois da cirurgia estética?

- 3- Que critérios você utiliza para a decisão cirúrgica?

- 4- Você acha que a cirurgia estética pode promover saúde?

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, com o número de RG _____ abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa **Cultura da beleza: cirurgia estética e a promoção da saúde de jovens universitárias**, que tem como objetivo compreender percepções de jovens universitárias e de profissionais da saúde sobre os efeitos da cirurgia estética, na perspectiva da promoção da saúde. A participação nesta pesquisa será por meio de uma conversa através de uma entrevista onde os participantes terão a liberdade de opinar sobre as suas percepções do tema citado acima.

Ressalto ainda que estou ciente de que terei:

- 4 A garantia de que a pessoa que vai fazer a pesquisa irá explicar todas as dúvidas que eu tiver sobre ela e sobre os resultados.
- 5 Que o meu nome será mantido sempre em segredo
- 6 Que nenhuma informação que me prejudique será divulgada
- 7 Que poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que eu quiser
- 8 O compromisso da pesquisadora em utilizar os dados obtidos somente pra este estudo.

Receberei uma cópia deste termo, onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar dúvidas sobre a entrevista e a pesquisa em qualquer momento.

Virginia Costa Lima Verde Leal (pesquisadora)
 Avenida Washington Soares, 1321- Bairro Edson Queiroz
 Fone: 34773280 (Mestrado em Saúde Coletiva)
 e-mail: virginialimaverde@hotmail.com

Fortaleza, ____ de _____ de 2007.

 Assinatura do participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, _____, portador do CPF _____, responsável pelo setor de fisioterapia dermatofuncional e pelos arquivos da Clínica Médica, localizada na Rua Visconde do Rio Branco, 3009 no bairro Joaquim Távora, CEP 60055172 em Fortaleza-Ceará , declaro para os devidos fins que estou ciente da pesquisa de mestrado intitulada: **Cultura da beleza: corpo ideal, cirurgia estética e a promoção da saúde de jovens universitárias**, que tem como objetivo compreender percepções de jovens universitárias e de profissionais da saúde sobre os efeitos da cirurgia estética, na perspectiva da promoção da saúde . Será realizada pela pesquisadora Virginia Costa Lima Verde Leal no referido local, no período de junho a outubro de 2007.

Autorizo a realização da pesquisa, ciente de que os participantes não serão prejudicados e ressaltando a contribuição científica desta pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura

ANEXO