

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
LINHA EM ANTROPOLOGIA



**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES DO CORPO E DA MENTE GERADAS PELAS CIRURGIAS
PLÁSTICAS NO RIO DE JANEIRO (BRASIL) E EM BARCELONA (ESPANHA)**

TESE DOUTORAL

Luciana Maria Masiero

Salamanca

2017

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA
PROGRAMA DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
LINHA EM ANTROPOLOGIA



**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES DO CORPO E DA MENTE GERADAS PELAS CIRURGIAS
PLÁSTICAS NO RIO DE JANEIRO (BRASIL) E EM BARCELONA (ESPANHA)**

Dr. Ángel B. Espina Barrio

(Diretor)

Luciana Maria Masiero

(Aluna)

Salamanca

2017

Luciana Maria Masiero

**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES DO CORPO E DA MENTE GERADAS PELAS CIRURGIAS
PLÁSTICAS NO RIO DE JANEIRO (BRASIL) E EM BARCELONA (ESPANHA)**

Tese Doutoral em Ciências Sociais apresentada à
Universidade de Salamanca para cumprimento
parcial dos requisitos para obtenção do título de
doutora em Ciências Sociais com linha em
Antropologia.

Diretor: Dr. D. Ángel B. Espina Barrio

Salamanca

2017

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

MASIERO, Luciana Maria. **Um estudo antropológico e interdisciplinar sobre as ressignificações do corpo e da mente geradas pelas cirurgias plásticas no Rio de Janeiro (Brasil) e em Barcelona (Espanha).** 2017. Tese de doutorado (Programa de Doutorado em Ciências Sociais) – Universidad de Salamanca, Salamanca, ES, 2017.

Luciana Maria Masiero

**UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES DO CORPO E DA MENTE GERADAS PELAS CIRURGIAS
PLÁSTICAS NO RIO DE JANEIRO (BRASIL) E EM BARCELONA (ESPANHA)**

Tese Doutoral em Ciências Sociais apresentada à Universidade de Salamanca para
cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção título de doutora em Ciências Sociais.

Conceito final:

Aprovado em dede 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Orientador Prof. Dr. Ángel-B. Espina Barrio – Universidade de Salamanca

Dedico este trabalho à minha mãe e avó, referências de mulheres, de mães, de força, de dedicação e de amor na minha vida. Também ao meu pai pelas palavras de incentivo e apoio e, principalmente, pelas advertências que me auxiliaram nas escolhas e caminhos certos. Ainda que nem todas as palavras possam expressar meu amor e admiração, dedico o esforço deste trabalho como símbolo de minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à CAPES por financiar meus estudos e à Universidade de Salamanca por proporcionar que essas bolsas sejam possíveis

Meu sincero agradecimento ao professor doutor Ángel Espina Barrio que aceitou ser meu diretor quando esta tese não passava de um sonho, sempre demonstrando sensibilidade e incentivo. Seu apoio e experiência foram cruciais nos momentos de dúvidas tão comuns para qualquer investigador iniciante. Muito obrigada pela paciência, confiança, ensinamentos e, principalmente, amizade que levarei por toda minha vida.

Agradeço também aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Luciana Laureano Paiva, Angela Peña Ghisleni e Luiz Fernando Alvarenga, que desde a minha formação em fisioterapia estavam presentes me ensinando como tornar-me uma profissional melhor. Sem dúvida, são exemplos de professores que passaram uma vida inteira dedicada à fisioterapia e que nunca deixaram de transmitir amor em cada aula ministrada. Foi graças a minha “madrinha acadêmica”, também xará Luciana L. Paiva, que eu fiz o mestrado e continuei com o doutorado, pois ela manifestou confiança em meu potencial convidando-me para palestrar em suas aulas, quando eu ainda era apenas uma principiante.

Meus agradecimentos também aos professores do Máster de Antropologia Iberoamericana pela indicação de importantes livros e autores que antes eu desconhecia. Também à professora de histologia do curso de medicina da Universidade de Salamanca, María Ángeles Pérez de la Cruz, por corrigir essa tese e alguns artigos que escrevi durante o doutorado.

Um muito obrigada aos meus pais, Emir e Anna Clarís, pelo apoio incondicional familiar

em todos os meus projetos de vida. Aos meus irmãos, Eduardo e Leticia que me proporcionaram alegria na presença de meu sobrinho Pedro e do meu afilhado Gabriel. Também a minha avó que sempre me inspira pela sua maturidade, bondade e generosidade manifestada para todos a sua volta.

Não posso deixar de agradecer a minha amiga e companheira de jornada Gabriela Poltronieri Lenzi. Sua amizade sempre me ajudou a seguir nos momentos de dúvidas e desesperos e agora de alegrias e realizações. Agradeço também a todos os meus amigos e familiares brasileiros que mesmo longe sempre estiveram presentes, principalmente à Fernanda Foresti que nunca deixou de me mandar mensagens de apoio e amizade.

Por fim, quero agradecer a todos os participantes desse estudo que me receberam e aceitaram colaborar dessa pesquisa com confiança e simpatia. Muito obrigada, todas as informações que me transmitiram foram fundamentais para esse estudo, sem elas essa tese não passaria de um plano de estudo.

Luciana Maria Masiero

A busca da cirurgia plástica emana de uma finalidade transcendente. É a tentativa de harmonização do corpo com o espírito, da emoção com o racional, visando estabelecer um equilíbrio que permita ao indivíduo sentir-se em harmonia com sua própria imagem e com o universo que o cerca.

Ivo Pitanguy

RESUMO

Partindo do pressuposto de que a mente humana possui algumas dimensões pouco esclarecidas e que a cultura pode influenciar na vida das pessoas, o objetivo deste estudo foi analisar como ocorrem as ressignificações do corpo e da mente das pessoas que fizeram cirurgias plásticas. Também buscou-se entender, interdisciplinarmente, o trabalho em equipe entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas e antropólogos relacionado com as cirurgias plásticas. Ademais, nesta pesquisa foram abordadas questões de gênero e sexualidade trazendo o conceito de transexualidade associado às cirurgias de redesignação sexual usadas como ferramentas de transformação corporal e identitária. Trata-se de um estudo qualitativo etnográfico com trabalho de campo e entrevistas semiestruturadas realizadas no Rio de Janeiro (Brasil) e em Barcelona (Espanha). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e o Desenho da Figura Humana (DFH) com fins de complemento da observação participante e de comparação com os discursos obtidos nas entrevistas. Como resultado, o processo de ressignificação do corpo e da mente foi dividido em três momentos: a fase pré-operatória; a fase da cirurgia junto com o pós-operatório; e a fase final de ressignificação. Viu-se que a relação interdisciplinar entre os profissionais em saúde ainda carece de integração, principalmente, quando refere-se ao antropólogo. E as principais diferenças de representações encontradas foram em relação às expectativas, ao preço e ao tipo de cirurgia. Os problemas relacionados com as cirurgias plásticas foram de origem biológica, psicológica e social. Também descreveu-se a trajetória de uma mulher transexual que mostrou-se um desafio social admirável. Constatou-se também que a autoestima e a percepção da imagem corporal melhoram após a cirurgia plástica, mas que a atitude é a principal mudança observada. Considera-se, portanto, que esta pesquisa contribuiu de maneira relevante com informações que podem ser utilizadas de maneira educativa e/ou como material de consulta por equipes interdisciplinares, pelo meio científico e pela sociedade. Além disso, pode esclarecer aspectos culturais relacionados à cirurgia plástica, evitando, assim, preconceitos, distorções e, também, informando acerca da importância de uma interpretação antropológica sobre o trabalho interdisciplinar em cirurgias plásticas.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgias plásticas; Ressignificações; Autoestima; Gênero; Sexualidade; Interdisciplinaridade; Antropologia.

RESUMEN

A partir del supuesto de que la mente humana posee algunas dimensiones poco esclarecidas y que la cultura puede influenciar en la vida de las personas, el objetivo de este estudio fue analizar cómo ocurren las resignificaciones del cuerpo y de la mente de las personas que hicieron cirugías plásticas. También se buscó entender, de forma interdisciplinaria, el trabajo en equipo entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas y antropólogos que envuelve las cirugías plásticas, desde la motivación, la búsqueda, la cirugía en sí, el resultado hasta las resignificaciones construidas después de la cirugía. Además, en esta investigación se abordó cuestiones de género y sexualidad así como el concepto de transexualidad asociado a las cirugías de reasignación sexual usadas como herramienta de transformación corporal y de identidad. Esta tesis es un estudio cualitativo etnográfico con trabajo de campo y entrevistas semiestructuradas realizadas en las ciudades de Río de Janeiro (Brasil) y Barcelona (España). Se utilizaron como herramienta de recolección de datos la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Dibujo de la Figura Humana (DFH) con fines de complemento de la observación participante y de comparación con los discursos obtenidos en las entrevistas. Como resultado, se ha visto que el proceso de resignificación del cuerpo y de la mente se dividió en tres momentos: la fase preoperatoria; la fase de la cirugía en sí y el postoperatorio; y la fase final de resignificación. Se ha observado que la relación interdisciplinaria entre los profesionales en salud todavía carece de integración, pero, principalmente, cuando se refiere al antropólogo. Además, las principales diferencias de representaciones de las cirugías fueron en relación a la expectativa, al precio y al tipo de cirugía. Los problemas relacionados con las cirugías plásticas eran de origen biológico, psicológico y social y la trayectoria de una mujer transexual se mostró ser un desafío que debe ser admirado. Finalmente, se entiende que la autoestima y la percepción de la imagen corporal mejoran después de la cirugía plástica, pero que fundamentalmente la actitud fue el principal cambio citado. Se considera, por lo tanto, que esta investigación ha contribuido de manera relevante con informaciones en salud que pueden ser utilizadas de forma educativa o como material de consultas por equipos interdisciplinarios, por el medio científico y por la sociedad. También puede aclarar aspectos culturales relacionados a cirugía plástica, evitando así prejuicios, distorsiones y, también, informando acerca de la importancia de una interpretación antropológica acerca del trabajo interdisciplinario en cirugías plásticas.

PALABRAS CLAVE: Cirugías plásticas; Resignificaciones; Autoestima; Género; Sexualidad; Interdisciplinariedad; Antropología.

ABSTRACT

Based on the assumption that the human mind has some unclear dimensions and that culture can influence in the life of the people, the objective of this study was to analyze how the new significations of the body and the mind of the people who did plastic surgeries occur. We also sought to understand, inter disciplinarily, the teamwork among physicians, psychologists, physiotherapists and anthropologists that involves plastic surgeries, ranging from motivation, search, surgery itself, the result to new significations after surgery. In addition, this research addressed issues of gender and sexuality as well as the concept of transsexuality associated with sexual reassignment surgeries used as a tool for body and identity transformation. This thesis was a qualitative ethnographic study with field work and semi-structured interviews conducted in Rio de Janeiro (Brazil) and Barcelona (Spain). The Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR) and the Human Figure Drawing (DFH) were used as data collection tools to complement participant observation and comparison with the speeches obtained in the interviews. As results, the process of the new significations of the body and the mind was divided into three moments: the preoperative phase; the surgery phase and the postoperative phase; and the final phase of the new signification. It was seen that the interdisciplinary relationship between health professionals still lacks integration, but especially when it comes to the anthropologist. In addition, the main differences of representations of the surgeries were in relation to the expectation, the price and the type of surgery. The problems related to plastic surgeries were of biological, psychological and social origin and the trajectory of a transsexual woman proved to be a social challenge that should be admired. Finally, it was seen that self-esteem and perception of body image improve after plastic surgery, but that fundamentally attitude is the main change cited. It is considered, therefore, that this research contributed in a relevant way with information that can be used in an educational way and/or as a reference material by interdisciplinary teams, by the scientific community and by society. In addition, it can clarify cultural aspects related to plastic surgery, thus avoiding prejudices, distortions and, also, informing about the importance of an anthropological interpretation about interdisciplinary work in plastic surgeries.

KEY WORDS: Plastic Surgery; Resignations; Self esteem; Genre; Sexuality; Interdisciplinarity; Anthropology.

SUMÁRIO



SUMÁRIO

Lista de figuras e quadros	16
Lista de anexos	17
Lista de tabelas	18
Lista de abreviaturas e siglas	19

PARTE I: INTRODUÇÃO E METODOLOGIA

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 Problema	27
1.2 Palavras-chave	27
1.3 Objetivos	27
1.3.1 Objetivos Gerais	27
1.3.2 Objetivos específicos	28
1.4 Hipóteses	28
1.5 Justificativa da pesquisa	30
1.5.1 Do tema	30
1.5.2 Do local	31
1.6 Estrutura da investigação	34
2. METODOLOGIA	36
2.1 Delineamento do estudo	37
2.2 Locais da pesquisa	38

2.3 População e Amostra	39
2.4 Procedimentos de coleta de dados	41
2.4.1 Trabalho de campo	41
2.4.2 Observação participante	44
2.4.3 Entrevista semiestruturada	46
2.5 Instrumentos utilizados	48
2.5.1 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	48
2.5.2 Desenho da Figura Humana (DFH)	50
2.6 Procedimentos de análise e interpretação dos dados	54
2.7 Linhas antropológicas utilizadas	60
2.7.1 Antropologia da Saúde	60
2.7.2 Antropologia do Corpo	66
2.8 Considerações éticas	70
2.9 Limitações da pesquisa	71

PARTE II: MARCO TEÓRICO

3. A CULTURA DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS: possibilidades de SER no corpo

3.1 As cirurgias plásticas plastificam pessoas? As ressignificações do corpo e da mente.....	73
3.2 Mito do Narciso, sociedades narcisistas e corpocentrismo moderno: SER bonito(a).....	83
3.3 A síndrome de Peter Pan e o tempo no corpo: SER jovem	95
3.4 Tecnocorpo, ciborgues e monstruosidades: SER construído(a)	104
3.5 Cirurgias de redesignação sexual e etnocirurgias: SER transformado(a)	109

4. A CULTURA DO CORPO: possibilidades de TER no corpo

4.1 Espelho, espelho meu: imagem corporal e autoestima	114
4.2 A beleza e perfeição como padrão de sucesso	122
4.3 Gênero e Sexualidade: desejo pessoal ou social?	130
4.4 Saúde e enfermidade: problemas biopsicossociais da cirurgia plástica	141
4.5 O corpo como produto de consumo: TER o corpo.....	152

5. A INTERDISCIPLINARIEDADE DOS PROFISSIONAIS: possibilidades de ATUAR no corpo

5.1 A interdisciplinaridade: todos os profissionais	158
5.2 O médico cirurgião plástico	170
5.3 O fisioterapeuta nos tratamentos pré e pós-operatórios.....	178
5.4 O psicólogo e as cirurgias plásticas.....	189
5.5 O antropólogo como conector na interdisciplinaridade em saúde.....	197

PARTE III: RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

6.1 Um pouco do trabalho de campo: a rota do antropólogo.....	205
6.2 O processo de ressignificação: “Não foram as cirurgias plásticas que me mudaram, foram as minhas experiências”	228
6.2.1 Fase 1: É no pré-operatório que se criam as expectativas.....	228
6.2.2 Fase 2: A cirurgia e o pós-operatório	235
6.2.3 Fase 3: As ressignificações: “A pessoa quando se sente bonita, é vista como bonita, a atitude é tudo”.....	240

6.3 A relação interdisciplinar dos profissionais: “cada profissional vende o seu peixe”	252
6.4 O que as cirurgias plásticas representam no Rio de Janeiro e em Barcelona	267
6.5 Os problemas biopsicossociais das cirurgias plásticas	274
6.6 A transexualidade: “Primeiro entendo meu gênero, depois a sexualidade”	284
6.7 A autoestima e a imagem corporal: “como eu me vejo e sinto quando olho para o espelho”	298
6.7.1 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): “como eu me sinto.”.....	298
6.7.2 Teste do Desenho da Figura Humana (DFH): “Como eu me vejo” ..	305
CONCLUSÕES	326
REFERÊNCIAS	349
GLOSSÁRIO	383
ANEXOS	387
FIGURAS E QUADROS	396
TABELAS	407
FOTOGRAFIAS	409

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Termo De Autorização Institucional.....	386
ANEXO B: Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	387
ANEXO C: Roteiro Da Entrevista Semiestruturada – Pacientes 1.....	388
ANEXO D: Roteiro Da Entrevista Semiestruturada – Pacientes 2.....	389
ANEXO E: Roteiro Da Entrevista Semiestruturada – Profissionais.....	390
ANEXO F: Escala De Autoestima De Rosenberg (1973).....	391
ANEXO G: Interpretação Da Escala De Autoestima De Rosenberg.....	392
ANEXO H: Desenho Da Figura Humana (DFH).....	394
ANEXO I: Interpretação do Desenho Da Figura Humana (DFH).....	395

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pesquisa realizada pela ISAPS (2016)	32
FIGURA 2: Ranking Mundial de 2013 de cirurgias plásticas estéticas.....	33
FIGURA 3: Roteiro da análise de conteúdo (Souza; De Melo, 2010)	56
FIGURA 4: Profissionais com conhecimentos sociais e médicos	166
FIGURA 5: Ordem de atuação dos profissionais nas cirurgias plásticas.....	265
FIGURA 6: Resultados da EAR no Rio de Janeiro.....	300
FIGURA 7: Resultados da EAR em Barcelona	302
FIGURA 8: Mulher desenhada por uma participante do Rio de Janeiro podendo representar o desejo de igualdade de gêneros ou feminismo.....	307
FIGURA 9: Homem desenhado por uma participante de Barcelona que pode simbolizar o desejo de igualdade de gêneros para os transexuais e uma tendência homossexual.....	307
FIGURA 10: Desenho da participante do Rio de Janeiro de um homem que se parecia com o seu parceiro atual, com as tatuagens e o cabelo similares.....	309
FIGURA 11: Homem negro e com cabelos crespos desenhado por uma participante de Barcelona que afirma “não gostar de coisas comuns”.....	310
FIGURA 12: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro. Observa-se os detalhes, podendo representar grande vaidade e autoestima.....	311
FIGURA 13: desenho de si mesmo da participante do Rio de Janeiro. nota-se os detalhes da bolsa, sombrinha, sorriso, botões e estampados da roupa.....	312
FIGURA 14: Desenho de si mesmo representando insegurança com relação ao seu corpo	

antes da cirurgia plástica.....	314
FIGURA 15: Desenho de si mesmo com uma mão no bolso, mas que pelo seu discurso, não demonstra insegurança pelo seu corpo.....	315
FIGURA 16: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial de felicidade.....	316
FIGURA 17: Desenho de si mesmo de uma participante de Barcelona que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial séria, sem sorriso.....	317
FIGURA 18: Mulher que a participante do Rio de Janeiro desenhou menos detalhada e menos sensual que o retrato dela mesma	319
FIGURA 19: Mulher desenhada pela participante de Barcelona que parece mais feliz do que ela mesmo	319
FIGURA 20: Desenho andrógono de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros, cabelos e saia com padrões sociais femininos, mas com barba masculina	320
FIGURA 21: Outro desenho andrógono de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros. Barba e pelos de um lado e brincos e sobrancelha de outro.....	321
FIGURA 22: Casa com paisagens e muitos detalhes simbolizando o corpo humano feminino, simbolizando o desejo de procriação e de relações amorosas.....	322
FIGURA 23: Uma flor representando os genitais femininos, o desejo de desabrochar sexualmente ou de ter uma união estável.....	323

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1: Locais investigados.....	39
TABELA 2: Participantes do estudo.....	40
QUADRO 1: Mudança de atitude no processo de ressignificação corpóreo-mental após uma cirurgia plástica	245
QUADRO 2: Resumo das principais ressignificações encontradas no estudo.....	251

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1: Clínica de Cirurgia Plástica em Barcelona.....	205
FOTOGRAFIA 2: Grupo de Apoio a pessoas transgênero em Barcelona.....	208
FOTOGRAFIA 3: Clínica de Cirurgia plástica em Barcelona.....	209
FOTOGRAFIA 4: Manifestações nas paredes da Universidade Autônoma de Barcelona (UAB).....	210
FOTOGRAFIA 5: Hospital Clínico de Barcelona.	211
FOTOGRAFIA 6: Paciente que fez lipoaspiração antes e depois de algumas sessões de fisioterapia no Rio de Janeiro	212
FOTOGRAFIA 7: Fotografia retirada no momento em que vieram me perguntar por que eu estava tirando fotos da fachada da Clínica do memorável Ivo Pitanguy.	214
FOTOGRAFIA 8: Fachada da parte de dentro da Clínica do Ivo Pitanguy.	215
FOTOGRAFIA 9: Fotografia da mesa do Dr. Ivo Pitanguy no Rio de Janeiro	216
FOTOGRAFIA 10: Clínica e studio de pilates na Barra da Tijuca no Rio de Janeiro.....	218
FOTOGRAFIA 11: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).	219
FOTOGRAFIA 12: Clínica de Cirurgia Plástica de um casal de cirurgiões.....	221
FOTOGRAFIA 13: Hospital San Gionanni di Dio e Ruggi d'Aragona em Salerno.....	222
FOTOGRAFIA 14: Aula em conjunto com uma professora da UFRGS sobre os aspectos socioculturais do idoso.	223
FOTOGRAFIA 15: Prática de cirurgia e anestesia do curso de medicina da Universidade de Salamanca (Usal).....	224

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APTA: *American Physical Therapy Association*

APA: *American Psychiatric Association*

ASPS: *American Society of Plastic Surgeons*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico PPGCMH- Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano

COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DATAFOLHA: Instituto de pesquisa DataFolha

DFH: Desenho da Figura Humana

DLM: Drenagem Linfática Manual

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAR: Escala de Autoestima De Rosenberg

ESE: Entrevista semiestruturada

FEG: Fibro Edema Gelóide

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INE: Instituto Nacional de Estatística

IPRAS: *Sociedad Internacional de Cirugía Plástica*

ISAPS: *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*

LTF®: Liberação Tecidual Funcional

MHz: Megahertz

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

SBCP: *Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*

SECPRE: *Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética*

SUS: Sistema Único de Saúde

TDC: Transtorno Dismórfico Corporal

TEV: Tromboembolismo Venoso

TVP: Trombose Venosa Profunda

UAB: Universidade Autônoma de Barcelona

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UniSa: Universidade de Salerno

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

US: Ultrassom

WCPT: *World Confederation for Physical Therapy*

PARTÉ 1

Introdução



1. INTRODUÇÃO

“O cirurgião plástico é um psiquiatra com o bisturi na mão”.

(Pitanguy, Jaimovich & Schwartz, 1976, p.120)

Esta frase dita por Ivo Pitanguy, um cirurgião plástico que foi reconhecido mundialmente e um dos pioneiros dessa especialidade no Brasil, mostra que a complexidade envolvida nas cirurgias plásticas ultrapassam as modificações corporais abrangendo também aspectos psicológicos, socioculturais e éticos. Esse procedimento cirúrgico estético e/ou reparador vem crescendo constantemente em todo o mundo (ISAPS¹, 2016), sendo um objeto de estudo cada vez mais frequente.

Contudo, escassas investigações tratam sobre os significados simbólicos associados à adaptação do corpo alterado pela cirurgia plástica através de uma visão antropológica e interdisciplinar. Assim, partindo das conclusões que obtive em minha dissertação de mestrado em Antropologia Iberoamericana (Masiero, 2014), na qual abordei as motivações internas e externas que levam as pessoas a realizar cirurgias plásticas e seus tratamentos fisioterapêuticos, surgiu um interesse em continuar este tema, porém de forma mais aprofundada e interdisciplinar.

Pensa-se que as cirurgias plásticas são procedimentos cirúrgicos que mexem com as significações corporais e mentais das pessoas, pois modificam identidades e criam novos significados, ou ressignificados, modificando a forma de ver a si mesmos. Ademais, é comum existir uma construção coletiva de representações em torno dos resultados das cirurgias plásticas associando-as a ideais irrealistas como “a cura de todos os males”, “a fonte de juventude”, “a promessa de beleza” e “o caminho para a felicidade e o sucesso” (Edmonds, 2007; Goldenberg, 2011; Haiken, 1997).

¹ *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS). Fundada em 1970, a ISAPS é a principal sociedade de cirurgiões plásticos estéticos do mundo cuja missão é educar os membros nas mais recentes técnicas cirúrgicas, informar o público e promover a segurança do paciente.

Neste sentido, algumas pessoas podem considerar a cirurgia plástica como um instrumento para modificação não só do corpo, mas também como a solução para distúrbios emocionais, sendo necessário, algumas vezes, a indicação de tratamentos psicológicos antes da realização do procedimento (Copetti & Jones, 2005). Além disso, costuma-se associar a dualidade cartesiana, mente e corpo, a significações e ressignificações corporais, pois, sem dar-se conta, o sujeito requer constantemente imaginários, tanto conscientes quanto inconscientes, relacionados a decisão de modificar o seu corpo.

Entretanto, as cirurgias plásticas também podem moldar vaidades e concepções individuais, pois o veloz resultado que ela proporciona afeta a imagem corporal e a autoestima de quem se opera (Masiero, 2014). Neste contexto, Rosenberg (1973, p.220) aponta que a imagem corporal é a maneira que o indivíduo vê a si mesmo em um momento determinado existindo, contudo, uma imagem corporal atual e uma imagem corporal ideal, sendo esta última uma idealização de si mesmo baseada em padrões de beleza. Já a autoestima é um conjunto de sentimentos, pensamentos e atitudes positivas ou negativas em relação a si mesmo (Schilder, 1994 [1980]). Com a realização das cirurgias plásticas, geralmente, estes sentimentos e pensamentos sobre si mesmo melhoram, refletindo na vida social do indivíduo que sente-se mais seguro e confiante (Osaki & Nishi, 2011; Antonio, 2008).

Contudo, neste quadro bem vendido e aparentemente inofensivo, mora uma série de problemas em saúde que podem ser causados por uma inocente negligência de uma equipe interdisciplinar envolvida com as cirurgias plásticas que ainda não entende o seu papel perante a sociedade. Destarte, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e todos profissionais da área que possuem conhecimentos em saúde serão formadores e moderadores de opiniões e, portanto, possuem uma responsabilidade social de informar e esclarecer dúvidas a todos os interessados em se submeter a

uma cirurgia plástica.

Neste sentido informativo, o papel do médico cirurgião plástico parece ser essencial para esclarecer ao paciente sobre os riscos e as possíveis consequências dessa atitude, tendo assim um poder moderador fundamental. Além disso, este médico deve ter uma grande habilidade em detectar intenções acerca das verdadeiras expectativas e dos cuidados em saúde a longo prazo que constantemente são mascarados pelos pacientes que buscam resultados instantâneos e irreais.

Os fisioterapeutas e os psicólogos são profissionais que estão indiretamente ligados às cirurgias plásticas, já que as pessoas comumente os buscam antes ou depois de realizar esse procedimento cirúrgico. No entanto, o papel destes profissionais é fundamental, pois podem evitar uma cirurgia desnecessária ou que não é indicada naquele momento, no caso do psicólogo, ou preparar e logo tratar o paciente diminuindo o risco de complicações pós-operatórias, no caso do fisioterapeuta.

No entanto, dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas, os antropólogos, profissionais especializados em observar culturas e interpretar comportamentos coletivos, também podem, e devem, colaborar no trabalho em conjunto interpretando a cultura e a simbologia dos desejos e comportamentos das pessoas que buscam cirurgias plásticas. A compreensão da identidade, dos significados e dos ressignificados do corpo através do estudo da antropologia sociocultural da saúde e do corpo pode trazer conhecimentos importantes em saúde para campanhas, políticas ou estratégias de prevenção que combatam problemas biopsicossociais causados pelas cirurgias plásticas.

O trabalho interdisciplinar destes profissionais anteriormente citados seria muito vantajoso para uma melhora coletiva em saúde. Isto porque, embora o aumento da popularidade das cirurgias plásticas provoque o interesse de mulheres e homens de todas as idades, inclusive de transexuais que buscam modificar o seu gênero, sabe-se que poucos indivíduos possuem uma verdadeira

conscientização sobre os riscos, indicações e contraindicações relacionadas com as cirurgias plásticas.

Muito pelo contrário, a maioria dos indivíduos têm pressa em ver os resultados da cirurgia plástica e esquecem cuidados importantes em saúde recorrendo, constantemente, a cirurgias sem muito conhecimento acerca do médico e do procedimento, obtendo resultados indesejados. Também podem ser influenciados por uma pressão social ou, talvez, de uma imagem corporal distorcida. Isto pode ser explicado pelo fato de que hoje o corpo é uma das principais representações do indivíduo e, em um mundo de consumo, a aparência representa um atributo social essencial associado ao êxito e a felicidade (Haiken, 1997).

Neste mesmo sentido, Antonio (2008) e Edmonds (2007) chamam esta responsabilização do indivíduo pelo seu corpo de um imperativo moral gerado pelas tendências sociais. Desta maneira, ser “bonito” deixa de ser apenas opção e passa a ser um dever, pois com a existência de diversos tratamentos estéticos não cuidar do corpo causa um sentimento de culpa e pode ser motivo de exclusão social. Goldenberg (2007), afirma que a busca pela juventude e pela beleza pode estar sendo agravada pela mídia, já que a “boa forma” geralmente vem associada a uma vida bem sucedida e feliz.

Por outro lado, mesmo com custo financeiro, emocional e físico, a cirurgia plástica também pode justificar-se pelas recompensas emocionais proporcionadas com a dissimulação de certas imperfeições. Porém, a realização de cirurgias plásticas para esconder determinados defeitos corporais pode estar associada não só a aspectos externos, mas também de uma instabilidade emocional ou uma idealização de um corpo ideal ou mental que dificilmente se materializará.

Desta maneira, mais importante do que conhecer a expectativa da imagem corporal ideal do paciente, é fundamental que o profissional em saúde saiba o que o sujeito poderá chegar a ser.

Portanto, os profissionais envolvidos com as cirurgias plásticas devem observar e escutar o que o sujeito se propõe a ser e o que está disposto a fazer para atingir esse objetivo. Entretanto, a preocupação em saúde surgirá quando o desejo de perfeição ultrapassa os cuidados e o bom senso do sujeito, pois sabe-se que para aquisição de uma identidade aceitável em sociedade pode-se ultrapassar alguns limites podendo-se transformar a busca pelo corpo perfeito em enfermidades.

O transtorno dismórfico corporal (TDC), a vigorexia, a anorexia, a bulimia, a hipocondria e a dismorfofobia são alguns exemplos de problemas em saúde modernos que envolvem a distorção da imagem corporal e podem estar ocultos quando o sujeito procura uma cirurgia plástica. Para facilitar a detecção do TDC, Ramos, Yoshida e Medici (2012) criaram uma escala em que diversos profissionais da saúde podem identificá-lo, pois observaram que existe uma dificuldade para quem não é psicólogo ou psiquiatra em discernir quando existe um transtorno psicológico ou quando apenas trata-se de vaidade.

Deste modo, observando o imediatismo atual em relação às cirurgias plásticas sem uma prévia conscientização de suas reais motivações e necessidades, viu-se que existe uma lacuna na interpretação das ressignificações corporais e mentais dos sujeitos operados e uma carência no trabalho interdisciplinar dos profissionais envolvidos neste procedimento. Estas lacunas podem ser facilmente confundidas com um simples desejo, um ideal, uma vaidade ou, talvez, como resposta a uma enfermidade, um transtorno psicológico ou uma dismorfia corporal oriunda de uma imagem corporal distorcida.

Considera-se, ademais, que as mensagens sobre os estereótipos de beleza são projetadas para as sociedades modernas, porém cada pessoa responderá de forma individual. Assim, partindo do pressuposto de que a mente humana possui algumas dimensões pouco esclarecidas que podem influenciar de forma decisiva na vida das pessoas, tem-se como objetivo principal deste estudo,

analisar como ocorrem as ressignificações do corpo e da mente das pessoas que realizaram cirurgias plásticas no Rio de Janeiro (Brasil) e em Barcelona (Espanha).

Como as cirurgias plásticas têm sido cada vez mais procuradas no mundo, sendo o Brasil classificado na segunda posição no *ranking* mundial (ISAPS, 2016), se considerou este país como adequado para esta tese doutoral. Contudo, também investigou-se na Espanha para fins de comparação e, também, para uma compreensão mais ampla sobre o processo das cirurgias plásticas destes países, mais especificamente no Rio de Janeiro e em Barcelona.

Neste contexto, visa-se entender como as cirurgias plásticas alteram as representações simbólicas do corpo, a imagem corporal e a autoestima dos indivíduos. Também se busca conhecer a relação interdisciplinar e o papel de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e antropólogos bem como os principais problemas biopsicossociais relacionados com as cirurgias plásticas. Por fim, se descreve o contexto sociocultural que envolve as cirurgias plásticas de redesignação sexual, tema pouco estudado e de relevante importância nas sociedades modernas.

Por conseguinte, considera-se que este estudo contribuirá de maneira relevante com informações em saúde que podem ser utilizadas de maneira educativa tanto no meio científico como para a sociedade. Ademais, ao esclarecer os aspectos culturais relacionados ao corpo, auxiliará na detecção de problemas em saúde e fomentará a importância do trabalho interdisciplinar para outros estudos que podem tomá-lo como exemplo. Deve-se destacar o estudo das cirurgias plásticas a partir de uma perspectiva antropológica, traz novas informações comportamentais, se contrói e se desconstrói barreiras socioculturais acerca do corpo e se contextualiza temas pouco tratados, como transexualidade por exemplo, pois considera-se que “o corpo nunca é um dado indiscutível e evidente, mas o efeito de uma construção social e cultural” (Le Breton, 2011, p.18).

1.1 PROBLEMA

“Como ocorrem as ressignificações corpóreo-mentais das pessoas que fazem cirurgias plásticas?”

Essa foi a pergunta-problema base e o referencial norteador para o início dessa tese doutoral. Porém, é importante destacar que outras perguntas surgiram ao longo da investigação que facilitaram a elaboração dos objetivos específicos e transformaram-se em tópicos minuciosamente explorados no estudo. Como por exemplo, como ocorrem as mudanças na representação simbólica, na autoestima e na imagem corporal após a cirurgia plástica? Qual o papel dos médicos, psicólogos, fisioterapeutas e antropólogos nesse processo? Existe uma relação interdisciplinar? Entre outras perguntas.

1.2 PALAVRAS-CHAVE

Considerou-se como conceitos centrais para resolver o problema da investigação as palavras-chave a seguir: Cirurgias plásticas; ressignificações corpóreo-mentais; Autoestima; Imagem Corporal; Gênero; Sexualidade; Interdisciplinaridade; Saúde; Antropologia.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar, antropológicamente e interdisciplinarmente, como ocorre o processo de ressignificação do corpo e da mente das pessoas que realizaram cirurgias plásticas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1) Compreender a relação interdisciplinar entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas e antropólogos e o papel de cada profissional nas cirurgias plásticas;
- 2) Entender a diferença das representações simbólicas das cirurgias plásticas no Rio de Janeiro e em Barcelona;
- 3) Identificar os principais problemas biopsicossociais relacionados com as cirurgias plásticas;
- 4) Descrever o contexto sociocultural das cirurgias plásticas de redesignação sexual.
- 5) Conhecer a autoestima e a imagem corporal dos participantes que fizeram cirurgias plásticas.

1.4 HIPÓTESES

Parto do pressuposto de que as hipóteses e o processo de investigação qualitativa são provisionais e que somente no final do estudo, através da descoberta em campo, se podem visualizá-los e transformá-los em tese para um estudo em concreto. Neste sentido, Taylor e Rogdan (2002[1987]) afirmam que a maioria dos investigadores sociais que optam por trabalho de campo através da observação participante entram no campo sem hipóteses ou sem preconceitos específicos para que a hipótese não seja obrigatória, perigosa cientificamente e que não se converta em um símbolo de abuso do investigador.

Desta maneira, as hipóteses elaboradas foram apenas deduções flexíveis baseadas nos estudos anteriores, mas que não necessariamente foram verdadeiras e confirmadas ao largo da investigação, ao contrário, podem ter sido contrárias à realidade estudada. Para uma melhor visualização das

ideias centrais foi formulada uma hipótese para cada objetivo pretendido no estudo.

Assim, a hipótese central desta investigação é de que as cirurgias plásticas provocam ressignificações tanto na parte mental dos pacientes como nas alterações provocadas pelo bisturi no corpo. Ou seja, se supõe que as cirurgias plásticas também moldam a mente no sentido de representação simbólica, da imagem corporal, da ressignificação do corpo e da mudança identidade, porém não abrange os aspectos da plasticidade neural. Muda-se a forma de ver-se no espelho, mas não, necessariamente, na mesma proporção que a modificação feita no corpo, portanto, sugestionase que as cirurgias plásticas poderão ser chamadas de cirurgias “psicoplásticas”, pois além do corpo também modificam as representações simbólicas do indivíduo. A seguir de forma esquemática, cada hipótese equivale a uma resposta aos objetivos específicos:

- 1) Se imagina que as relações entre a medicina, a fisioterapia, a psicologia e a antropologia sejam muito estreitas, porém carecem de um trabalho interdisciplinar onde a visão do antropólogo possa auxiliar o entendimento dos comportamentos humanos de médicos, fisioterapeutas e psicólogos;
- 2) A diferença das representações simbólicas das cirurgias plásticas no Rio de Janeiro e em Barcelona são relacionadas com a cultura e com o nível social.
- 3) Também se pensa, que os principais problemas em saúde relacionados com as cirurgias plásticas sejam a falta de informação, uma carente educação em saúde, os transtornos psicológicos, as complicações pós-operatórias e a falta de uma avaliação psicológica e de tratamentos fisioterapêuticos no pré e pós-operatório.
- 4) Se supõe que as cirurgias de redesignação sexual estão inseridas em um contexto peculiar das cirurgias plásticas e que as repercussões socioculturais são refletidas fortemente na decisão dos indivíduos que transitam de gênero.

5) Se acredita que a autoestima e a percepção da imagem corporal irão melhorar após a cirurgia plástica.

1.5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

1.5.1 Do tema

Esse estudo, ao interpretar como ocorre o processo de ressignificação corporal e mental das pessoas que realizaram cirurgias plásticas, desvendará questões pouco esclarecidas, como as simbologias que envolvem a imagem corporal e as suas distorções, podendo também auxiliar na elaboração de estratégias em saúde evitando o excesso de procedimentos cirúrgicos. Ademais, como abordará o papel dos profissionais envolvidos com as cirurgias plásticas, esta pesquisa também justifica-se por poder contribuir para a formulação de políticas interdisciplinares para médicos, psicólogos, fisioterapeutas e antropólogos de uma maneira aplicada.

Também resultará no conhecimento de diferentes concepções da cultura do corpo, proporcionando uma melhora nas assimetrias em saúde em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas que caracterizam as sociedades atuais, neste caso entre Brasil (Rio de Janeiro) e Espanha (Barcelona). Sendo esta justificativa importante, pois a equidade em saúde, o acesso universal e a proteção social em saúde são objetivos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008²) nas reformas da atenção primária em saúde em que a informação transforma-se em instrumento para as dinâmicas sociais.

2 Relatório Mundial de Saúde 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
Acessado em: 24/06/16.

Considera-se, portanto, que a presente pesquisa possa contribuir para a promoção de estratégias de saúde globais, tanto educativas na hora da decisão por realizar cirurgias plásticas evitando excessos, como no incentivo de tratamentos psicológicos e fisioterapêuticos para o bem-estar do paciente e a melhora mais rápida do procedimento. Estudos antropológicos como este, pretendem averiguar as características culturais que influenciam no modo de vida das pessoas e pode encontrar, assim, manifestações de problemas da atualidade. Além disso, poderá gerar, por outro lado, benefícios indiretos adicionais, já que os conhecimentos obtidos podem permitir uma melhor planificação de ações de equipes interdisciplinares acerca do desenvolvimento de diversos aspectos do trabalho em saúde relacionado com as cirurgias plásticas. Fica, no entanto, evidente que o desenvolvimento desta investigação trará contribuições para uma melhora coletiva, com informações que favorecerão a reflexão acerca da cultura do corpo associada à saúde, aclarando a importância do trabalho do antropólogo e dos profissionais que trabalham com cirurgias plásticas. Ademais, o tema também é relevante e atual com poucas referências na literatura que tratem do enfoque desse estudo.

1.5.2 Do local

É fundamental destacar que a escolha do Rio de Janeiro (Brasil) e Barcelona (Espanha) para a realização do trabalho de campo dessa investigação não foi aleatória. De acordo com uma pesquisa realizada pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS³, 2016), o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas estéticas no mundo perdendo somente para os Estados Unidos.

³ International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Disponível em: <http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2016%20ISAPS%20Results.pdf>

Total Surgical Procedures			
Rank *	Country:		% of World-Wide Total
1	USA	1,414,335	14.7%
2	Brazil	1,224,300	12.7%
3	Mexico	461,544	4.8%

Figura 1: Pesquisa realizada pela ISAPS (2016)⁴

Além disso, de todos os procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos realizados em 2015 no mundo, o Brasil foi responsável por 10,7% deles, ou seja, 2.324.245 de procedimentos (ISAPS, 2016). Entende-se, portanto, que o Brasil é um país com uma rica fonte de informações acerca das cirurgias plásticas que podem acrescentar conhecimentos de forma substancial para esta e futuras investigações. Porém, sabendo-se de sua imensidão geográfica, se limitou o estudo na cidade do Rio de Janeiro.

O Rio de Janeiro é uma das maiores capitais brasileiras com 6,5 milhões de habitantes (IBGE, 2017 [2010]) e, conseqüentemente, onde se realizam muitas cirurgias plásticas com cerca de 670 cirurgiões plásticos cadastrados na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2016⁵). Também foi a cidade brasileira pioneira nas cirurgias plásticas onde as técnicas do famoso cirurgião plástico Ivo Pitanguy foram reconhecidas no mundo inteiro. Este médico ocupou cargos de chefe do Serviço de Cirurgia da Mão da Santa Casa de Misericórdia, foi chefe do Serviço de Queimados do Hospital Estadual Sousa Aguiar, chefe do Serviço de Queimados do Hospital Pedro Ernesto e tinha sua clínica e equipe de residentes, todos no Rio de Janeiro (Pitanguy, 1984). Infelizmente, Pitanguy faleceu em agosto de 2016, no início do meu trabalho de campo e só pude conhecer a sua clínica e a sua equipe. A sua clínica está sendo vendida, mas a escola de residentes que ele criou continuará ativa.

⁴ Idem 2.

⁵ SBCP do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/encontre-um-cirurgiao/>

Além do Brasil, o trabalho de campo também foi realizado na Espanha, pois de acordo com a pesquisa realizada por ISAPS (2013), a Espanha já foi considerada o quinto país que mais realizava cirurgias plásticas estéticas no mundo. Como uma população de 46.766.403 habitantes (INE, 2017) e com um número de procedimentos em torno de 65.000 (SECPRE⁶, 2017[2014]), se considera esse país relevante, pois possui uma população menor que o Brasil, mas ainda assim está entre os países que mais realizam cirurgias plásticas no mundo. Além disso, 87,8% das cirurgias plásticas na Espanha são realizadas por mulheres e 12,2% por homens com uma predominância por aumento de mama, lipoaspiração e blefaroplastia (SECPRE, 2017[2014]), dados esses similares aos do Brasil, sendo assim, relevantes para fins de comparação. A Figura 2, a seguir, representa a Espanha como o quinto país no ranking mundial em 2013.

Countries by Total Number of Procedures—2013							
Rank*		Total Surgical Procedures	% of total surgical procedures	Total Nonsurgical Procedures	% of total nonsurgical procedures	Total Procedures	% of total procedures
1	USA	1,452,356	12.5%	2,544,275	21.4%	3,996,631	17.0%
2	Brazil	1,491,721	12.9%	649,536	5.5%	2,141,257	9.1%
3	Mexico	486,499	4.2%	397,854	3.4%	884,353	3.8%
4	Germany	343,479	3.0%	310,636	2.6%	654,115	2.8%
5	Spain	213,297	1.8%	233,880	2.0%	447,177	1.9%
6	Colombia	291,954	2.5%	129,001	1.1%	420,955	1.8%
7	Italy	182,680	1.6%	192,576	1.6%	375,256	1.6%
8	Venezuela	231,742	2.0%	59,646	0.5%	291,388	1.2%
9	Argentina	120,652	1.0%	167,171	1.4%	287,823	1.2%
10	Iran	118,079	1.0%	56,699	0.5%	174,778	0.7%

* Rankings are based solely on those countries from which a sufficient survey response was received and data were considered to be representative.

Figura 2: Ranking Mundial de 2013 de cirurgias plásticas estéticas.

A cidade da Espanha selecionada para o trabalho de campo foi Barcelona. Essa cidade possui uma população de 1,6 milhões habitantes (INE, 2017) e de 3,2 milhões com sua região metropolitana. É a segunda cidade mais povoada da Espanha e a sexta metrópole mais povoada da

⁶ Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). <https://secpre.org/noticias/261-el-aumento-de-mamas-desbanca-a-la-liposucción-como-la-intervención-de-cirug%C3%ADa-est%C3%A9tica-m%C3%A1s-practicada-en-espa%C3%B1a>

União Européia⁷. Além disso, possui grande importância cultural, financeira, comercial e turística com obras de artistas famosos por toda cidade com um dos portos no mediterrâneo mais importantes e um aeroporto que recebe milhares de turistas todos os anos⁸. Também se destaca por ser uma das cidades pioneiras em cirurgia de redesignação sexual com centenas de procedimentos realizados por ano⁹, sendo um dos temas investigados nesse estudo.

Portanto, justifica-se a eleição da investigação ser realizada no Rio de Janeiro e em Barcelona para fins de comparação já que são cidades com grandes incidências de cirurgias plásticas, além de possuírem um clima costeiro semelhante. Assim, comparar essas cidades foi uma forma de compreender melhor o processo de ressignificação do corpo e da mente de uma parcela da América Latina e da Europa que interessa-se por modificar seus corpos com cirurgias plásticas.

1.6 ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação foi dividida em três partes. A primeira apresenta a introdução, a definição do problema, as palavras-chave, o objetivo geral, os objetivos específicos, as hipóteses do estudo, a justificativa e a estrutura do estudo. A continuação, ainda na parte I, se descreveu os aspectos metodológicos utilizados na investigação, a saber: delineamento do estudo; local da investigação; população amostra; procedimentos de coleta (trabalho de campo, observação participante e entrevistas semiestruturadas); instrumentos utilizados e a análise, discussão e interpretação dos dados. Ademais, se expõe as linhas antropológicas utilizadas. Também nesta parte, foram abordadas as considerações éticas e as limitações da investigação.

7 Idescat. *Cerca d'estadístiques per territori*. (catalão).

8 Aena. Detalhe de nota de prensa.

9 Disponível em: <http://www.20minutos.es/noticia/539786/0/cambio/sexo/espana/>

Já a parte II, destinou-se ao marco teórico da investigação. Se contextualizou os termos e expressões importantes do estudo para que haja clareza da temática investigada. Para isso, os tópicos foram divididos dentro de três grandes grupos: “A cultura das cirurgias plásticas: possibilidades de SER no corpo”; “A Cultura do corpo: possibilidades de TER no corpo; e “A interdisciplinaridade dos profissionais: possibilidades de ATUAR no corpo”.

Por último, na parte III, foram expostos os resultados, as interpretações e as discussões da investigação a partir de uma perspectiva antropológica. Somado a isto, à continuação foram apresentadas as conclusões, e para a sua elaboração, se retomaram os objetivos do estudo ressaltando as principais considerações encontradas nesse estudo.

PARTÉ 1

Metodología



2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo é de caráter qualitativo etnográfico, centrado no estudo da cultura do corpo a partir de uma interpretação antropológica cultural dos significados gerados pela interação humana. A pesquisa qualitativa é uma abordagem centrada na cultura cujo objetivo é investigar o comportamento dos agrupamentos humanos em interação, no seu estado natural e espontâneo, tal como vivem, sem manipular sua conduta em laboratório, com o fim de descrever, compreender e interpretar (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.11).

Lincoln e Guba (1985) foram os primeiros a escrever sobre a metodologia qualitativa como um paradigma emergente onde o conhecimento é humanizado, construído humanamente. Ou seja, o investigador é o principal instrumento de compreensão da realidade social e cultural em que as pessoas são mais que objetos passíveis de estudo, mas sim sujeitos participantes que devem ser entendidos (Maykut et al., 1999, p. 3).

Apesar das críticas positivistas que questionam a sua validade, essa metodologia é a mais indicada quando se trata de compreender as subjetividades dos comportamentos socioculturais encontrados em diversos trabalhos etnográficos. Isto porque interpreta e reconstrói o significado dos fatos socioculturais através da linguagem descritiva de uma observação flexível ou de um procedimento indutivo centrado no caso particular, porém com um olhar holístico e contextual.

Além disso, as metodologias qualitativas privilegiam, de um modo geral, a análise de microprocessos pelo estudo das ações individuais e grupais desafiando o pesquisador a compreender uma realidade social (De Souza, Melo & Santiago, 2010). Para Minayo (2013) esse método contribui para a compreensão de fenômenos que promovem uma humanização no âmbito da saúde, pois a visão compartilhada das ciências sociais e humanas constituem artefatos heurísticos

que permitem encontrar a inteligibilidade do universo das construções humanas, das quais a saúde é um símbolo fundamental. Portanto, como busca-se entender os comportamentos humanos em saúde, associados às cirurgias plásticas, pensa-se que a metodologia qualitativa seja adequada para essa investigação, pois:

A metodologia qualitativa é a investigação da interação humana no seu estado natural e no seu contexto referencial, coletadas pela observação participante aberta, e pelas entrevistas em profundidade afim de captar seu significado ideográfico (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p16).

2.2 LOCAIS DA PESQUISA

Esse estudo foi realizado dentro de ambientes relacionados com as cirurgias plásticas: clínicas de cirurgia plástica, de fisioterapia, de psicologia e nos hospitais particulares e públicos. A investigação também foi feita em ambientes de formação acadêmica: universidades e cursos de pós-graduação de médicos, fisioterapeutas, psicólogos e antropólogos, pois tratou-se de um trabalho interdisciplinar e buscou-se compreender a relação entre essas áreas no tocante das cirurgias plásticas. Além disso, também estive em um grupo de apoio a pessoas transgênero e em locais previamente combinados com os participantes.

Estes os locais, especificados na tabela 1, foram elegidos de acordo com o grau de reconhecimento e excelência internacional. Os estabelecimentos investigados foram autorizados pelo responsável, que assinou um termo de consentimento no ANEXO A.

LOCAIS	RIO DE JANEIRO	BARCELONA
Clínicas de Cirurgia Plástica	3	2
Clínicas de Fisioterapia	2	1
Consultórios de Psicologia	1	1
Hospitais	1	1
Universidades	1	1
Outros	2	3
TOTAL: 20	11	9

Tabela 1: Locais investigados

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi considerada como população do estudo todas as pessoas relacionadas direta e indiretamente com as cirurgias plásticas que estavam no momento do trabalho de campo. No entanto, a definição da amostra, ou dos participantes do estudo, foi feita de maneira intencional de acordo com a sua disponibilidade, conhecimento individual e a relação com a temática da investigação buscando a validade da pesquisa. Portanto, todos os participantes foram convidados a ser voluntários e colaboradores da investigação.

O contato inicial com os participantes foi feito através de telefonemas ou por e-mails, para assim, se concordassem, agendar o encontro segundo as suas disponibilidades e preferências. Logo, alguns dos entrevistados foram sendo incluídos no estudo por indicação dos próprios participantes, que foram constantemente colaborando até o momento em que a pesquisadora detectou a saturação da amostra que havia sido prevista no planejamento da investigação. Neste sentido, viu-se que a maioria dos profissionais entrevistados preferiu responder à entrevista em seu local de trabalho, como, por exemplo, nos consultórios dentro das clínicas, hospitais e universidades. Porém, outros participantes, geralmente os pacientes, preferiram em diferentes locais como cafés, suas casas ou

em seus lugares de ócio.

Os critérios de inclusão da amostra foram: mulheres, homens, transgêneros e/ou transexuais, com idades entre 18 e 65 anos, que realizaram ou pretendiam submeter-se à cirurgia plástica, tratamentos fisioterapêuticos pré e/ou pós-operatórios e/ou tratamentos psicológicos. Para complementar o estudo de maneira interdisciplinar, também foram incluídos na pesquisa os profissionais envolvidos nas cirurgias plásticas: médicos (cirurgiões plásticos e anestesistas), fisioterapeutas (especialistas em fisioterapia dermatofuncional, estética ou em saúde da mulher), psicólogos clínicos e antropólogos especializados em antropologia social, cultural, do corpo ou da saúde.

Contudo, imaginava-se que a amostra poderia ser modificada, pois os critérios utilizados para escolher determinadas pessoas poderiam variar, inclusive no decorrer de um mesmo objeto de investigação desde que fosse considerado relevante para a pesquisa (Hammersley & Atkinson, 1994). Deste modo, elegeu-se também, durante o trabalho de campo, entrevistar pessoas que não realizaram, e nem pretendem realizar, cirurgias plásticas para fins comparativos com os outros participantes. Todos os participantes do estudo estão expostos na tabela 2.

PARTICIPANTES	RIO DE JANEIRO	BARCELONA
Pessoas que realizaram ou pretendem realizar cirurgias plásticas	5	5
Pessoas que não realizaram e não pretendem realizar cirurgias plásticas	2	2
Médicos Cirurgiões Plásticos	2	3
Fisioterapeutas	2	1
Psicólogos	1	1
Antropólogos	1	2
Outros (Enfermeiro e Anestesistas)	1	1
TOTAL: 29	14	15

Tabela 2: Participantes do estudo.

Os critérios de exclusão foram baseados nas dificuldades encontradas durante investigação: dificuldade de comunicação ou de entendimento do idioma, negar participar ou pedir para sair do estudo, não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser menor de 18 anos ou ser um profissional sem nenhuma informação relevante ou ligação com o tema de estudo.

De acordo da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde que rege a pesquisa com seres humanos no Brasil, e após a apresentação da pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), que oferece informações a respeito dos objetivos do estudo, procedimentos envolvidos, riscos, benefícios e que garante o sigilo da identificação do entrevistado, do local e das informações fornecidas no trabalho de campo.

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

2.4.1 O trabalho de campo

Considera-se o trabalho de campo como o ponto central de uma investigação antropológica com uma metodologia qualitativa. Neste contexto, após um trabalho exaustivo de revisão bibliográfica sobre o tema de estudo, optou-se como procedimento de coleta de dados um trabalho de campo com observação participante e entrevistas semiestruturadas. Também utilizou-se como instrumentos de investigação a Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) e o Desenho da Figura Humana (DFH), explicados mais detalhadamente nos tópicos a seguir. Utilizou-se um diário de campo para as anotações e descrições pertinentes e um material iconográfico, ou fotográfico, quando permitido pelos participantes. Essa etapa do estudo buscou encontrar dados informativos para o registro e a posterior categorização e interpretação dos dados.

O trabalho de campo foi realizado durante um período de seis meses, de julho a dezembro de 2016. É importante destacar que em todo o período da realização da tese houve busca por pessoas que pudessem contribuir de maneira significativa na resolução do problema do estudo, algumas delas, quando consideradas pela investigadora pertinentes, sendo entrevistadas fora deste período.

Franz Boas (2004) foi um dos primeiros antropólogos a realizar um trabalho de campo em uma expedição junto aos esquimós em 1883. Apesar de sua experiência ter sido representada mais como uma observação do que como uma participação em si, seu trabalho de campo foi muito importante para a antropologia porque impulsionou a imersão do investigador na rotina do seu objeto de estudo. Boas considerava fundamental realizar um estudo histórico para assim entender os processos, o funcionamento da mente humana e, conseqüentemente, as culturas e sociedades. Ou seja, para ele parece que já existia uma forte relação entre os processos mentais e a manifestação da cultura, sendo então, segundo Boas, importante conhecer a história individual dos participantes do estudo para logo entender as suas representações coletivas. Esse estudo segue essa mesma linha de pensamento, pois busca entender como as modificações corporais geradas pelas cirurgias plásticas interferem nos processos do corpo e da mente dos participantes.

Nesta mesma linha, Aguirre-Baztán e Clerton-Martins (2014) afirmam que o trabalho de campo é baseado na observação participante¹⁰ sobre um grupo sociocultural pequeno em um tempo suficiente. O autor distingue quatro fases no processo de planejamento do trabalho de campo as quais também serão seguidas neste trabalho:

1) A demarcação do campo onde se escolhe um grupo, se delimita um objetivo, se define o problema e se elabora o projeto de pesquisa de campo;

¹⁰ Também poderá ser uma observação não-participante ou auto-observação, porém centrarei na observação participante porque é a utilizada em esta investigação.

- 2) A preparação e documentação em que se revisa as fontes documentais escritas, orais ou a cultura material obtida na fase de revisão bibliográfica;
- 3) O trabalho de campo propriamente dito com uma preparação física e mental do investigador para sua chegada, negociação, observação participante e seleção de informantes para realizar as entrevistas semiestruturadas e o registro de todos os dados obtidos;
- 4) E por fim, a conclusão do trabalho de campo com a saída do investigador de campo e a elaboração do relatório dos resultados obtidos.

A fase três de Baztán, que refere-se ao trabalho de campo, centra-se na procura do diálogo com o outro, ampliando assim o conhecimento científico e proporcionando uma futura reflexão. Segundo DaMatta (1981), o conceito de trabalho de campo baseia-se em:

(...) um modo de buscar novos dados sem nenhuma intermediação de outras consciências (...). Esse contato direto do estudioso com o seu objeto de trabalho traz muitos problemas e dilemas e é a partir dos seus próprios paradoxos que a antropologia tem contribuído para todas as outras ciências do social. (DaMatta, 1981, p.146)

Para o autor, a importância do trabalho de campo versa no fato de que busca-se constantemente a renovação das informações através das experiências empíricas, ao invés de limitar-se a certos problemas ou teorias pré-estabelecidas. Isto porque coloca o pesquisador de frente com o seu objeto de estudo, em uma experiência concreta, proporcionando uma dialética entre a sua perspectiva pessoal e as teorias correntes aprendidas acerca de um problema sociocultural. Isto permite uma constante avaliação dos conceitos teóricos utilizados e incentiva a criação de novas ideias teóricas e mudanças nos esquemas interpretativos usados até então. Neste sentido, Boas (2004) afirma que a antropologia possibilita a substituição de determinados conceitos por outros mais adequados e abrangentes, e portanto, tornando-lhes mais universais.

Outros autores definem o trabalho de campo como sendo uma forma do investigador participar abertamente da vida diária das pessoas durante um período de tempo, observando, escutando e

fazendo perguntas (Hammersley & Atkinson, 1994, p.3). Portanto, entende-se que o trabalho de campo é uma busca centrada em obter qualquer dado disponível que sirva para atribuir informações sobre o tema do estudo e que responda ao seu problema principal.

2.4.2 Observação participante

O antropólogo Bronislaw Malinowski (1976) contribuiu para a compressão do significado de trabalho de campo através da descrição da sua observação participante realizada em Nova Guiné. Para o autor, a observação participante tratava-se de uma experiência produtiva em campo na qual o pesquisador necessitava entrar por completo na vida do outro, ser aceitado e logo conversar com as pessoas para obter, assim, as informações que desejava. É a fase em que o antropólogo entra em ação testando as suas habilidades de investigador.

Outra definição consiste em que a observação participante é o estudo da interação social no seu estado natural e sem manipulação alguma a partir da presença do observador (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.54). Segundo esses autores, trata-se de uma investigação aberta e flexível sobre uma realidade interativa com a participação do investigador na vida da comunidade estudada, de imediato e à distância, que possibilita uma reconstrução e interpretação de uma realidade transformando o estranho em familiar. É importante ressaltar que o estranhamento também pode ocorrer quando o estudo se dá na mesma sociedade em que vive o investigador, no entanto, de maneira mais suave. Quer dizer, apesar de tratar-se de um meio comum, a própria sociedade investigada pode produzir certo grau estranhamento, pois existem subculturas com diferentes estilos de vida, diversidade étnica e círculos culturais variados.

O presente estudo tratou-se de uma observação participante sistematizada que visou facilitar o direcionamento do objeto investigado e delimitar o campo estudado, reduzir o tempo de investigação, selecionar os instrumentos de coleta de dados e delimitar o marco espaço-temporal da investigação (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.33). Desta maneira, tentou-se delimitar o campo, o problema e o grupo a ser investigado, mesmo sabendo das possíveis mudanças, novidades e imprevisibilidade que poderiam surgir no decorrer do trabalho de campo, mas, ainda assim, facilitando o planejamento, a organização e o financiamento, já que o projeto de trabalho de campo foi realizado no Brasil e na Espanha e foi previamente aprovado e patrocinado pela CAPES¹¹.

Para a observação participante do estudo, entrei em todos os ambientes relacionados com as cirurgias plásticas para obter uma imersão completa na rotina do grupo investigado. Também é importante destacar, que o contexto observado foram os próprios observados e me adaptei convivendo, fazendo entrevistas e ao mesmo tempo me distanciando (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.29). Dessa maneira, foi possível observar as pessoas que frequentavam as clínicas de cirurgias plásticas, de fisioterapia e de psicologia, bem como os profissionais que trabalhavam na área. Para isso, assisti a consultas de pacientes a cirurgiões plásticos, a uma cirurgia e a sessões de tratamentos fisioterapêuticos no pré e pós-operatórios que, sempre e quando, foram consentidos pelos profissionais e pelos pacientes. Não pude assistir nenhuma consulta psicológica por sugestão dos psicólogos para manter o sigilo das histórias de vidas dos pacientes, sendo essas entrevistas realizadas com hora marcada em outras ocasiões.

11 CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil.

2.4.3 Entrevista semiestruturada (ESE)

A entrevista semiestruturada (ESE) é um diálogo entre um informante e o pesquisador, constituindo um complemento informativo ou uma hermenêutica dos fatos registrados na observação participante (Aguirre Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.65). Também é definida por Haguette (1997, p.86) como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

Além disso, a ESE é uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo para coleta de dados e informações subjetivas que respondam ao problema do estudo. Segundo Boni e Quaresma (2005), as entrevistas são essenciais para se obter os dados subjetivos relacionados com os valores, crenças, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados, já que os dados objetivos do estudo podem ser obtidos através de fontes secundárias como censos, estatísticas, etc. Para eles:

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados. (Boni & Quaresma, 2005, p. 75)

Sem embargo, é necessário uma boa preparação das perguntas, um planejamento da amostra, uma linguagem acessível e uma habilidade do investigador em conduzir a conversa para que o entrevistado sinta-se à vontade para falar sem constrangimentos sobre os seus sentimentos. De acordo com Goldenberg (1997), para que uma entrevista seja bem sucedida o investigador deve criar uma atmosfera amistosa, transmitir confiança e não discordar das opiniões do entrevistado, tentando, desta maneira, ser o mais neutro possível. O pesquisador precisa estar sempre pronto a

enviar sinais de entendimento e de estímulo, com gestos, acenos de cabeça, olhares e também sinais verbais como os de agradecimento e de incentivo para facilitar a narrativa do entrevistado (Boni & Quaresma, 2005, p.77).

Além das ESE, é interessante destacar que nas ciências sociais existem outros tipos de entrevistas que podem ser utilizadas no trabalho de campo como a estruturada, a aberta, as entrevistas com grupos focais, a história de vida e também a entrevista projetiva. No entanto, considerando o objetivo do estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, pois permite uma flexibilidade quanto à duração, uma abordagem mais profunda sobre determinados assuntos e cria um vínculo entre o entrevistador e o entrevistado que favorece as respostas espontâneas. Ademais, a ESE permite um estudo dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos tão fundamentais na antropologia, sendo de grande utilidade nesta pesquisa.

Portanto, para complementar o trabalho de campo, realizou-se entrevistas semiestruturadas dirigidas aos participantes (amostra) do estudo. O roteiro das entrevistas (ANEXOS C e D) abordou o tema referente à investigação, como por exemplo, os cuidados com o corpo, a autoestima, a imagem corporal, as cirurgias plásticas, as experiências prévias, as percepções, as motivações, a identidade, o papel dos profissionais envolvidos, a saúde, os tratamentos fisioterapêuticos e psicológicos, as mudanças geradas pelos resultados cirúrgicos, entre outros aspectos que respondam o problema em questão. É importante destacar que as perguntas foram elaboradas com especial cautela para que não ocorressem discrepâncias entre os relatos obtidos e que, possivelmente, podem ter surgido novas perguntas e questões ao longo das conversas.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente. As transcrições foram enviadas por email para os entrevistados para revisão e autorização do conteúdo. Foi

importante remeter-se constantemente à gravação original para que a interpretação e a categorização fosse a mais original possível.

2.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para recolher as informações coletadas no trabalho de campo, foi usado um áudio gravador durante as entrevistas semiestruturadas, uma máquina fotográfica (quando permitido) para o registro das informações e um diário de campo para as anotações consideradas importantes pela investigadora. Ademais, foram utilizados como complementos de investigação a Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) e o Desenho da Figura Humana (DFH) em folhas de papel A4 sulfite (branco), um lápis preto nº. 2 e uma borracha.

2.5.1 Escala De Autoestima De Rosenberg (EAR)

A autoestima é considerada um importante objeto de investigação das ciências sociais e do comportamento humano (Cogollo, Campo-Arias & Herazo, 2015). Trata-se de uma experiência individual de valoração de si mesmo com aspectos relacionados com autorrespeito e aceitação, além de diversos componentes socioculturais inseridos em seu contexto (Donnellan, Trzesniewski & Robins, 2011). Além disso, a melhora da autoestima foi uma das principais motivações para as pessoas realizarem cirurgias plásticas encontradas em minha dissertação de mestrado (Masiero, 2014).

Apesar de existir diversos instrumentos para a quantificação da autoestima em diferentes âmbitos, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) tem sido o teste mais conhecido para medir

este conceito desde a sua primeira versão em 1965 (Donnellan, Trzesniewski & Robins, 2011; Rosenberg, 1973). A EAR é conceituada como um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto resultante da mensuração das respostas dos participantes. O nível baixo de autoestima se expressou pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; o médio foi caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; o nível alta de autoestima consistiu no autojulgamento de valor, confiança e competência (Rosenberg, 1973, p. 396).

Yamasaki et al (2013), empregou a EAR para avaliar a autoestima na aceitação das pessoas que fizeram cirurgias plásticas no Brasil e em Portugal a partir de uma visão cultural obtendo resultados relevantes. Nesse mesmo sentido, buscando entender a percepção da autoestima dos participantes com um viés antropológico, também optou-se por utilizar a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), versão de 1973, como umas das técnicas de investigação deste estudo. Para isto, pediu-se ao final da ESE, que os participantes que realizaram, pretendiam ou que nem realizaram e não pretendiam realizar cirurgias plásticas respondessem à EAR (ANEXO F) para fins de complemento do estudo e para posterior comparação entre a observação, as respostas das entrevistas e com os desenhos do teste do DFH com o intuito de melhor compreender o processo de ressignificação do corpo e da mente desses participantes.

A EAR integra dez itens, sendo cinco referentes a uma visão positiva de si mesmo, de autoconfiança e de satisfação pessoal (autoestima positiva ou alta); outros cinco referentes a uma visão autodepreciativa, de insatisfação pessoal (autoestima negativa ou baixa). As opções de respostas poderiam ser dicotômicas ou ordinais, sendo as mais empregadas as de quatro opções de respostas: “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente” (Rosenberg, 1973). Os itens da escala apresentaram uma ordem que vai desde as respostas mais carregadas até

as mais frágeis. Ademais, a ordem dos juízos positivos e negativos foram formulados de forma alternada para reduzir a possibilidade de que os entrevistados se influenciassem. A interpretação das respostas está detalhada no ANEXO G.

Embora existam controvérsias sobre o conceito de autoestima e a sua estrutura fatorial, a EAR tem apresentado bons índices de consistência interna em pesquisas internacionais, que foram realizadas com amostras de adolescentes e adultos (Cogollo, Campo-Arias & Herazo, 2015). A consistência interna da escala foi primeiramente avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, tendo como ponto de corte o valor de 0,70. Os valores superiores a 0,70 são aceitos para a confiabilidade composta e para a variância extraída são indicados valores acima de 0,50 (Hair et al., 2009). Ou seja, a EAR é um instrumento validado, conhecido e pertinente para este estudo como complemento do trabalho de campo.

2.5.2 Desenho Da Figura Humana (DFH)

O desenho de figuras humanas esteve presente em todas as culturas sendo uma importante forma de comunicação expressada em cavernas, paredes ou quadros de pintores. Pela interpretação desses desenhos muitos estudos antropológicos desenvolveram-se com o intuito de interpretar o significado representado em tais imagens, facilitando o entendimento das culturas primitivas na sua forma de alimentação, vestuário e rituais importantes (Boas, 2014). No entanto, esses desenhos também podiam representar a maneira como essas culturas viam os seus corpos e, mais pretensiosamente, como se sentiam emocionalmente em relação a eles (Tocchetto, 2016; Hammer, 1991).

Pensando no desenho como uma ferramenta de linguagem básica e universal, elegeu-se o

Desenho da Figura Humana (DFH) como instrumento por tratar-se de uma técnica projetiva gráfica que permite a investigação dos processos emocionais profundos e, conseqüentemente, possibilita uma representação mental sobre a imagem que o participante possui de si mesmo e, conseqüentemente, de seu corpo nas diferentes dimensões da convivência humana, afetiva, social e cognitiva da personalidade (Valverde, 2011). Segundo Anzieu (1989), as técnicas projetivas são relevantes para os estudos da imagem corporal, pois favorecem a emissão de respostas livres que subsidiam a investigação dos processos mentais profundos. Barros et al. (1990) também afirmam que o significado do DFH está diretamente associado com a imagem corporal.

Van Kolck (1984) foi uma das pioneiras em dedicar-se ao estudo do DFH com indicadores emocionais sobre o corpo e sobre si mesmo. Para ela, a imagem corporal projetada no desenho reflete as diferentes representações do indivíduo através do grau de satisfação ou insatisfação do corpo ou dos sentimentos para com o seu corpo, geralmente proporcionais aos sentimentos que ele nutre sobre si mesmo. O DFH também já foi usado para a avaliação da imagem corporal em andarilhos de estrada (Peres, 2002), mulheres obesas (Almeida, Loureiro & Santos, 2002), pessoas com anorexia nervosa (Peres & Santos, 2006), adultos analfabetos (Alves, 2015) e para uma comparação com o Índice de Massa Corporal (IMC) (Saur, 2007). Ou seja, possui um amplo campo de atuação podendo utilizar-se também em pessoas que se submeteram a cirurgias plásticas (Sante, 2008).

Além disso, o DFH é uma das técnicas projetivas mais utilizadas no Brasil, sendo empregado para a exploração de diversas características psicológicas por tratar-se de uma técnica abrangente, de rápida aplicação, simples, de baixo custo e que possui uma aparente objetividade (Saur et al., 2010; Primi & Alchieri, 2005). É importante destacar que esse instrumento foi usado neste estudo com um viés antropológico e não com fins de diagnóstico psicológico de personalidade.

Assim, somente para os participantes que realizaram, pretendiam ou não realizaram e nem pretendiam realizar cirurgias plásticas pediu-se que fizessem o teste do DFH (ANEXO H), como complemento e comparação das informações obtidas na ESE. Isso contribuiu para dar um maior suporte científico ao estudo, pois pode-se compreender questões que não haviam sido respondidas integralmente nas entrevistas e também comparar as discrepâncias entre o que diziam nos discursos e os seus desenhos, possibilitando uma interpretação mais detalhada do grau de satisfação e o autoconceito da imagem corporal desses participantes.

Este instrumento é útil, pois diferencia aspectos gerais, formais e de conteúdo importantes para a interpretação dos processos adaptativos, expressivos e projetivos pelo desenho gráfico. Dá-se ao participante um papel branco A4 sulfite, um lápis preto número 2, uma borracha e pede-se que desenhe primeiro uma pessoa, logo uma pessoa do sexo oposto ao desenho inicial, depois se solicita que faça um desenho de si mesmo e, por último, um desenho livre. O tempo pode ser cronometrado e os usos da borracha observados. O investigador deve explicar que não importa a beleza do desenho intervindo com perguntas (ANEXO I) e pedindo para que complete o desenho, caso falte alguma parte do corpo, sendo tudo anotado posteriormente.

Para avaliação e interpretação dos desenhos foi utilizado o protocolo de Karen Machover (1979) desenvolvido em 1949 por ser referência para os estudos em adultos. Porém, o teste foi adaptado para este estudo já que não realiza o diagnóstico nosológico final da personalidade e centra-se nos aspectos socioculturais do desenho (Portuondo, 2010, p. 21-56). Em Iberoamérica, o protocolo de Machover ocupa o oitavo lugar entre os testes mais utilizados e mais frequentemente ensinados nas graduações de psicologia (Prieto et al, 1999; Alves, 2000).

Para a aplicação e interpretação do teste, utilizaram-se critérios corporais (cabeça, traços do rosto, expressão facial, boca, olhos, sobrancelha, orelha, cabelo, nariz, pescoço, pomo de adão,

traços de contato, braços e mãos, dedos das mãos, pernas e pés, dedos dos pés, tronco, seios, ombros, cadeira e nádegas, linha da cintura, indicações anatômicas, articulações, roupas, botões, bolsos, gravata e sapato e chapéu) e aspectos formais e estruturais (tema, ação ou movimento, sucessão, simetria, linha média, tamanho e colocação, postura, perspectiva, tipo de linha, indicadores de conflito, borrados, sombreamento, tratamento diferencial de homem e mulher e considerações finais). Observou-se como se representavam os processos mentais como a associação, a memória, os detalhes, a discriminação, a orientação espacial, a coordenação, dentre outras. Portanto, o DFH foi usado para verificar as eventuais diferenças do meio projetivo em relação aos aspectos da imagem corporal dos participantes e encontrar possíveis associações com a ESE e com a Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).

Entretanto, apesar da popularidade do DFH ainda não existe um consenso sobre a melhor forma de analisá-lo (Arteche & Bandeira, 2006). De acordo com Sante e Pasion (2011), além do protocolo de Karen Machover usado nesta investigação, uma das linhas de interpretação do DFH mais usadas é a que avalia o desenvolvimento cognitivo infantil desenvolvidos por Goodenough (1926), Weschsler (2003) e Sisto (2005) e também a linha de interpretação que analisa os aspectos emocionais a partir de uma análise empírica desenvolvida por Koppitz (1984) e Naglieri (Naglieri, Mcneish & Bardos, 1991).

Alguns autores questionam a validade do uso do Desenho da Figura Humana, pois consideram que este teste envolve muitas questões subjetivas no julgamento dos indicadores gráficos dificultando a qualidade da técnica e seus parâmetros de uma avaliação psicológica (Hutz & Bandeira, 1995). No entanto, neste estudo seu uso foi complementar e facilitou a visualização das percepções corporais dos participantes, sendo considerado uma ferramenta metodológica pertinente e inovadora para uma investigação antropológica.

2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Quando finalizado o trabalho de campo, iniciou-se o processo de organização dos dados para a compreensão teórica das unidades de significados dos resultados recolhidos, ou seja, a etnografia em si. Os dados colhidos em formato áudio foram transcritos literalmente e guardados em um banco de dados juntando-os às anotações do diário de campo. Nessa fase da investigação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1988) e Minayo (1998) para a análise das informações, construção de nós (codificações) e, logo, para a criação das categorias de análise.

Segundo Bardin (1988), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição e inferência do conteúdo das mensagens. Baseia-se na inferência de conhecimentos e informações obtidas durante o trabalho de campo relativas às condições da pesquisa que possam responder aos problemas que conduziram a pesquisa, as causas ou antecedentes da mensagem e as consequências e efeitos de determinado discurso. Assim, durante esta fase de análise, fez-se o tratamento do conteúdo das falas por inferências das informações buscando as similaridades dos discursos para uma posterior interpretação e, logo, uma tentativa de responder aos problemas investigados (Minayo, 1998).

Sabe-se que existem outras formas de análises de conteúdo como a análise da expressão, a análise das relações, a análise da avaliação e a análise de enunciação. Entretanto, nesta pesquisa se utilizou a análise categorial temática. Esse tipo de análise de conteúdo propõe uma forma de descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja a presença ou a frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico buscado, utilizando a maneira mais interpretativa de interpretar. Ao contrário das inferências estatísticas dos estudos quantitativos (Minayo, 2010).

Essa análise de conteúdo pode ser realizada por uma análise temática ou por uma análise dos

significados e significantes através da análise lexical e da análise dos procedimentos. Nessa investigação, a análise constituiu-se no tratamento descritivo e interpretativo de um comportamento cultural humano estabelecendo-se como uma etnografia. Assim, após a descrição de todos os dados coletados (descrição das ESE e o diário de campo) juntamente com a EAR e o Teste do DFH, iniciou-se a categorização das informações em categorias de análise desta pesquisa. Conforme Aguirre Baztán e Clerton-Martins (2014):

A categorização é uma resposta de compreensão teórica que o investigador dá ao material recolhido no trabalho de campo, frente à sua compreensão em unidades de significado (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.89).

Para esta categorização, separar-se-ou as informações inferentes em categorias de análise, sintetizando as ideias centrais mais frequentes e, posteriormente, contrastando com os estudos e teorias existentes. Pode-se entender uma categoria como uma qualidade ou um significado atribuído a um objeto. Neste estudo, as categorias de análise foram formas de definições semânticas da realidade que respondeu à narrativa do problema a partir de uma discussão teórica que as identificaram, as interpretaram e também que possibilitaram um diagnóstico e uma proposta operativa do problema em questão que foi o processo de ressignificação do corpo e da mente gerado pelas cirurgias plásticas (Souza & De Melo, 2010).

A figura 4, resume as etapas da análise de conteúdo utilizadas neste estudo. Iniciando-se com a pré-análise da pesquisa, seguindo-se para a exploração do material e terminando-se com o tratamento dos dados e a interpretação. É importante destacar que este roteiro foi realizado de maneira não linear, passando por muitos entrelaçamentos e, por vezes, idas e vindas em cada etapa da análise de conteúdo.

ETAPAS	INTENÇÕES	AÇÕES
1ª etapa: pré-análise	*Retomada do objeto e objetivos da pesquisa; *Escolha inicial dos documentos; *Construção inicial de indicadores para a análise: definição de unidades de registro - palavras-chave ou frases; e de unidade de contexto - delimitação do contexto (se necessário);	*Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, captando o conteúdo genericamente, sem maiores preocupações técnicas *Constituição do corpus: seguir normas de validade: 1- Exaustividade - dar conta do roteiro; 2- Representatividade - dar conta do universo pretendido; 3- Homogeneidade - coerência interna de temas, técnicas e interlocutores; 4- Pertinência - adequação ao objeto e objetivos do estudo.
2ª etapa: Exploração do material	*Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores - recortes do texto e categorização; *Preparação e exploração do material - alinhamento;	*Desmembramento do texto em unidades/categorias - inventário (isolamento dos elementos); *Reagrupamento por categorias para análise posterior - classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos)
3ª etapa: Tratamento dos dados e interpretação	*Interpretações dos dados brutos (falantes); *Estabelecimento de quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises;	*Inferências com uma abordagem variante/qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas.

Figura 3: Roteiro da análise de conteúdo (De Souza, Melo & Santiago, 2010, p.35).

Logo, após a fase de categorização iniciou-se a interpretação das informações. Segundo Lisón-Tolosano (1983, p.137):

Interpretar antropologicamente é algo mais do que explicar um acontecido como um caso de algo no geral, não é em absoluto uma forma subalterna ou pobre de substituição da explicação causal; é primário e fundamental entender o significado, o valor e o mérito das formas expressivas. A antropologia oferece uma alternativa para a análise quantitativa do fenômeno humano, ao complementá-lo com uma reflexiva penetração qualitativa; enquanto que o cientista busca leis que funcionam independentemente do intérprete, o antropólogo encontra ao sujeito dentro do significado; maneja conceitos mecânicos causais, e nos surpreende com razões para a ação, conscientemente formadas e imediatamente inteligíveis. (Lisón-Tolosano, 1983, p.137)

Além disso, também buscou-se descrever as informações de forma densa, interpretativa e detalhada de todos os comportamentos socioculturais observados pertinentes para ao estudo (Geertz, 2012). Para Geertz (2012), a antropologia em si já é considerada uma ciência interpretativa cujo objeto consiste na procura do significado do que observamos e na compreensão da cultura das comunidades quando ocorrem processos de interação entre o investigador e o objeto investigado. Assim, são construídas tramas ou redes de significados realizados como forma de linguagem e comunicação.

Utilizou-se, portanto, a descrição etnográfica interpretativa, pois resgatou-se o que foi dito no discurso fixando os termos susceptíveis de consulta através da escritura dessa tese doutoral. Ademais, a investigação etnográfica foi realizada sobre um determinado grupo de pessoas relacionadas com as cirurgias plásticas e o que foi dito no trabalho de campo tratou-se de uma narrativa que deu-se sentido às fala em forma de significação (Geertz, 2012).

Contudo, sabendo-se da grande abrangência das linhas de interpretações antropológicas, optou-se pela antropologia pós-moderna (Geertz & Reynoso, 1991), pois buscou-se trazer a responsabilidade do investigador ao escrever os resultados etnográficos em primeira pessoa (eu) ultrapassando a neutralidade da terceira pessoa (nós) e a impessoalidade na tentativa de assim causar uma maior aproximação com o leitor.

A antropologia pós-moderna surgiu entre as décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos como um processo de transformação das linhas interpretativas antropológicas. Desde então, a antropologia pós-moderna vem conquistando seu espaço a partir dos trabalhos de Clifford Geertz (1991) e Stephen Tyler (1991). Esta linha também conhecida como interpretativa ou hermenêutica sofreu muitas críticas por ser uma linha mais intimista. Porém, trouxe a responsabilidade do antropólogo ao escrever na primeira pessoa e não se esconder no pronome “nós” ou na neutralidade.

O antropólogo pioneiro em abordar o termo pós-moderno no título de um artigo foi Clifford Geertz em 1984 (Geertz, 1991). No entanto, foi com o livro “*La interpretación de las culturas*” (2012 [1973]) que ele tornou-se um dos principais representantes desta linha antropológica. Na frase a seguir, Geertz descreve a sua perspectiva acerca do que entende por antropologia a partir da interpretação de uma cultura:

(...) a finalidade da antropologia consiste em ampliar o universo do discurso humano (...) se trata de uma meta a que se ajusta peculiarmente bem o conceito semiótico da cultura. Entendida como sistemas em interação de signos interpretáveis (...) a cultura não é uma entidade, algo ao que se pode atribuir de maneira causal acontecimentos sociais, modos de

conduta, instituições ou processos sociais; a cultura é um contexto dentro do qual se podem descrever todos esses fenômenos de uma maneira inteligente, ou seja, densa (...) (Geertz, 2012, p.6).

Analisando essa afirmação, entende-se que a descrição densa é uma forma de compreender a cultura pelos comportamentos sociais buscando descreve-los de maneira interpretativa. Sem embargo, Geertz deixa claro que por mais simplista que pareça ser, trata-se de uma interpretação antropológica, pois através das observações é feita uma interpretação com bases científicas. Para ele, ser uma interpretação quase fictícia não significa ser falsa, mas sim demonstrar o significado desde o ponto de vista do nativo, sendo muitas vezes, uma forma informativa de uma determinada realidade. Pois, para ele, o trabalho do antropólogo baseia-se em conhecer e escrever as interpretações antropológicas como “ficções ou representações simbólicas”. Essa afirmação causou um grande impacto entre os estudiosos que passaram a reflexionar sobre o tema, e outros também, a criticar.

Sem embargo, apesar das duras críticas que sofreu, principalmente do antropólogo Paul Rabinow (1991), Geertz criou uma nova visão *Emic* direcionada pela visão do nativo sobre a sua cultura e o seu universo simbólico levando-o a percorrer um caminho entre as linhas da antropologia pós-moderna e a hermenêutica. No presente estudo, seguindo as teorias de Geertz, interpretou-se as informações de forma “*emic*”¹², comparando as informações oriundas dos próprios participantes do estudo. Quando se observa os dados investigados a partir de uma interpretação *emic* se busca a expressão dos problemas que são manifestados pelo próprio grupo estudado pelas suas concepções e sem interferência do investigador, bem como realizamos esse estudo.

Ademais, com essa mesma perspectiva simbólica, a antropologia hermenêutica também requer uma compreensão e interpretação mais além de uma lógica científica dos significados culturais

12 Os antropólogos tratam de adquirir um conhecimento de categorias e regras necessárias para pensar e atuar como um nativo (Harris, 2006, p.28).

baseando-se em uma lógica interpretativa cultural da intenção. Ou seja, o investigador busca interpretar a intencionalidade do outro fazendo-a compreensível (Lisón-Tolosana, 1983, p.127). Para o autor, é necessário reconstruir as intenções do processo de enculturação do conteúdo de seu objeto de estudo e transformar-se em plurais. Neste contexto, entende-se que para interpretar uma cultura seja fundamental que o antropólogo possa fazer uma construção e uma reconstrução da vida do outro, para logo poder captar os significados das palavras, das experiências e das reais intenções.

Parece-me que a antropologia pós-moderna não é tão diferente da hermenêutica, mais bem pode ser entendida como uma ponte que aprofunda a percepção subjetiva do antropólogo de uma maneira mais artística, já que possui tato e sensibilidade envolvida. Deste modo, entende-se que para um antropólogo não existe um manual de trabalho pronto a seguir, pois sua prática dependerá de sua capacidade de imersão, de captar a intenção dos discursos de forma inteligível para os leitores. Ademais, é preciso tratar cuidadosamente estas intenções, pois, podem estar mascaradas pelo medo do entrevistado à rejeição do que se poderá escrever ou por vergonha do investigador.

Em suma, nessa investigação interpretaram-se os resultados a partir da antropologia pós-moderna de Geertz (1991). A cultura do corpo submetido a uma cirurgia plástica, vista como uma conduta social de enorme complexidade, possui seus próprios símbolos e condutas que se buscaram interpretar pela perspectiva dos participantes observadas nas intenções encontradas na semiótica da palavra, na semântica da frase e na reflexão sobre a lógica dos símbolos. Portanto, tentou-se expressar as vozes dos participantes pelo significado dos seus discursos e testes.

No entanto, considera-se que o principal problema desta linha de interpretação seja uma tendência ao relativismo, já que a visão do participante é o centro de investigação para se conhecer os conceitos de cirurgias plásticas, corpo e interdisciplinaridade em saúde. Deste modo, buscou-se encontrar, durante a interpretação antropológica, comparações com teorias clássicas como Lévi-

Strauss (1993), Malinowski (1976), Boas (2004), Mead (1971), entre outros com fins de comparações dos resultados encontrados e, também, dos novos estudos sobre o tema. Ademais, abordou-se as linhas da antropologia do corpo (Mauss, 1979; Douglas, 1988; Butler, 2010; Le Breton, 2011) e da saúde (Laplantine, 1991; Oliveira, 2002; Canguilhem, 2009) que geralmente promovem reflexões que melhoram os problemas sociais, econômicos e de saúde contemporâneos.

2.7 LINHAS ANTROPOLÓGICAS UTILIZADAS

2.7.1 Antropologia Da Saúde¹³

A dialética entre a magia e a racionalidade é um dos grandes temas surgidos na civilização moderna (Martínez-Hernández, 2008, p. 12).

A interação da medicina com a antropologia é antiga e complexa. Desde as suas origens essas disciplinas se configuram dentro das ciências naturais, aplicadas e sociais voltando-se às mudanças na vida das pessoas causadas pela modernidade. Segundo Peset (1984), a antropologia foi uma das ciências básicas que tiveram um papel fundamental na consolidação da teoria da medicina sociológica e do seu papel político. No entanto, a inclusão da medicina no campo da antropologia como prática etnográfica e na reflexão teórica deu-se pela dissolução dos critérios de demarcação epistemológica que distinguiam a ciência da crença, podendo definir a antropologia médica como um produto intelectual da dialética entre o racional e as crenças (Martínez-Hernández, 2008).

Se medicina é, em realidade, a ciência do homem saudável e enfermo, e assim deveria ser, que outra ciência pode resultar mais apropriada para incorporá-la na legislação e reclamar como princípios de ordem social aquelas leis que já existem na natureza do homem. Quando a medicina se aceita como antropologia, o fisiologista e o médico prático figuraram entre os sábios com os que se constroem o edifício público. A medicina é uma ciência social (Martínez-Hernández, 2008, p.10).

¹³ Este tópico da tese se transformou no capítulo intitulado “A educação em saúde e as suas nuances antropológicas” do livro *Educação, Ecoturismo e Cultura em Ibero-América* de Angel B. Espina Barrio, Luiz Nilton Corrêa, Telmo Pedro Vieira (Eds.), p. 244-265, 2016.

Martínez-Hernández (2008) escreveu sobre a dicotomia da antropologia da saúde a partir de três modelos: o clássico, o pragmático e o crítico. O modelo clássico corresponde aos trabalhos antropológicos que inseriram temas médicos, como a etnomedicina, e consideram a mentalidade indígena da magia, religião ou da bruxaria como sistemas místicos ou irracionais derivados da propensão da mentalidade primitiva à magia, imprecisão e ao erro.

Por outro lado, o modelo pragmático relaciona o desenvolvimento da antropologia aplicada aos programas de saúde, os problemas socio sanitários e a institucionalização da enfermidade pela pragmatização da diferença entre ciência e crença que se converteu em medicina versus cultura. Já o modelo crítico se situa entre esses dois modelos gerando teorias sobre a saúde, a enfermidade, o corpo, a terapia e o próprio conhecimento científico. Desde modo, esse último modelo, tornou-se um dos temas essenciais quando tratamos de antropologia médica e enfermidades (Martínez-Hernández, 2008).

Grandes autores como Radcliffe-Brown (1972) e Raymond Firth (1983), escreveram sobre as enfermidades causadas pela ocupação européia. Entretanto, nos seus trabalhos se pode observar uma escassa atenção à enfermidade em si e nos impactos em saúde, que o contato dos europeus com o povo não imunizado provocou, pois são vistas mais como algo externo à cultura nativa do que a uma mudança demográfica da rotina do grupo. Para ambos autores, a enfermidade é tratada como um infortúnio da incorporação à vida moderna não sendo considerada relevante para um modelo etnográfico que busca entender a vida indígena antes do contato com os europeus.

Tylor (1977) demonstra que a ocultação ou a falta dos processos terapêuticos nos textos antropológicos se deve ao fato de que a mentalidade do indígena era vista como um sistema imperfeito que referia-se à realidade da saúde e da doença por explicações de magia, bruxaria e religião. Dessa maneira, o autor explicou que pela mentalidade associativa, mesmo com poucos

conhecimentos intelectuais, os nativos já relacionavam o pensamento com a experiência para entender uma realidade, como a cura por exemplo, ao fato de atar cordões nos extremos do enfermo para sugar mentalmente o sangue doente ou de desfazer-se objetos que consideravam enfeitiçados quando observavam que prejudicavam o doente.

Frazer (1999), para explicar a cognição humana, também relacionou a magia com a ciência dizendo que as duas são irmãs bastardas que atuam com similaridade, simpatia e continuidade, porém que a ciência está refinada pela experiência e a magia está baseada na imitação e no aprendizado dos nativos, que ao final eram imprecisos e errôneos. Portanto, as teorias de Tylor e Frazer da irracionalidade do pensamento primitivo pôde explicar a carência de temas médicos nos tratados dos evolucionistas que concordavam com as teorias que enfatizam que a experiência deve ser articulada com critérios de linguagem científica com instrumentos transparentes e decifradores de uma realidade.

Evans-Pritchard (2006 [1962]) também escreveu sobre a magia, a religião e as enfermidades explicando que a principal diferença entre a magia e a ciência é que uma busca responder o porquê das coisas e a outra visa entender como sucedem as coisas, podendo inclusive a magia transformar-se em ciência quando bem explicada, experimentada e fundamentada. Sendo, assim, um tema relevante não só para a antropologia médica como também para a antropologia em geral.

Por outro lado, a antropologia médica também buscou entender os discursos dos médicos, observando que suas bases eram relacionadas aos aspectos antropológicos referidos nas diferenças biológicas e morais. A discussão das variáveis biológicas, ambientais, sociais, políticas e culturais na evolução da espécie humana e na patogenia das enfermidades promoveram os modelos médicos e antropológicos conhecidos como antropologia de salão (Martínez-Heráez, 2008). O historiador Henry Sigerist (1960) desenvolveu um enfoque sócio-histórico importante nos seus estudos sobre a

saúde, a enfermidade e a medicina.

Com o tempo, o modelo médico hipocráticogalênico, com as características empíricas e naturalistas, foi incorporando aos paradigmas biológicos da ciência experimental abandonando o discurso político-social sobre a saúde e a enfermidade e reforçando o processo de medicalização (Foucault, 2003). Assim, os saberes populares foram perdendo a credibilidade frente ao progresso técnico com estratégias que visavam assegurar o monopólio sobre a atenção da saúde focando-se mais na cura e no cuidado do que na prevenção. No entanto, essa dissociação parece ser mais teórica que prática, pois a medicina continua utilizando a antropologia física, o folclore e a antropologia aplicada para benefícios sanitários e a antropologia continuou interessando-se pelas crenças médicas de distintas culturas e pela psiquiatria e psicanálise (Martínez-Heráez, 2008).

Nesse sentido, Nunes (2006) fez uma revisão da trajetória das ciências sociais na América Latina afirmando que este campo na saúde começou a se estruturar a partir da segunda Guerra Mundial. Para ele, foi um período de mudanças políticas, econômicas e avanços universitários que permitiram que verbas governamentais fossem destinadas a pesquisas sociomédicas. As ciências sociais em saúde no Brasil tiveram seu primeiro trabalho sociológico sobre a doença em 1950. Nessa época, os antropólogos Charles Wagley e Kalervo Oberg também associaram-se a projetos na área da saúde no Brasil (Nunes, 2006).

Na década seguinte a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) já mostrava a preocupação econômica no planejamento em saúde buscando estudos acerca do tema. Contudo, foi em 1970 que essa área avançou com mais visibilidade no processo saúde-doença no Brasil. Segundo Donnangelo (1983, p.31), a partir deste momento a doença adquiriu um significado social. Além disso, em 1980 as ciências sociais em saúde passaram a articular-se com o campo da saúde coletiva avançando muito cientificamente. Essa relação possibilitou estudos sobre medicina preventiva, medicina

comunitária, políticas de saúde e organização dos serviços de saúde.

Gomes e Goldenberg (2003), fizeram uma revisão dos encontros e congressos de ciências sociais em saúde realizados em 1993, 1995 e 1999 encontrando diferentes enfoques nas áreas da antropologia, da sociologia e da epidemiologia. Na antropologia, destacaram-se temas ligados às práticas tradicionais e suas repercussões na medicina ocidental. Estas práticas, designadas por “sistemas tradicionais” passaram a ser referidas como “práticas alternativas” (p.260). Além disso, Canesqui (2003) publicou uma revisão detalhada sobre a produção em antropologia em saúde no Brasil, mostrando certa lentidão quando comparada com os Estados Unidos e Europa.

Atualmente, a antropologia da saúde apresenta grande variedade temática com questões importantes de ética médica, relações de gênero, políticas de saúde, estudos da história social no processo saúde-doença e na educação em saúde. Arthur Kleinmann, médico e psiquiatra, segue na antropologia da saúde com a linha da fenomenologia interpretativa geertziana e o Interacionismo Simbólico e apresenta um modelo denominado de Sistemas de Cuidado de Saúde (Boehs et al., 2007). Em tal modelo, as atividades de cuidado são respostas sociais organizadas frente às doenças. Este modelo pode ser utilizado em políticas de educação em saúde onde o antropólogo contribuirá com suas interpretações na resolução de problemas sociais relacionados à saúde.

Geralmente, os temas na antropologia da saúde se voltam para os hábitos de vida como a alimentação, a higiene, o saneamento básico, a vacinação, as noções do corpo, de saúde e de doença. Pensa-se ser essencial na integralidade da antropologia da saúde o conhecimento de todos os processos da história de vida de um indivíduo. O antropólogo familiarizado com o trabalho de campo, com as entrevistas, com a observação participante e com a etnografia coletará o máximo de informações acerca do grupo investigado. Portanto, como o antropólogo possui um tato especial para a observação e a escuta, facilitará a investigação do porquê as pessoas estão saudáveis ou

doentes visando soluções para os problemas socioculturais envolvidos.

Sem embargo, é importante destacar que dentro da antropologia da saúde, os antropólogos não devem apenas trabalhar com os aspectos da saúde e da doença, mas também com os fatores ambientais, econômicos, crenças e os valores que influem nas atitudes em saúde e nos cuidados com o corpo. De acordo com Bourdieu (2007), as noções de corpo são diferentes de acordo com a classe social o que modifica a relação do indivíduo com seu próprio corpo. Para ele, quanto mais elevada a classe social maior será o interesse em cuidar-se e prevenir-se de doenças. Por outro lado, as classes menos favorecidas ainda pensam na força que o corpo pode proporcionar para o seu trabalho. Portanto, para as classes populares, procurar um médico pode ser o último recurso utilizado, pois interferiria nos seus dias laborais.

Alguns autores consideram que os comportamentos inadequados em saúde são decorrentes de um déficit cognitivo ou cultural dos indivíduos, cuja superação pode dar-se através ações corretivas e/ou educativas provenientes de saberes e informações científicas externas que ignoram a subjetividade e a responsabilidade do sujeito (Smeke & Oliveira, 2001). Contudo, é importante destacar que também existe uma preocupação acerca das soluções exteriores para que isso não se transforme em uma nova forma de subordinação social. Ou, como diz Laplantine (1991), que não se reforce o modelo exógeno do adoecimento que faz com que pensemos que um agente externo é o causador da doença e que ele deve ser combatido como um inimigo para poder curar-se.

Além disso, Foster (1974) fala que quando os antropólogos empregam conceitos teóricos, conhecimentos e metodologias de investigação que visam à melhora dos problemas sociais e econômicos contemporâneos, fazem uso da antropologia aplicada. Neste contexto, Guerrero (1997) acrescenta termos como os processos de cambio social e cultural, em especial às melhoras planificadas, inclusive na área da saúde. Assim, a antropologia aplicada à saúde, pode possibilitar

uma interação organizada entre antropólogos e organismos públicos e privados na planificação e administração de políticas ao serviço do Estado. Também põe a teoria a serviço de finalidades práticas da sociedade para melhora das condições das vidas humanas (Martínez-Hernández, 2008).

Desta maneira, a antropologia da saúde possibilita a reflexão sobre a formulação de futuras estratégias e programas em saúde através das habilidades científicas do antropólogo na compreensão das culturas e dos comportamentos de um determinado grupo ou população (Harris, 2006). Além disso, pode fomentar ideias sobre a implementação de palestras e de cursos acerca das noções e cuidados em saúde dentro das escolas, nas comunidades, nos postos de saúde e nos hospitais públicos.

Portanto, o antropólogo observa as necessidades em saúde de cada grupo, visando a integralidade e fortalecendo as ações tanto curativas como preventivas do indivíduo, da família e da comunidade auxiliando na distribuição de alimentos para uma nutrição apropriada, no tratamento de água e esgoto, na saúde materno-infantil, no plano familiar e no fornecimento de medicamentos. Também deve-se destacar que o antropólogo que trabalha com a saúde pode ter suas ações baseadas na formação de estratégias voltadas para o trabalho de equipes interdisciplinares de cirurgias plásticas que buscam a prevenção e a proteção dos seus pacientes.

2.7.2 Antropologia do Corpo¹⁴

Apesar do corpo estar presente nos estudos da humanidade, seja nas investigações da evolução da espécie ou nas interpretações das figuras desenhadas dentro das cavernas mais primitivas, o corpo como objeto de estudo nas ciências sociais surgiu apenas em 1930 com Marcel Mauss (1979).

¹⁴ Este tópico da tese transformou-se em um artigo publicado na Revista Eletrônica de Ciências Sociais - CSOnline, Juiz de Fora, Ano 8, Ed. 19, Jan./Jun., 2015. Disponível em: <https://csonline.ufjf.emnuvens.com.br/csonline/article/view/2708>

Para ele, as técnicas corporais eram atos tradicionais e eficazes que combinavam elementos biológicos, psicológicos e socioculturais realizados sem que, muitas vezes, os sujeitos tivessem consciência disso. Mauss reflexionou sobre as relações entre o indivíduo e a sociedade a partir do uso de seu corpo. Para o autor, cada pessoa aprendia e imitava os movimentos e as técnicas corporais que fossem convenientes para que eles se desenvolvessem nos diversos ambientes sociais como na escola, no trabalho ou nos esportes, sendo influenciados pela educação e pelas regras sociais de urbanidade.

Por outro lado, na idade média se observou uma maior liberdade do corpo, tanto em relação às manifestações de suas funções corporais (arrotar, cuspir e flatulências) como nas imagens do corpo vistas nas obras de grandes artistas (Rodrigues, 1999). Além disso, o corpo, antes do século XX, era considerado uma parte inseparável da alma e, geralmente, associado a significados provindos da religião e da magia (Le Breton, 2011). Como não havia uma separação entre o corpo e a alma, também não se dissociava o corpo individual do social, manifestando assim uma visão cosmológica do corpo (Bakhtin, 1987).

Com o passar do tempo, a racionalidade crítica do homem mudou essa conotação, fragmentando o corpo da alma através de uma visão fenomenológica de um contexto sociocultural. A partir de 1970, a antropologia do corpo passou a ser um campo específico de estudo considerando as simbologias e significados culturais representados no corpo. Desde então, o corpo passou por diferentes perspectivas de estudos (objeto, sujeito e agente) manifestando uma identidade individual e coletiva (Elias, 1993).

Douglas (1988) afirmava que os corpos possuíam uma forte associação com a sociedade refletindo as suas simbologias e também manifestando questões políticas pelos seus limites e suas modificações ao longo do tempo. Por outro lado Esteban (1994), aborda a cultura das relaciones

entre o sujeito, o corpo e sociedade. Conforme a autora, o corpo está inserido entre a natureza e a cultura com uma visão que parte do orgânico e do cultural nas relações de construção de identidade e também de fragmentação do sujeito.

De acordo com Rodrigues (1983), cada sociedade possui seus próprios costumes e o corpo é um reflexo social que manifesta seus diferentes significados sociais, como os rituais corporais, as marcas tribais, os ritos de passagem, entre outros. Nessa mesma linha, Citro (2009) afirma que as sociedades constroem através do corpo seus próprios gestos, expressões e técnicas de movimentos corporais observados nos rituais culturais e na estética corporal.

Outros autores ressaltam que o meio social exerce um importante controle do corpo e de seus impulsos, influenciando fortemente na aparição de estudos antropológicos que se ocupam do corpo na vida sociocultural (Clastres, 1988; Foucault, 1979; Lévi-Strauss, 1972). Em outra perspectiva, Turner (1989) afirma que o corpo é um objeto de poder, produzido para ser controlado, identificado e reproduzido. Foucault (1979) ressaltou que o corpo se configurou em uma estratégia para lograr o controle dos indivíduos representada pelas marcas registradas na pele promovendo também um possível dano psicológico pelas suas marcas e cicatrizes.

Atualmente, nas sociedades modernas, se estabeleceram limites entre o corpo individual e a sociedade, criando fronteiras com o mundo, distanciando-o e tornando-o cada vez mais privado. A pessoa passou a ser proprietária do corpo que, muitas vezes, é considerado um bem de consumo. Para Bourdieu (2007), o corpo é um produto social distintivo devido a distribuição de capital que repercute na forma de representar-se criando uma distância entre o corpo real e o ideal em resposta à posição social, gostos, *habitus* e classes sociais (Bourdieu, 2007).

Nesta linha de pensamento, Marx e Sant'Anna (2008) afirmam que o capitalismo foi um sistema que incentivou os indivíduos a ter uma tendência de posse. A ideia de que o corpo era usado como

mão de obra transformou-se na teoria de que são produtos de consumo que buscam uma boa aparência. Essa visão, demonstra que os indivíduos acabam buscando uma identidade social a medida que se rodeiam de coisas que agregam no corpo e na sua vida motivados por representações coletivas. Para Maïllo (2007), o corpo visto como sujeito reflete a sua condição de proprietário em que imagem, cada vez mais acumulada de coisas, acaba transformando o corpo na extensão do sujeito.

Neste sentido, o conceito de *embodiment* de Csordas (1994) abrange a ideia de que o social se incorpora sobre o corpo individual a partir de uma dimensão ampla das relaciones sociais. Essa teoria busca explicar a forma em que as pessoas agregam as representações socioculturais no corpo, como por exemplo, uma prótese de silicone, o botox, o ácido hialurônico, as unhas postiças, as extensões de cabelos, entre outras. Por outro lado, Le Breton (2006) aponta que a marca social pode ser representada no corpo estabelecendo uma relação imagem-escritura produtora de discursos, como as tatuagens, *piercings*, as cores dos cabelos e os estilos de roupas que expressam pelo corpo a história do sujeito e o resultado do processo de incorporação do seu convívio em sociedade.

Nas sociedades modernas, o culto ao corpo promoveu um ajuste nos padrões pré-estabelecidos da imagem evidenciando afiliações sociais de grupos e estilos de vida dirigidos para um reconhecimento social. A partir dessas concepções, o corpo instrumento, objeto ou sujeito torna-se passível de contínuas transformações que costumam estar relacionadas com a época, a moda e o nível social. As cirurgias plásticas são algumas das alternativas encontradas para modificar o corpo de modo que ele se enquadre no modelo do momento e o indivíduo se sinta incluído socialmente tanto para si como para os outros.

2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta tese foi submetido à comissão do Programa de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade de Salamanca tendo sido aprovado em 2015, no final do primeiro ano do doutorado. Após esse trâmite, conforme as orientações da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde que aborda investigações com seres humanos no Brasil, os participantes do estudo que foram cuidadosamente elegidos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que explicou os objetivos, métodos, riscos, benefícios e comprovou o sigilo e a validade do estudo, em ANEXO B. Esta investigação também foi autorizada através do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A) pelo responsável do serviço da unidade estudada no trabalho de campo.

Esta pesquisa não ofereceu qualquer tipo de custo ao participante. Apresentou um risco considerado mínimo pelo constrangimento eventual que o entrevistado possa ter tido pelo roteiro de entrevista seguido. O benefício do estudo está relacionado ao crescimento científico acerca do processo de construção do conhecimento profissional na área da antropologia. O participante teve o direito de desistir de participar da pesquisa no momento em que decidisse, sem que isso lhe acarretasse qualquer penalidade, bastando ter solicitado para autora da pesquisa. Os dados colhidos durante esta investigação foram exclusivamente utilizados para fins científicos e a identidade dos participantes mantidos em sigilo.

2.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Algumas limitações foram detectadas neste estudo. A grande variedade de tipos de cirurgias plásticas e o tempo após a cirurgia poderiam ser algumas das limitações no processo de interpretação das ressignificações do corpo e da mente porque se a amostra fosse mais homogênea, pensa-se que poderia gerar outros resultados mais detalhados, porém menos abrangentes do que os resultados apresentados. Além disso, os testes de Autoestima de Rosenberg (EAR) e do Desenho da Figura Humana (DFH) poderiam ter sido realizados antes e depois das cirurgias plásticas com fins de comparação, porém não foi possível manter um contato longitudinal com os pacientes, pois como essa metodologia não estava prevista no plano de investigação desta tese, não houve um cuidado da investigadora em combinar de marcar novos encontros com os participantes depois de um determinado tempo.

PARTÉ II

Marco teórico



3. A CULTURA DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS: possibilidades de SER no corpo

3.1 As cirurgias plásticas plastificam pessoas? As ressignificações do corpo e da mente

“ Você perde tempo com coisinhas, repreendiam-me amigavelmente meus colegas mais velhos.”
(Pitanguy, 1984, p.38)

A frase acima mostra as dificuldades que Ivo Pitanguy passou para comprovar a importância e a eficácia da cirurgia plástica estética e reparadora após a Segunda Guerra Mundial. Quando ele graduou-se médico, não existia especialização em cirurgia plástica no Brasil sendo necessário buscar conhecimentos nos Estados Unidos, França ou Londres. Além disso, na década de 1950 os médicos brasileiros desprezavam a considerada cirurgia do “detalhe” e dedicavam-se quase que exclusivamente para as especialidades que tinham o objetivo principal de salvar a vida e restituir a função.

Contudo, Pitanguy voltou a sua atenção para aqueles pacientes que haviam sido desfigurados durante tumultos, mutilados por agressões, queimados ou deformados por acidentes. Ele também focou-se nos traumatismos faciais e nas más-formações congênicas e hereditárias como, por exemplo, o lábio leporino. Ou seja, intuitivamente, Pitanguy passou a dedicar-se pela chamada cirurgia plástica reparadora, ou como ele denominava a “prática dos fragmentos” e “a arte cirúrgica, onde os médicos são grandes costureiros e pequenos remendões” (Pitanguy, 1984, p.47).

Para Sullivan (2001), antes de 1950, até mesmo nos Estados Unidos da América, as cirurgias plásticas estéticas eram consideradas como uma prática médica marginal que não mereciam divulgação. No entanto, com as mudanças culturais relacionadas com as percepções de beleza do mundo ocidental (Eco, 2012), a partir desta década, essa especialidade cirúrgica passou a ser reconhecida, regulamentada e evoluiu paulatinamente até os dias de hoje. Atualmente, a cirurgia plástica é uma área de atuação médica bastante ampla, que pode ser definida pelo conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos utilizados pelo médico para reparar e reconstruir partes do

revestimento externo do corpo humano permitindo, assim, a correção de eventual desequilíbrio psicológico causado pela deformação e melhorando a qualidade de vida dos pacientes (Ferreira, 2000).

Em suma, a cirurgia plástica é um ramo da cirurgia que se ocupa da correção funcional e estética de todo processo congênito, adquirido ou tumoral que requer reparação ou reposição de estruturas superficiais que afetam a forma e a função corporal utilizando técnicas baseadas em mobilização de tecidos, enxertos, plastias ou implantes de materiais inertes. Ressaltando a sua grande frequência nas sociedades modernas, Le Breton (2012, p.224) afirma que as cirurgias plásticas caminham no ritmo da modernidade como uma medicina de urgência, mesmo que não seja somente isso.

Sem embargo, apenas no século XIX as cirurgias plásticas começaram a ganhar importância, pois nesse período os experimentos em microbiologia, anestesia e assepsia evoluíram consideravelmente permitindo a realização de cirurgias com maior segurança, indolores, com menos risco de infecções e rejeições pós-operatórias, principalmente pelo uso de antibióticos (Gilman, 1999). Ademais, nessa época algumas técnicas, como o enxerto total de pele e a plástica em Z, foram descobertas promovendo um excepcional avanço estético nos resultados cirúrgicos (Rodríguez & González, 2007).

No entanto, foi no século XX que as cirurgias plásticas destacaram-se palpavelmente sendo uma das principais alternativas para as reconstruções corporais nos períodos pós-guerra. Um dos principais médicos cirurgiões desta época foi o Dr. Harold Gillies, que contribuiu com o aprimoramento de importantes técnicas faciais e corporais (Raposo-do-Amaral, 2010). Também foi o mentor do memorável Pitanguy que deslocou-se até a Inglaterra para aprender com o Dr. Gillies, que foi um dos mais prestigiosos cirurgiões plásticos do mundo (Pitanguy, 1984).

Porém, com a quantidade emergente de cirurgias plásticas no século XXI (ISAPS, 2016),

constata-se que estes procedimentos cirúrgicos finalmente conquistaram o seu apogeu. As pessoas buscam manter um corpo perfeito e jovem optando por operar-se para alcançar tal objetivo. Os corpos são moldados tão facilmente pelos cirurgiões plásticos bem como acontece com os materiais de plástico quando são expostos a altas temperaturas. Por isso, os cirurgiões plásticos devem ter a habilidade de atuar com precisão e bom senso para evitar a artificial plastificação do corpo e modificá-los de maneira natural e sutil.

De acordo com Rodrigues (1983), cada sociedade possui seus próprios costumes e o corpo é um reflexo social que manifesta seus diferentes significados, não apenas os mecanismos fisiológicos complexos. Assim, o corpo integra uma pluralidade de simbologias socioculturais, onde cada prática corporal possui uma razão específica, como por exemplo, a realização de cirurgias plásticas. A experiência cultural cotidiana manifesta o valor simbólico dos distintos atributos corporais manipulados cirurgicamente.

Essa mesma linha de pensamento é abordada por Citro (2009), que aponta que os estudos antropológicos permitiram demonstrar que os grupos culturais constroem seus próprios gestos, expressões emocionais, modos de percepções sensoriais e técnicas de movimentos corporais cotidianos, seja através de rituais culturais, seja pela estética corporal. Segundo a autora, a corporalidade é entendida como uma perspectiva de análise que se integra ao estudo das diversas problemáticas socioculturais. Isto é, os corpos são reconhecidos como dimensões constitutivas e inseparáveis de toda prática social.

Urresti (1999) afirma que corpo pode ser visto como um texto cultural carregado de símbolos que falam e expressam as características dos indivíduos como uma linguagem que sempre se comunica. A história de um sujeito é expressada em seu corpo como resultado de um processo de incorporação do seu convívio em sociedade. Se entende, portanto, que o corpo é um instrumento de

comunicação imediato que expressa a identidade em termos concretos e outras simbologias que vão além da própria fala.

A partir dessas concepções, o corpo instrumento, objeto e sujeito torna-se passível de contínuas transformações que costumam estar relacionadas com a época, a moda e o nível social (Eco, 2012). Atualmente o corpo está no centro das atenções do homem, como um corporcentrismo moderno, que busca a beleza, a juventude e a perfeição como sinônimos de êxito e poder (Masiero, 2015).

Deste modo, a cirurgia plástica tornou-se uma alternativa encontrada para modificar o corpo de modo que ele se enquadre no padrão social e o indivíduo se sinta incluído, tanto para si como para os outros, provocando uma nova significação ou uma ressignificação corpóreoamental. Isto porque os significados do corpo são modificados no momento em que suas formas são alteradas pelo bisturi obtendo, portanto, uma nova significação mental do corpo.

Assim, visto que os significados e símbolos corporais são de extrema importância para a compreensão do homem moderno e de sua cultura, considera-se fundamental aclarar as suas definições. Para Leslie White (1982), um símbolo pode ser definido como uma coisa de qualquer forma física cujo valor ou significado é adjudicado por quem o usa. Para ele:

Todas as civilizações foram geradas e perpetuadas, somente pelo emprego dos símbolos (...) Toda conduta humana se origina e consiste pelo uso dos símbolos ou depende de tal uso. A conduta humana é conduta simbólica (...) O símbolo é o universo da humanidade. (White, 1982, p.41)

Para Mauss (1979), o corpo, repleto de símbolos, é o primeiro e mais natural instrumento do homem onde as técnicas corporais são inscritas pelas tradições da sociedade. Mauss indica-nos que os atos são ensinados socialmente por um sistema de montagem simbólico incorporado através da educação determinada pela cultura. Desta forma, uma pequena ação ou gesto pode traduzir com clareza certos elementos culturais aprendidos pelo indivíduo dentro de sua comunidade. Mary Douglas (1988), também afirma que o corpo possui uma grande associação com a sociedade e as

suas simbologias. Para ela, o corpo é um símbolo natural usado como um mapa cognitivo para representar os tipos de relações espaciais, sociais, naturais e sobrenaturais sendo impossível ter relações sociais sem atos simbólicos (Douglas, 1988, p.80).

Além dos símbolos, o conceito de significado cultural também merece ser descrito. Um antropólogo que define de forma clara tal concepção é Clifford Geertz (2012). Para ele, o objetivo da antropologia não é descobrir leis, modelos ou normas, mas sim a interpretação do que ele chamou de “rede de significados”, que são as práticas e rituais culturalmente especificados pelos povos quando tecem as suas tramas sociais. O autor entende também, assim como Mauss e Douglas, que os significados e as redes simbólicas são a essência da vida social humana, pois legitimavam as estruturas de poder e provocavam os desordenados desejos do homem oferecendo aos seus seguidores um propósito e uma intervenção em um mundo ordenado e cheio de sentido.

Para Douglas (1976), o simbolismo social no corpo é observado por rituais públicos que evidenciam interesses coletivos, pois para ela se o corpo é próprio indivíduo, os rituais que marcam a pele são a imagem da sociedade. Para ela:

Como é verdade que tudo simboliza o corpo, então também é verdade que o corpo simboliza todo o resto. A partir deste simbolismo, que de camadas em camadas de significado interior remete à experiência do eu com seu corpo, o sociólogo encontra justificativa para retirar algumas amostras do ‘insight’ sobre a experiência do eu na sociedade. (Douglas, 1976, p.150).

Entretanto, também resulta importante destacar a diferença entre a concepção de significado e signo, que apesar da similitude gráfica destas palavras, não possuem a mesma semântica. Segundo Barfield (2001), signo é qualquer coisa que se entende representativa de algo ou alguém. Ou seja, o signo somente poderá ser entendido como tal se guarda uma relação com o que representa. Além disso, essa relação não é intrínseca, pois costuma ser construída por um avaliador externo. A importância dos signos em uma sociedade é evidente, pois facilita a interação humana pela transmissão de experiências pessoais e informações sobre abstrações, sentimentos e emoções que

antes não poderiam ser compreendidas.

Resumidamente, todo signo ou símbolo terá um significado, mas nem todo significado é um signo ou um símbolo. Ademais, geralmente os signos são objetos concretos ou físicos que podem ser percebidos por algum dos nossos sentidos, diferentemente dos símbolos que nem sempre são objetos concretos. Portanto, de maneira simplista, o significado, ou a simbologia, pode ser entendido como a interpretação dos signos e símbolos.

Para White (1982), o sistema de signos mais complexo é a linguagem, porém existe uma grande variedade de signos extralinguísticos como os cheiros, as sensações táteis, os sabores e os sons que também são importantes signos culturais. Portanto, as representações dos signos podem ser ilimitadas, mas suas características devem ser construídas socialmente e transmitidas culturalmente para assim terem algum sentido.

O nosso corpo possui uma rede de significados criados culturalmente desde que nascemos. Além de suas funções básicas, como a boca para comer e as pernas para caminhar, o homem criou outras utilidades socialmente compartilhadas para diversas partes do corpo, como a boca para usar batons e as pernas para dançarem. Além disso, cada sociedade, em cada tempo, criou padrões de beleza através das formas, medidas e cores do corpo. Isto é, as pessoas nascem com um corpo e aprendem a cuidá-lo de modo que ele não discrepe das representações coletivas culturalmente compartilhadas. Deste modo, ultrapassando as funções corporais vitais, dá-se um significado simbólico para a aparência de cada parte do corpo, seja aos cabelos, unhas, roupas, seios, quadril ou até mesmo para as sobrancelhas.

Sem embargo, nem sempre a aparência do corpo corresponde com a expectativa socialmente esperada. E sendo a busca da similitude entre as representações sociais e o corpo individual uma das motivações das pessoas por submeterem-se a cirurgia plásticas (Masiero, 2015), que a compreensão

das ressignificações do corpo e da mente tornaram-se o centro desta investigação.

Utilizo o termo ressignificação, e não somente significação corpóreo-mental, porque considero que o indivíduo que faz uma cirurgia plástica já havia criado em sua mente um significado para o seu corpo e que este se modifica, ou se adapta, quando ocorre uma alteração corporal. Em suma, a adaptação do corpo e da mente após a realização de uma cirurgia plástica é o que eu chamarei de ressignificação corpóreo-mental. Para compreender esta ressignificação, se analisará e interpretará os aspectos observados em campo bem como a autoestima (EAR), a percepção da imagem corporal (DFH) e os discursos dos participantes do estudo (ESE).

No entanto, sabendo-se que as ressignificações do corpo são incorporadas na mente do indivíduo, será realizada uma revisão da antropologia do cérebro para um melhor entendimento do tema. Neste sentido, a antropologia e a arqueologia buscaram dados para explicar o desenvolvimento do cérebro e da mente. Para Darwin (2002 [1859]), o processo de seleção natural explicou a formação de expressões sofisticadas da consciência de um homem moderno. Por outro lado, Wallace (2007 [1889]) atribuiu em suas teorias de evolução aspectos de um universo invisível associado ao progresso do mundo inorgânico até chegarmos no homem. Além disso, Wallace afirma que existe uma simbiose entre o desenvolvimento do cérebro e a cultura.

Contudo, apesar dos avanços das teorias de evolução do homem, ainda carece-se de informações que supram algumas lacunas do cérebro do homem. Para suprir tal debilidade, muitos cientistas da área estão buscando respostas através de estudos interdisciplinares que utilizam teorias de outras áreas como na medicina (neurologia e psiquiatria), psicologia, neurociência e, principalmente, na antropologia, para explicar os fenômenos culturais relacionados com a complexidade da mente humana.

Os médicos, principalmente neurologistas, avançaram no estudo da biologia da mente no sistema

nervoso central, porém ainda não dominam completamente o funcionamento dos processos mentais do pensamento. Já os psiquiatras e psicólogos buscam entender temas como a consciência, o inconsciente e o subconsciente. Entretanto, a neurociência defende que a inteligência, a linguagem e a consciência são respostas culturais associadas às expressões genéticas. Por fim, a antropologia afirma que os processos mentais são estimulados por experiências socioculturais, sendo o convívio essencial para os aprendizados e a formação de pensamento (Azize, 2010; Bartra, 2006). Ou seja, observando que as áreas podem ser complementares, um estudo interdisciplinar pode colaborar para uma concepção mais ampla das lacunas do cérebro.

Roger Bartra (2006) escreveu um livro intrigante sobre a antropologia do cérebro. Para ele, atualmente existe uma tendência interdisciplinar das ciências a buscarem respostas em espaços distintos de uma simples lógica médica, usufruindo também de teorias psicossociais sobre os inconscientes coletivos, os arquétipos, a seleção natural, a genética e a estrutura do cérebro. Conforme o autor, apesar de desconsiderarem-se os aspectos religiosos e metafísicos, a ciência moderna está aberta para utilizar fundamentações antropológicas mais holísticas com o fim de entender os mistérios acerca do cérebro e da mente humana.

Conforme o autor, para alguns intelectuais seis milhões de anos é pouco para a evolução intelectual e cognitiva que homem obteve, sendo o caráter cultural e social um dos argumentos utilizados para explicar tal desenvolvimento. Ele também afirma que o homem começou a desenvolver um exocérebro, quer dizer, um conjunto de processos culturais estreitamente conectados ao sistema nervoso central. Bartra justifica que o convívio social influi nas faculdades cognitivas e que a plasticidade cerebral modifica os circuitos neurais que se estendem fora do cérebro. A plasticidade neural, é pois, uma modificação neural provocada pela experiência e aprendizagem que dependem do meio externo ou da cultura.

Se aumenta a instabilidade ambiental, a maneira humana de sobreviver consiste em que alguns circuitos internos não representacionais se conectem com circuitos culturais altamente codificados e simbólicos, com representações semânticas e estruturas sintéticas e com poderosas memórias artificiais. (Bartra, p.50)

Antonio Damásio (2000) também faz a divisão do meio interno com o entorno social dificultando a compreensão fisiológica da consciência humana. Ele fala que a dor é um estado emocional resultado de uma carência, uma ausência ou de uma privação social que provoca reações no organismo para evitar esse sofrimento. Assim, conforme o autor, o cérebro estaria constantemente sofrendo para resolver um problema cultural que é superior as suas capacidades.

Também na linha de sofrimento cultural, Freud (1981) tratou das influencias do aparato psíquico explicando que a satisfação dos instintos gera felicidade, porém quando o mundo exterior priva essas necessidades acaba provocando um intenso sofrimento. Ou seja, a cultura pode causar dor quando o homem inibe os seus instintos. Além disso, a cultura designa uma série de produções e instituições que distanciam a vida moderna da vida de nossos antecessores animais servindo para proteger o homem e também para regular as relações dos homens entre si (Freud, 1981, p.33). Freud também aponta que o sofrimento do homem pode ser originado de três fontes, que são:

“a supremacia da natureza, a caducidade do nosso próprio corpo e a insuficiência de nossos métodos para regular as relações humanas na família, no Estado e na sociedade”. (Freud, 1981, p.29)

Neste sentido, para combater tais sofrimentos quase inevitáveis, Bartra (2006, p. 22) supõe que o cérebro gera uma prótese mental para sobreviver da dor. Porém, esta prótese é na realidade uma rede cultural e social de mecanismos extrassomáticos ou extracorpóreos vinculados ao cérebro.

Conforme Bartra esta prótese trata-se de:

“(…) um sistema simbólico de substituição que teria sua origem num conjunto de mecanismos compensatórios que refazem aqueles que deterioraram ou sofreram deficiências frente a um meio ambiente distinto. Minha hipótese supõe que certas regiões do cérebro humano adquirem geneticamente uma dependência neurofisiológica do sistema simbólico de substituição. Este sistema, obviamente, se transmite por mecanismos culturais e sociais.”(Bartra, 2006, p.26)

Contudo, para Freud (1981), as pessoas buscam uma felicidade sem dores, ou próteses mentais, mas através de uma transformação delirante da realidade, seja por uma religião ou pelo controle da natureza através das novas tecnologias, como as cirurgias plásticas, por exemplo. Também considerou que o homem somente reconquistaria suas possibilidades de ser feliz ao reduzir as suas exigências culturais. No caso deste estudo, seria a redução das expectativas relacionadas com a aparência, beleza e o culto ao corpo.

Também pode-se entender que as cirurgias plásticas são formas de modificações da realidade em busca de uma felicidade ilusória baseada na ideia da transformação corporal. Le Breton (2011), comenta que as pessoas são motivadas a modificar seus corpos para mudar sua existência ou sua identidade. Estas questões também foram vistas em minha dissertação de mestrado, Masiero (2014), onde constatei que os pacientes tentam modificar rapidamente algo em suas vidas, para obter sucesso e felicidade, através das cirurgias plásticas.

Portanto, de acordo com as teorias da cultura de Freud e as de antropologia do cérebro de Bartra, busca-se entender como as cirurgias plásticas podem ser consideradas próteses mentais para superar alguma insatisfação e como ocorrem estes processos de substituição do sistema simbólico, ou seja, a ressignificação corpóreo-mental. Além disso, as cirurgias plásticas seriam os recursos utilizados pelas pessoas para suprir algum mecanismo simbólico e cognitivo do cérebro já que o corpo parece ser um suporte de símbolos que continuam ancorados em estruturas culturais profundas expressadas em modelos e mitos na sociedade.

3.2 O mito do Narciso, sociedades narcisistas e corpocentrismo moderno: SER bonito(a)

“O narcisismo moderno é uma ideologia do corpo.” (Le Breton, 2012, p.165)

A busca pela beleza, o egocentrismo e a valorização individual acima da coletiva nos remete a pensar que as sociedades modernas estão cada vez mais narcisistas. Os novos Narcisos são pessoas que possuem as características do antigo mito, porém com alguns aspectos modernizados. Também costumam dizer frases como “eu quero”, “eu sou bonito”, “eu sou o mais inteligente”, “eu posso tudo” e “eu sou o melhor”.

Sem embargo, quando a visão de si mesmo ultrapassa a capacidade do sujeito se importar com o outro, transforma esta extrema vaidade em um dos sintomas de um transtorno psicológico, o narcisismo. O narcisismo tem o seu nome oriundo de Narciso, palavra grega derivada de *narke* (entorpecido), de onde também origina o termo narcótico. Para os gregos, o Narciso simboliza a vaidade e a insensibilidade, já que ele era um indivíduo emocionalmente entorpecido às solicitações daqueles que se apaixonaram pela sua beleza (De la Cruz, 2005).

Na psiquiatria, particularmente na psicanálise, o termo narcisismo designa a condição do indivíduo que tem interesse exagerado pelo próprio corpo. Segundo Moore (2005, p. 91), o narcisismo é um transtorno que gera o hábito de prestar mais atenção a si mesmo do que ao mundo dos objetos e aos demais. Desta maneira, este transtorno, conhecido pelo extremo amor por si mesmo, pode ser um dos motivos que levam as pessoas a realizarem compulsivamente cirurgias plásticas e procedimentos estéticos buscando a perfeição de sua imagem corporal.

Por outro lado, o narcisismo visto nas sociedades modernas possui uma atitude orientada a um futuro superficial, com um forte empobrecimento mental e uma visível debilidade em experimentar sentimentos de satisfação e conformidade (Lasch, 1985). Ademais, o narcisismo:

(...) mais do que um transtorno de caráter ou uma patologia psiquiátrica associada com a mudança de personalidade que este processo costuma produzir, o narcisismo deriva de mudanças muito específicas de nossa sociedade e da nossa cultura: na burocracia, a proliferação de imagens, as ideologias terapêuticas, a racionalização da vida interior, o culto ao consumo e, em último caso, nas mudanças de vida familiar e nos padrões de socialização (Lasch, 1999:55).

Portanto, considera-se importante entender a relação sociocultural do narcisismo encontrado nas sociedades modernas com o mito do Narciso, que deu nome a este transtorno. Um dos primeiros a escrever de forma completa este mito foi o romano Publio Ovidio Nasón na obra mitográfica *Metamorfosis*, em meados no século I. Ovidio Nasón (2002) mostrou como a imaginação é capaz de modificar os corpos por metamorfoses, assim como ocorre hoje em dia através das cirurgias plásticas. Além disso, este livro foi considerado um manual mitológico que inspirou, pela sua narração poética de histórias gregas e de algumas romanas, os grandes artistas europeus em suas pinturas, esculturas, músicas e poesias (Ovidio Náson, 2002).

Segundo a mitologia do autor, Narciso foi fruto da ninfa azul Liríope com o rio Cefiso, concebido forçadamente quando a ninfa ficou presa nas ondas do rio. Entretanto, Liríope teve a possibilidade de perguntar a Tiresias, que tinha o poder de prever o futuro, se seu filho chegaria à velhice. Ele, que havia sido homem, depois mulher e novamente homem, um dia irritou a Juno que tirou-lhe a visão, mas concedeu-lhe o dom de prever o futuro.

Assim, usando o seu poder de criar profecias verdadeiras, Tiresias respondeu à Liríope dizendo que seu filho somente alcançaria a maior idade “se ele não se conhecesse” (Ovídio Náson, 2002, p. 64). Esta parte do mito já mostra a possível metamorfose dos corpos através da transexualidade observada nas mudanças de gênero de Tiresias que acabou no gênero que havia nascido e que era o socialmente aceito.

Segundo Ovidio Náson (2002), Narciso era um rapaz muito bonito e quando completou dezesseis anos, muitas jovens e moços se interessaram por ele, mas ele negou a todos. Aqui, o autor aborda a

sexualidade, pois quando ele diz que muitas jovens e moços se interessavam por ele, refere-se sutilmente a uma forma de bissexualidade, pois tanto as jovens heterossexuais como os moços homossexuais se atraíam por Narciso.

Uma das pretendentes foi a ressonante ninfa Eco, que por um castigo de Juno, apenas podia repetir as últimas palavras de quem falava. Essa punição ocorreu porque um certo dia, Júpiter estava dormindo com as ninfas e para que a Deusa Juno não o descobrisse, Eco a reteve com suas histórias enquanto as ninfas fugiam. A deusa, puniu a Eco com a arma que ela mesma havia usado, a fala: “Dessa língua pela qual fui burlada, uma pequena punição a ti se dará e dessa voz terá apenas um brevíssimo uso” (Ovidio Náson, 2002, p.64, verso 365-367). E assim, Eco somente podia repetir o final das frases de quem lhe dirigia a palavra. Não podia nem começar uma conversa e nem se calar quando alguém falava.

Eco, ao ver Narciso vagando pelos campos, apaixonou-se perdidamente por ele seguindo-o sem cessar. Porém, ela não podia iniciar uma conversa e precisava esperar que Narciso o fizesse. Um dia ele perdeu-se de seus companheiros e sentindo que havia alguém por perto, perguntou quem estava ali presente. Porém, a única resposta que obteve foi a repetição de suas últimas palavras. Narciso sem entender direito o que estava acontecendo gritou: “Venha”, mas de novo só ouvia a sua fala se repetir. Intrigado, ele pediu para que a pessoa que repetia suas palavras aparecesse, mas Eco mais uma vez ressonou a voz de Narciso, porém estava disposta a sair da selva para abraçar o seu amor.

Contudo, Narciso irritou-se dizendo: “perecerei aqui antes de que tu disponhas de nós”(Ovidio Náson, 2002, p. 64, verso 391). Eco, ao ouvir o desprezo de seu amado repetiu sua última frase correndo de volta para as selvas e escondendo o seu rosto de vergonha com folhas. Seu corpo, enfraquecido de tanto sofrimento, se transformou em ossos e a sua voz virou uma pedra ressonante. Segundo Ovidio, quando ouvimos os sons das pedras, escutamos as manifestações de Eco que ainda

estão presentes na natureza.

Como Narciso havia desprezado Eco e também muitos outros pretendentes, um deles rogou aos céus que, por justiça, ele amasse sem nunca poder se apoderar de seu amor: "Que ele ame, mas nunca possua o que ama" (Ovidio Náson, 2002, p.65, verso 405). Ouvindo esta súplica, a deusa da justiça e da vingança, Temis, concedeu tal desejo.

Amaldiçoado, um dia Narciso cansado pelo calor, encontrou um manancial de rara beleza, uma fonte de água clara que nunca havia sido tocada nem pelo sol, nem por nenhum homem e nem por nenhum animal. Com muita sede, ele bebeu a água pura e enquanto engolia suas gotas olhou a sua imagem refletida e se apaixonou perdidamente. Ele acreditou que era um corpo real e ficou imóvel como uma estátua de mármore, admirando-se, pasmado por tamanha beleza e perfeição:

Contempla no reflexo da água, suas luzes e estrelas dignas de Baco, dignos também de Apolo os cabelos e as maçãs do rosto, o pescoço de marfim e a cor da boca com um nível de candor misturado com rubor e todas as coisas que admira por ser ele admirável. Assim, se deseja imprudente, ele mesmo se aprova e enquanto se busca, se acende e arde. Quantas vezes, inúteis, deu beijos no manancial. (Ovidio Náson, 2002, p.66, versos 420-427).

Encantado com a beleza da sua imagem, ele beijou e abraçou diversas vezes, sem sucesso, a água que julgou ser outra pessoa. Nesta parte do mito, quando o autor diz que Narciso se apaixonou e beijou a sua imagem pensando ser outra pessoa, supõe-se que ele tratou de uma forma intrínseca a homossexualidade através do amor de duas pessoas do mesmo gênero e com a imagem corporal semelhante.

Continuando o mito, Narciso ficou imóvel e desejou loucamente o seu reflexo. Esqueceu de comer e de dormir, sentiu uma ânsia insaciável sem entender o porquê tal pessoa o rejeitava daquela maneira. Este amor impossível por alguém semelhante a ele, também era uma forma do autor demonstrar os amores impossíveis e os preconceitos da época, podendo levar muitas pessoas à depressão ou ao suicídio.

No entanto, Narciso perplexo pediu que a imagem saísse da água e o encontrasse: “Quem quer que seja, saia. Por que moço único, me engana e se vai? (Ovidio Náson, 2002. p.66, verso 454-455). Sem resposta alguma, Narciso observou que a imagem ria quando ele sorria, chorava junto com ele e fazia sinais quando ele assim o fazia e, finalmente, compreendeu: “Este sou eu. Senti e não me engano a imagem é minha, me abraço o amor por mim mesmo” (Ovidio Náson, 2002, p.66 verso 463-464).

Desesperado com a descoberta, Narciso não sabia o que fazer. Pensou se devia rogar ou se já havia sido rogado e sofreu ao entender que a profecia de Tiresias estava se realizando. Desejou poder se separar de seu corpo ou de que seu amor estivesse ausente, mas vendo isso impossível, sentiu que a dor lhe privaria de viver e que deveria deixá-la encontrar a morte. Assim como muitos homossexuais se matavam por não poderem assumir seus amores perante a sociedade, este mito trata, metaforicamente, do triste destino amoroso de muitos homossexuais da época (Lasch, 1999).

Inconsolável, Narciso chorou e suas lágrimas escureceram as águas que ficaram turvas e movimentadas. Reclamou da desgraça por não poder ter a sua imagem e em um ato de cólera, tirou a camisa golpeando o seu peito fortemente até que ficou completamente vermelho. Sem forças, olhou a sua imagem refletida pela última vez e consumiu-se, diluindo-se até encontrar a morte.

Eco que amava Narciso, o viu e sofreu melancólica com tal situação. Enquanto seu amor não correspondido gemia, ela apenas podia repetir seus lamentos de dor e se despediu dele quando ele gritou adeus para si mesmo. Dolorosamente, ele encontrou a morte. Entretanto, quando foram preparar a cerimônia fúnebre de Narciso, não encontraram o seu corpo em nenhuma parte, apenas encontraram uma flor branca que passou a ser chamada de Narciso.

O relato de Ovidio aborda intrinsecamente a sexualidade, mas também trata de duas metamorfoses corporais: a da ninfa Eco em pedra ressonante e a de Narciso em flor. Portanto,

supõe-se que na idade média já existia uma vontade de modificar os corpos ainda que fosse de uma forma mitológica, fictícia ou metafórica. As transformações do corpo ocasionadas pelas cirurgias plásticas nas sociedades modernas podem ser causadas por um narcisismo, uma vaidade e também para buscar uma mudança de gênero, no caso de cirurgias plásticas de redesignação sexual. Neste mito, assim como na atualidade, o corpo está no centro da vida dos indivíduos e podem auxiliar ou prejudicar o sucesso e a felicidade das pessoas, transformando o narcisismo do mito em um corpocentrismo moderno.

O mito de Ovidio é uma das narrações mais clássicas do Narciso, contudo, é importante ressaltar que existem outras versões. Uma delas é a de Conón (I a.C.) que conta que a beleza de Narciso de Beócia provocou o interesse de diversos pretendentes, mas apenas Amínias persistia e Narciso enviou-a uma espada para que ela se suicidasse. Ela obedeceu a sua ordem, porém pediu vingança para os deuses e Narciso se converteu insolitamente no único e primeiro amante de si mesmo (Esteban, 1990). Narciso aceitou o castigo e não viu outra solução a não ser a sua morte, matando-se. Os gregos da região acreditavam que Narciso morreu ali e que a primeira flor de narciso floresceu nesta localidade. Segundo Esteban (1990, p.18), este foi um dos primeiros relatos que abordam o tema da homossexualidade em primeiro plano.

Outro autor que escreveu o mito do Narciso foi Pausanias (Esteban, 1990). Ele criticava a versão de Ovidio dizendo que era impossível alguém não identificar seu reflexo na água criando uma versão menos conhecida onde Narciso, que tinha uma irmã gêmea, viu a imagem de sua irmã morta refletida na água, apaixonando-se por ela. Outros autores como Plínio, Eustácio, Luciano de Samosata, Higino, Pentadio, Filóstrato, Claudiano, Calístrato, Plotino, Servio, Ausonio, também escreveram suas versões menos conhecidas do mito (Esteban, 1990).

Para Le Breton (2012), o narcisismo moderno é uma ideologia do corpo, uma busca que culmina

em experimento e sedução através de uma atitude pouco formal e involuntária, e também um dualismo que faz do corpo um valor. O autor também afirma que:

O narcisismo é, originariamente, uma posição independente, uma astúcia do sujeito que se coloca no limite entre o coletivo e o individual e, desse modo, se preserva de um compromisso com os outros. (Le Breton, 2012, p.165)

A personalidade narcisista julga que sua individualidade é mais digna de interesse que o seu entorno, mas não se exclui do intercâmbio simbólico. Ademais, o narcisista exerce um poder de atração sobre os outros, porém volta a energia do vínculo social para si mesmo. Além disso, o narcisismo pode transformar-se em ferramenta de controle social, pois busca o que foi elegido por um ambiente social que leva a modelos idênticos de discursos do corpo (Le Breton, 2012, p.172).

Por outro lado, ter um corpo narcisista também pode significar não poder ter o corpo perfeito, nem o amor próprio ou nem a autoestima que tanto se busca, pois esses anseios geralmente são irrealis. Os transtornos psicológicos relacionados com a imagem corporal também possuem estreita relação com o mito do narciso, pois as pessoas vêem o seu reflexo no espelho de forma distorcida, bem como o próprio Narciso.

Lasch (1999), trata de forma excepcional a cultura do narcisismo tão comum nas sociedades modernas. Para ele, a crise econômica aliada ao descrédito das instituições provocou uma cultura individualista baseada na nostalgia, insatisfação e sensação de vazio. O narcisista em busca do seu *Eu* e da felicidade nunca alcançada, não se interessa pelo futuro e tampouco pelo passado. Vive com um sentimento inexplicável de tristeza, dor, ansiedade, ira reprimida e medo da dependência como se a vida que passou fosse mais importante que a atual. Além disso, possuem oscilações na autoestima, pavor de envelhecer e da morte, idolatram famosos, sentem-se inúteis, sem propósito na vida buscando, muitas vezes sem solução, tratamentos psicológicos.

É importante ressaltar que atualmente os cuidados com o corpo através das cirurgias plásticas são

vistos como uma forma de narcisismo. As modificações corporais, ou as metamorfoses do corpo, são alternativas encontradas para a apropriação de uma nova identidade e melhora destes sentimentos de insatisfação. Isto porque o corpo sempre esteve associado a questões de gênero e sexualidade permitindo que as cirurgias além da aparência, também sirvam para adquirir mais feminidade, masculinidade ou para realizar uma redesignação sexual.

Freud (1981) afirmava que o homem moderno não é capaz de superar todas as frustrações que a sociedade impõe através de seus ideais de cultura, sendo um ser infeliz e insatisfeito. Também dizia que não se deve e, nem se pode, abandonar os esforços para atingir a felicidade. Para ele, existem dois caminhos que podem ser seguidos para atingir tal fim, um deles seria o prazer e o outro seria evitar a dor. Entretanto, acreditava que nenhum destes recursos permite encontrar a real felicidade, pois considerava um problema libidinal de cada indivíduo, onde cada um deve decifrar sua maneira de ser feliz.

Neste sentido, Lasch (1985) também aponta que as sociedades narcisistas possuem uma visível debilidade em experimentar sentimentos de satisfação e conformidade e uma atitude jovial orientada a um futuro superficial com um forte empobrecimento mental. Conforme o autor, a crise cultural provoca uma sensação terminal onde as pessoas buscam uma forma de salvação e preferem que especialistas, como psicólogos, definam as suas prioridades, não entendendo porque elas nunca são sanadas. Ademais, as ideias moralistas frente ao narcisista egoísta e desagradável, escondem a verdadeira essência etnocêntrica ou corpocêntrica das sociedades modernas.

Comparando as visões de Freud (1977) e de Lasch (1999), observa-se que Freud abordava o narcisismo pelo estudo do libido e dos impulsos sexuais através dos elementos inconscientes do *Eu* e do Ego. Sem embargo, Lasch trata da consciência, do “super *Eu*” e dos impulsos de agressão ou morte que atualmente se revelam mais como uma defesa dos impulsos agressivos do que do amor

por si mesmo, afirmando que Freud esquece tais aspectos.

No entanto, ambos autores apontam a cultura como forte fonte de influência. Freud, ao dizer que a cultura é o que torna o homem infeliz e Lasch ao analisar os aspectos sociais que influem nas dimensões psicológicas deste transtorno, pois segundo ele: “A mente inconsciente é a natureza modificada pela cultura, a imposição da civilização sobre o indivíduo.” (Lasch, 1999, p.57).

Pode-se comparar o mito do Narciso a um corpocentrismo moderno visto nas sociedades narcisistas de hoje. Ademais, traz contribuições por abordar indiretamente temas como homossexualismo, egocentrismo, egoísmo, vaidade e a possibilidade de transformação fundamental para o desenvolvimento de diversas áreas como a psicologia, a antropologia e a literatura. Como a sociedade produz ideais coletivos através da cultura, fica evidente, a necessidade de compreender a suas condições sociais para assim, entender a formação da personalidade narcisista estudada na psicologia.

Além disso, na psicologia a questão da projeção no outro não deixa de ser uma forma de reflexo onde a pessoa ao identificar uma característica sua em outra pessoa, se observa mesmo que seja de forma inconsciente (Moore, 2005). Segundo Durkeim (2013), a personalidade é um indivíduo socializado. Portanto, entender esse processo é o ponto de partida para a compreensão das sociedades modernas narcisistas e a necessidade de integração da antropologia com a psicologia.

Além disso, a cultura do corpo belo e saudável faz com que o corpocentrismo reforce padrões de comportamentos onde o indivíduo se examina continuamente buscando indícios de envelhecimento, rugas, manchas, doenças, estresse ou cansaço que possam indicar diminuição de vitalidade, juventude ou de beleza. Sennet (1977) afirma que o Narciso moderno parece mais odiar a si mesmo do que glorificar-se.

Conforme o autor, amplia os aspectos de vaidade para todas as formas de mente pequena,

preconceitos étnicos, raciais ou fanatismo de grupos humanos demonstrando a forma associal e antissocial do Narciso moderno que aparta o indivíduo da sociedade. Porém, essa visão parece um pouco simplista, pois ao considerar o narcisismo como uma síndrome do egoísta, traduz a sua condição mental apenas como um espelho do *Eu*, esquecendo a importância do meio sociocultural na mudança de sua personalidade.

Por outro lado, o mito do Narciso também foi usado no âmbito religioso como forma de exemplo aos fiéis para evitarem os pecados da vaidade, do orgulho, do egoísmo e para conquistar a salvação da alma. De la Cruz (2005, p.67) escreveu “El divino Narciso” tratando dos três autosacramentos como uma forma de busca de Cristo no Narciso para a recuperação dos mistérios universais. O mito também foi representado alegoricamente através dos problemas gerados pela vaidade e a eficácia dos deuses quando decidem o destino dos seus súditos. Assim, a autora compara a profecia de Tiresias com a dos profetas do antigo testamento que previram a chegada de Cristo.

Para a igreja Cristã, quando Jesus se apaixona pela sua imagem, assim como Narciso, significa que contempla a natureza humana e não somente ele, enquanto que os pagãos não são capazes de ter esse discernimento. A questão do reflexo na água também é comparada por De la Cruz como uma forma de junção da alma com a matéria como se fosse o espelho conscientizado e podendo levar a consequências trágicas. No caso do Narciso, a tragédia foi metafórica, mas serviu como lição de que existe um mundo irreal que o espelho pode refletir. Nota-se na famosa frase “assim na terra como céu” e “Deus criou o homem semelhante a sua imagem e perfeição” que existe uma questão de reflexos em torno tanto do mito de Narciso como na religiosidade.

Observa-se, portanto, que o mito do Narciso tem sido modificado ao largo do tempo para se adaptar aos contextos socioculturais de cada época. Ou seja, o Narciso, visto como herói mitológico, tem sido usado simbolicamente para explicar situações e influenciar comportamentos

sociais e religiosos. Para Senned (1979) o narcisismo é a estética protestante dos tempos modernos.

Dentro da antropologia, o etnocentrismo seria uma característica marcante deste mito. É descrito como a crença de que as nossas condutas são sempre naturais, boas, bonitas e importantes e que os outros por atuarem de maneira diferente são selvagens, desumanos, repugnantes ou irracionais (Harris, 2006, p. 22). Além do etnocentrismo, também pode ser subentendido no mito do Narciso a questão do corpocentrismo moderno, que é a colocação do corpo no centro da vida do indivíduo em sociedade buscando constantemente a beleza e a perfeição e optando, muitas vezes, por modificá-lo através de procedimentos estéticos.

Outro ponto de destaque antropológico do mito diz respeito ao parentesco. Neste sentido, Moore (2005) associa os quatro elementos para explicar o parentesco de Narciso. Conforme o autor, a origem de Narciso descrita no mito é derivada da união forçada do rio Cefiso com a ninfa a azul Liríope, transformando-se em algo essencialmente líquido (água). Para Moore, quando apresentamos características narcisistas, portanto, não estamos em terreno firme (terra), nem pensamos com clareza (ar) e muito menos somos dominados por paixões (fogo), a não ser a paixão por nós mesmos. Assim, usando esta metáfora para simbolizar o mito, Moore sugere que as pessoas que sofrem deste transtorno têm características de fluidos e sonhos sem forma clara, pois estão imersos no líquido com uma corrente de fantasias que formam suas identidades (Moore, 2005, p. 93-94).

Além destes aspectos antropológicos, as metamorfoses identitárias vistas no mito do Narciso trazem outras importantes questões indiretas relacionadas com a sexualidade. A homossexualidade e paixão pela imagem do seu corpo são algumas delas. Em todo o mito, Ovidio não cansa de dizer que Narciso era muito bonito e atraía a todos, inclusive homens e mulheres: “Muitas jovens e muitos moços o desejaram”, “(...) haviam burlado dele, das uniões masculinas” (Ovidio Nasón,

2002, p. 59-65).

Neste sentido, quem também escreveu sobre narcisismo e um homossexualismo intrínseco em seus romances, sendo condenado por isso, foi Oscar Wilde com o livro “O retrato de Dorian Gray” (2014 [1890]). O autor tratou, de uma maneira moderna para a época, sobre o narcisismo evidente de Dorian que tinha uma beleza que fascinava a todos. Dorian, ao desejar que o quadro que seu amigo pintor Basil fez de sua pessoa envelheça e ele não, acaba vítima de seus próprios anseios, pois o desejo se realizou:

Como é triste! Eu ficarei velho, e horrendo, e medonho. Mas esse retrato permanecerá sempre jovem. Ele jamais envelhecerá além deste dia particular de junho. Se ao menos fosse o contrário! Se fosse eu que permanecesse sempre jovem e o retrato envelhecesse! Por isso (...) por isso (...) eu daria tudo! Sim, não há nada em todo o mundo que eu não daria por isso! (...) Eu tenho ciúmes de qualquer coisa cuja a beleza nunca morre. Tenho ciúmes do retrato que você pintou de mim. (Wilde, 2014, p.49 [1890])

Além disso, Wilde (2014 [1890]) trata as adorações do pintor Basil e do amigo Harry para com o Gray como formas de paixões homossexuais proibidas e por isso não podendo ser concretizadas. Ou seja, de uma forma singela o autor aborda temas, como o homossexualismo, até então polêmicos de serem escritos em romances. Isto se observa quando os personagens fazem tal revelação para os amigos, pois parece ser uma autocensura quando o pintor é interrogado por Harry sobre o motivo pelo qual não quer expor o quadro que fez de Gray:

Porque pus nele todo esse extraordinário romantismo sobre o qual, naturalmente, nunca ousei falar com ele. Ele não sabe nada sobre isso. E nunca saberá de coisa alguma sobre isso. Mas o mundo poderia adivinhar; e não vou desnudar minha alma aos seus olhos superficiais, curiosos. Meu coração jamais será colocado sob o seu microscópio. Há muito de mim na coisa, Harry, muito de mim (Wilde, 2014, p.29 [1890]).

Além disso, a pessoa considerada narcisista também pode ser comparada com um indivíduo metrossexual. Segundo Garcia (2004), o conceito metrossexual liberta os homens para a realização de práticas que geralmente foram conotadas como femininas ou como atitudes homossexuais. Para a autora, o metrossexual é um narciso convicto que se ama e cuida da sua imagem. Aponta também

que não é uma nova forma de sexualidade, mas um novo modo de demonstrar uma identidade que extrapola as tradicionais vaidades masculinas (Garcia, 2004, p. 8).

Ademais, nas sociedades modernas o narcisismo pode aparecer de maneira mais sutil. A competitividade e o individualismo são valorados na obtenção do êxito pessoal. Ou seja, o mito de Narciso refletido nas sociedades modernas mostra que a mitologia está presente nos dias de hoje onde a competição viciosa demonstra um individualismo constante e uma solidão mascarada por uma vida cheia de artefatos materiais de interesse, falsos amigos e objetos de alto valor.

Por fim, as metamorfoses do mito podem ser comparadas com as transformações corporais geradas pelas cirurgias plásticas de hoje corroborando com a ideia de uma sociedade narcisista que busca a beleza e a perfeição. Este tema acrescenta para a antropologia o entendimento da cultura narcisista frente a problemas sociais relevantes nos âmbitos da saúde, economia, educação e até mesmo da política. Portanto, um estudo interdisciplinar traz benefícios tanto para os estudiosos da temática como para as pessoas que se interessam em refletir sobre suas atitudes em busca de relações menos superficiais e de autoconhecimento.

3.3 A síndrome de Peter Pan e o tempo no corpo: SER jovem

O personagem de Peter Pan, criado por James Matthew Barrie em 1911, ilustra o drama de um menino escocês que não queria crescer (Barrie, 2002 [1911]). Apesar de secular, o texto trata de um conflito atual que é a passagem do tempo tão comum nas sociedades modernas, principalmente pela busca de um corpo eternamente jovem e bonito. Neste contexto, Barrie recebeu os méritos por ter dado vida a uma problemática universal e atemporal que é o abandono da infância. O Peter Pan, mais que uma fábula, parece traduzir uma representação humana da transição da infância à

adolescência possibilitando às pessoas o privilégio de entrar em contato com a fantasiosa Terra do Nunca, composta por jovens meninos e fadas.

Atualmente, a Terra do Nunca e a fantasia da eterna juventude mostram-se cada vez mais frequentes nos discursos de crianças e adolescentes que não vêem vantagens na vida adulta, muito menos na velhice, das sociedades contemporâneas. O estudo de caso de Gastaud (2007), um exemplo disto, conclui que a infância é vista cada vez mais como um território seguro, livre de preocupações, responsabilidades e fracassos típicos da vida adulta. Também afirma que apesar da sexualidade cada vez mais precoce, os adultos ao consumirem produtos culturais infantis de desenhos animados denunciam a sua resignação à passagem do tempo da sociedade atual.

Neste contexto, existe um transtorno psicossocial, conhecido por Síndrome de Peter Pan, definido pelo desejo do indivíduo de permanecer sempre jovem associado ao medo de crescer, amadurecer e envelhecer. Um dos principais autores que escreveram sobre este fenômeno, que engloba a dificuldade de crescimento, foi o psicólogo americano Dan Kiley (1983). O autor escreveu sobre os homens que se recusam a crescer e a assumir o papel de adultos, definindo a Síndrome de Peter Pan como:

(...) um estado de imaturidade emocional, que começa com a ansiedade e narcisismo e termina com o desespero. É um fenômeno sócio-psicológico detectado em homens que, embora tenham atingido a idade adulta, são incapazes de encarar os sentimentos e as responsabilidades dos adultos. (Kiley, 1983, p.)

Portanto, este fenômeno é designado ao comportamento imaturo de adultos em alguns aspectos comportamentais. O indivíduo geralmente apresenta traços de irresponsabilidade, rebeldia, cólera, narcisismo exagerado, dependência e negação do envelhecimento. Ou seja, esta síndrome, além da dependência dos pais, tem contribuído para que muitas pessoas não aceitem a velhice do corpo e não abram mão do estilo de vida infantil. Ademais, encontram sérios problemas para entrar no mercado de trabalho, escolher uma profissão e envelhecer (Lopes & Milanez, 2014).

Deste modo, existe uma grande quantidade de jovens adultos, de 25 a 34 anos, que continuam vivendo com os seus pais, mesmo com condições financeiras de viverem sozinhos. De acordo com Cobo e Saboia (2010), a decisão de morar com os pais pode basear-se em diversas justificativas e explicações que envolvem desde questões financeiras, sociodemográficas¹⁵ e até mesmo a questões psicológicas como a Síndrome de Peter Pan. Para os autores, esta síndrome trata-se de um comodismo de jovens que se recusam a crescer evitando as responsabilidades de ser adulto, configurando a chamada “geração canguru”¹⁶.

O livro de Lyden (2010), apesar de fictício, retrata uma jovem família com dois filhos que constantemente reflexionam com os seus amigos sobre a ideia de serem adultos. Ao mesmo tempo que eles gostariam de poder tomar todas as decisões por sua conta, eles também gostariam de estar sempre brincando como crianças sem maiores preocupações, como a legítima síndrome de Peter Pan:

Atualmente, eu não sei se é uma boa ideia crescer. É uma coisa irreversível, você sabe, e na maior parte do tempo eu realmente gostaria de estar aqui brincando com vocês e somente ser uma criança. (Lyden, 2010, p. 13, tradução nossa.)

Também é interessante destacar que no livro de Barrie, Peter Pan não tem sombra porque não existe como um ser inteiro, discriminado, capaz de projetar a própria imagem. Ou seja, a sua identidade ainda não está definida e ele precisaria amadurecer seus pensamentos e talvez seguir modelos sociais para poder ver-se como realmente é.

Por outro lado, verifica-se, um aumento da expectativa de vida como um novo cenário brasileiro e espanhol, e com isso surgem diversas alterações fisiológicas e patológicas que ocorrem com o aumento da idade. No entanto, o culto ao corpo das sociedades modernas valoriza não apenas a eterna juventude, mas também a boa saúde e a beleza construída de acordo com padrões culturais.

¹⁵ Queda da taxa de fecundidade, aumento da idade ao casar, aumento do número de divórcios e separações conjugais.

¹⁶ É a opção de morar com os pais é feita de forma voluntária, considerando que a maioria possui condições econômicas de se sustentarem e seguirem com “suas próprias pernas.” (Cobo & Saboia, 2010, p. 2)

Segundo Sant'Anna (2006, p. 19), “qualquer distância entre o que se quer do corpo e o que ele é torna-se um grande problema, uma fonte de descontrole e de sofrimento”. Sendo assim, o envelhecimento pode ser um motivo de dor e exclusão social, pois o indivíduo sente que o seu corpo mais velho precisa ser escondido, retocado ou reformulado.

Além disso, estão disponíveis cirurgias plásticas, uma série de cremes e tratamentos milagrosos que prometem manter no corpo a eterna juventude. Também surgem, frequentemente, inúmeras formas de manter o corpo jovem, desde academias de ginástica para a terceira idade a tratamentos estéticos especializados, como os tratamentos a laser, as injeções de hormônios, de anabolizantes, de toxinas botulínicas, implantes de cabelo e cirurgias plásticas para o rejuvenescimento facial (Lopes & Milanez, 2014).

Estas alternativas estéticas demonstram que o corpo envelhecido sem cuidados geralmente é considerado um corpo indisciplinado, já que existem diversas opções de cuidados para mantê-lo com a aparência mais jovem. Deste modo, aceitar o envelhecimento do corpo pode ser visto como um “descaso” pessoal, sendo os idosos muitas vezes condenados por terem uma aparência desagradável aos olhos dos outros (Barbosa, 2013). Assim, quando a Síndrome de Peter Pan afeta a economia, pelos adultos não trabalharem e viverem com seus pais, ocorre uma crítica ao indivíduo que não amadurece, porém quando trata-se de envelhecimento nota-se que a sociedade incentiva a busca da eterna juventude, considerando a síndrome aceitável.

O conhecimento sobre o corpo, respaldado no discurso médico científico ou estético, influencia diretamente os modos de subjetivação do indivíduo, uma vez que o corpo nos é apresentado como objeto de um saber, mas também, como objeto de consumo. Assim, a mídia, enquanto dispositivo disciplinador, justifica todo investimento que se faça sobre o corpo para mantê-lo jovem o maior tempo possível. Isto é, grande parte da dificuldade de aceitar o envelhecimento, gerando distorções

da imagem corporal, deve-se ao fato da mídia exercer um papel decisivo com propagandas que comumente anunciam produtos estéticos, exaltando a beleza como ápice e causando uma competição na vida das pessoas em busca da perfeição física (Audino & Schmitz, 2013).

Conforme Le Breton (2012), a velhice é um sentimento causado por uma marca interiorizada da visão do outro. Para ele, o envelhecimento é uma flor que demora muito para abrir-se, é um sentimento que vem de fora e que às vezes dá raízes precoces e outras tardias, pois depende do gosto pela vida do sujeito (p. 149). Ademais, não se trata apenas de uma cifra cronológica, que começa em uma idade precisa, mas é uma soma de indícios que só o sujeito conhece, porém que depende da visão dos outros. Portanto, o envelhecimento é um processo de subjetivação de um sujeito social onde a cultura imprime os modos de viver.

No ensaio de Ghisleni, Paiva e Alvarenga (2015), os autores retratam como envelhecer pode ser um espetáculo do corpo onde o público crítico, a sociedade, pode deprimir os atores, que são as pessoas envelhecendo. Além disso, mostra o paradoxo socialmente construído onde o idoso é estimulado para manter-se ativo e visto, mas é criticado quando o seu corpo está fora do padrão de beleza, principalmente no caso das mulheres. Ademais, os cuidados com o corpo precisam resultar em mais do que uma aparência culturalmente ansiada, mas também visam a saúde e o bem-estar.

As mulheres vivenciam mudanças corporais hormonais e metabólicas na medida em que envelhecem agravando a sua preocupação com a aparência, e levando, muitas vezes, a uma distorção da imagem corporal, com conseqüente insatisfação e autoestima debilitada. Este descontentamento pode ser provocado pelo aumento de massa corporal em decorrência do uso de medicamentos, da menopausa ou de múltiplas gestações que diminuem a funcionalidade do corpo podendo afetar substancialmente as suas vidas, visto que, na cultura ocidental, o corpo velho está associado a algo feio e improdutivo. (Damasceno et al., 2006; Valença, Nascimento Filho &

Germano, 2010).

Assim, na tentativa de retardar esse processo, grande parte das mulheres recorrem a tratamentos estéticos, estando, dentre os mais procurados, a cirurgia plástica. Segundo Audino e Schmitz (2013, p. 24), as cirurgias plásticas mais realizadas por mulheres acima de 50 anos são a abdominoplastia associada à lipoaspiração corporal (48%), a lipoaspiração corporal (12%), abdominoplastia associada a lipoaspiração e prótese de silicone na mama (11%), ritidoplastia (10%), blefaroplastia (8%), mamoplastia de aumento (6%) e mamoplastia de redução (5%).

Em contraponto, é importante saber que cada pessoa entende o envelhecimento de acordo com as suas peculiares subjetividades e nem sempre sente a necessidade de recorrer a cirurgias plásticas. Isto porque mesmo que a velhice tenha as suas características físicas comuns visíveis no corpo, a sua manifestação será totalmente individual e personalizada. Neste sentido, Cefálio já dizia a Sócrates (400 a.C.):

A velhice não tem culpa, mas o temperamento de cada um. Para quem viveu com ordem e simplicidade, a velhice é um fardo suportável; de outro modo, tanto a velhice quanto a mocidade são penosas para qualquer pessoa. (Platão, A República, Livro I, p.52)

É possível observar que há 2.400 anos atrás, a velhice já era discutida em questões filosóficas. Também nota-se que nessa época o envelhecimento era mais associado ao temperamento, ao modo de pensar e agir do que realmente na idade biológica ou na aparência da pessoa. A frase de Cefálio “*fardo suportável*”, também mostra que envelhecer, portanto, não deveria ser um fardo, uma tarefa penosa, mas sim o desabrochar do ser humano em sua existência. Portanto, a busca a eterna juventude intrínseca na Síndrome de Peter Pan, não deveria ser exaltada socialmente como ocorre nas sociedades modernas.

Nesta linha de aceitar o tempo no corpo, Goldenberg (2014) afirma que envelhecer pode ser uma fase libertadora, sem regras e sem promessas. Para ela, é neste período que os novos projetos de

vida deverão ser feitos com o objetivo de reinventar-se, de redescobrir-se, um momento em que se pode ser você mesmo. Também aponta que os projetos costumam ser diferentes de acordo com o gênero, enquanto as mulheres buscam mais liberdade, autonomia, conservar as amigas e cuidar mais de si, os homens priorizam a família e o trabalho. Porém, que todas as pessoas buscam o mesmo objetivo que é encontrar a felicidade em viver na sua idade.

Goldenberg também considera que os limites da velhice são imperativos construídos socialmente e o idoso atual não quer aceitar tal imposição e nem ser taxado de velho. Também não quer ser visto como improdutivo ou incapaz, ao contrário, quer estar ativo fazendo as atividades que lhe trazem prazer e satisfação. A família, os amigos e o parceiro são as pessoas mais influentes na vida do idoso, comandando, muitas vezes, sua casa, sua vida financeira, seus cuidados em saúde e na sua vida afetiva. Os modelos culturalmente construídos de velhice fazem com que frases como: *“com essa idade quer namorar”*, *“que velha assanhada”*, *“deveria estar cuidando dos netos”*, *“que vergonha, se fosse da minha família”*, *“meu pai tem uma namorada da minha idade”*, sejam rotineiras. Estes estereótipos bloqueiam muitos idosos que gostariam de reformar as suas vidas, mas que temem a reprovação das pessoas que mais amam. Nessa hora, os papéis se invertem e os filhos e netos passam a controlar a vida dos avôs. Estas barreiras sociais podem prejudicar o idoso na fase que poderia ser libertadora e feliz.

Ao contrário de Simone de Beauvoir (1970), que afirmava a velhice é um fator cultural e denunciava a “conspiração do silêncio” da sociedade como um descaso com os idosos, Goldenberg, diz que a sua intenção é a de mostrar o lado bom da velhice e não a visão negativa socialmente construída de Beauvoir, que apontava a velhice como um fardo social e um adiamento da morte.

Por outro lado, no estudo de Goldenberg (2014), quando ela perguntava nas entrevistas em seu trabalho de campo sobre os exemplos de pessoas que envelheceram mal, as respostas eram de

atrizes que realizaram um excesso de cirurgias plásticas e não aceitam a sua idade:

(...) todas as respostas foram de atrizes, cantoras e apresentadoras de programas de televisão que fizeram um excesso de cirurgias plásticas, tornando-se, segundo os pesquisados, 'monstros', 'deformadas', 'desfiguradas', 'esticadas', 'artificiais'. Também foram citadas atrizes, cantoras e apresentadoras de televisão que são vistas como tendo comportamentos inadequados para a idade, como 'namorar garotão' ou 'usar minissaia, decote ou roupa muito justa'. Elas foram acusadas de serem 'ridículas', 'patéticas', 'sem noção', 'escandalosas'. A principal razão para apontarem essas mulheres como exemplos de mau envelhecimento foi: 'elas não aceitam a idade que têm'. (Goldenberg, 2014, p. 98).

Através da citação acima, é possível ver como as cirurgias plásticas, usadas na luta contra a passagem do tempo no corpo, não são bem vistas pelos participantes do estudo, mesmo com a forte ditadura da beleza das sociedades modernas. Isto porque os participantes do estudo de Goldenberg (2014) consideravam que quando a pessoa modifica os seus pensamentos em relação à velhice, as modificações no corpo já não são mais tão importantes e passam a serem apenas uma consequência de uma vida feliz na última, e talvez a melhor, fase da vida.

Sem embargo, nas sociedades modernas a velhice não é tão bem aceita como no estudo de Goldenberg. As principais dobras do tempo no corpo são as rugas, traços no rosto do indivíduo da sua trajetória de vida. Porém, estas marcas do tempo são extremamente temidas pelas pessoas, transformando as cirurgias plásticas e os tratamentos estéticos nas principais alternativas para manter o corpo sempre jovem.

O antropólogo Freyre (1987), já admitia que as modas surgem visando uma preocupação a central da mulher brasileira que a de permanecer aparentemente jovens. Ou seja, para o autor, as novidades do setor da modas feminina tendem a corresponder ao desejo da parte das mulheres menos jovens de rejuvenescerem. Além disso, segundo o autor, a verdade “é que há modas novas que concorrem para o rejuvenescimento de tais aparências, favorecido notavelmente por cosméticos, tinturas e cirurgias plásticas” (p.25).

Por outro lado, deve-se destacar que quando as cirurgias plásticas são realizadas com cautela

podem ser benéficas para o sujeito. Entretanto, quando são excessivas podem alterar tanto os traços faciais que acabam modificando não só o rosto, mas também a identidade do sujeito que tenta apagar as marcas do tempo no corpo.

Entretanto, para um bom envelhecimento necessita-se cuidar tanto dos pensamentos como do corpo físico. Segundo Paiva (2004), pode-se pensar na materialidade corporal como uma casa que habitamos impregnada de nossa identidade, onde realizamos continuamente mudanças internas e externas para que permaneça habitável e, apesar das transformações corporais, sempre revele a nossa identidade (Paiva, 2004). Ou seja, é preciso estar em vigília dando atenção aos sinais que o corpo mostra, alimentar-se bem, ir regularmente ao médico, movimentar-se com atividades físicas e ter uma vida social ativa. Deve-se olhar o corpo como um lar, onde mora a alma e se manifesta a identidade, os gostos e os hábitos.

Portanto, é importante cuidar da manutenção da casa-corpo onde as rugas são as rachaduras da parede e podem ser pintadas para renovar o ambiente. As alternativas para pintar estas rachaduras são os cremes, os preenchimentos faciais, o botox e até mesmo as cirurgias plásticas. Porém, o que não se pode fazer é mudar radicalmente a cor da parede e nem a arquitetura da casa-corpo aceitando a idade sem tentar voltar no tempo, mas aceitando o tempo no corpo. Acredito que devemos considerar as mudanças, as dobras e as marcas do tempo no corpo (tanto rugas como ou doenças que passamos) como um mapa das experiências vividas ou um álbum de lembranças de toda uma existência. Contudo, cuidar-se é um ato de amor que cada um deve presentear-se todos os dias independente da idade ou da Síndrome de Peter Pan.

3.4 Tecnocorpo, ciborgues e monstruosidades: SER construído(a)

A história do corpo surgiu na humanidade muito anteriormente ao estudo da antropologia. Na verdade, originou-se muito antes do descobrimento dos primeiros fósseis, dos instrumentos, dos desenhos, dos escritos ou da aparição de qualquer ciência. Considerando o corpo físico como uma matéria indispensável para a manifestação da vida na Terra, entende-se, portanto, que o corpo sempre esteve presente na vida do homem desde a sua origem (Oparín, 1999).

Partindo deste pressuposto, é importante destacar que a palavra “corpo” pode ser associada a diversos significados variando, apenas, de acordo o contexto em que está inserida (Lieberman, 2013). O corpo pode ser definido através de uma percepção anatômica do nosso físico ou da nossa matéria. Entretanto, também pode ser usado para a referir-se aos aspectos emocionais, à alma, a um objeto ou a qualquer coisa que possa ser concretizada em nossos pensamentos. Até mesmo uma pessoa quando morre, possui um corpo sem vida. Porém, como esse corpo não cumpre mais as suas funções, deixa de pertencer ao indivíduo e passa a consumir-se, até o momento em que deixa de existir.

Hoje, porém, existem estudos que buscam a manifestação da vida sem a matéria física, através das tecnologias de sistemas artificiais, ou cibercorpos, mas que ainda carecem de mais comprovações científicas (Nicoletis; 2011). O cibercorpo é o resultado do acoplamento de sistemas artificiais com biológicos, ou seja, uma interface entre o real e o virtual ou entre mentes e softwares (Domingues, 2004, p. 181-198). Além dos estudos que tentam manter o funcionamento da mente, ou da “alma”depois da morte através de computadores, também estão sendo estreados diversos filmes acerca desta temática, como por exemplo, *Lucy*¹⁷, *Transcendência*¹⁸, *The Matrix*, *Johnny*

17 *Lucy*, dirigido por Luc Besson. 2014. [Silla, V. (Prod.), & Besson, L.(Dir. & Ed.). (2014). *Lucy*. [Película-video]. França e Estados Unidos: EuropaCorp, Universal Pictures.]

18 *Transcendência*, dirigido por Wally Pfister. 2014. [Nolan, C.; Thomas, E.; Johnson, B.; Kosove, A. A.; Cohen, K.;

Mnemonic, Morgan entre outros.

Em 1972, Yelena Sapárina escreveu sobre o avanço da cibernética como ciência que estuda o controle e a comunicação. Esta ciência abrangia o controle dos sistemas de maquinaria e manufatura, da atividade humana organizada e de todos os processos do organismo humano. O uso da tecnologia para o controle dos processos fisiológicos, bioquímicos e biofísicos poderiam assegurar a sobrevivência dos homens em qualquer ambiente ou situação, proporcionando longevidade e conflitos éticos socioculturais (Sapárina, 1972).

O interessante deste livro é que foi inovador para a época mostrando que, há quase 50 décadas atrás, a medicina já se beneficiava de um trabalho interdisciplinar entre matemáticos, físicos, engenheiros e médicos para a construção de máquinas eletrônicas para o diagnóstico e também para a substituição de importantes órgãos como o coração, o pulmão e os rins. Também foram criados instrumentos biomédicos como as próteses para a prolongação de membros amputados e os óculos ou lentes para melhorar a visão defeituosa. Porém, estes avanços tecnológicos careciam, e até hoje carecem, de materiais que alcancem a complexidade do cérebro mesmo com a biônica ocupando-se de equivalentes eletrônicos dos neurônios em computadores.

Em meados de 1960, Manfred E. Clynes e Nathan S. Kline (Clynes & Kline, 1995 [1960];) utilizam pela primeira vez o termo ciborgue para referirem-se a um organismo tecnicamente suplementado que poderia viver em um meio ambiente extraterrestre e operar como um sistema homeostático integrado inconsciente. Para isso, o homem deveria equipar-se com componentes exógenos que prolongariam as funções autorreguladoras do corpo suficientes para adaptarem-se a um novo meio. Também pensaram em uma glândula artificial capaz de administrar pequenas quantidades de produtos químicos em proporções controláveis podendo formar uma espécie de ciclo

Polvino, M.; Marter, A.; Valdes, D.; Ryder, A. (Prods), & Pfister, W. (Dir.). (2014). (Transcendence) [Película-video]. Estados Unidos: Alcon Entertainment, DMG Entertainment, Straight Up Filmes, Warner Bros. Pictures, DMG Entertainment, Summit Entertainment, Lionsgate.]

máquina-homem contínuo e controlado que auxiliaria os próprios controles do corpo.

Sem embargo, a autora que mais se destacou com uso desta palavra em “*Manifesto cyborg*” foi Donna Haraway (1991), que descreveu ciborgue como:

(...) um organismo cibernético, um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social e também uma criatura de ficção. Realidade social significa relações sociais vividas, significa nossa construção política mais importante, significa uma ficção capaz de mudar o mundo.” (Haraway, 1991, p. 36.)

Haraway defende uma realidade cultural em que as construções políticas teriam grande influência na sociedade. Ademais, através da dicotomia homem-máquina, a autora ressalta a luta de gêneros afirmando que a única esperança de regeneração deste mundo monstruoso, seria a encarnação sexual dos indivíduos sem diferenças de gênero, masculino ou feminino, formados por corpos neutros.

No entanto, assim como os ciborgues, a concepção cultural de “tecnocorpo” se direciona a uma perspectiva menos dualista de organismo-máquina e natural-artificial, pois apresenta o corpo como uma unidade singular construída por esta mistura formando, portanto, uma entidade única e híbrida (Haraway, Kunzru, & Tadeu, 2009). Esta modificação corporal é apontada por Maïllo (2010) como um processo cultural de construção, mas também de desconstrução do corpo. Conforme o autor, a ideia de construção se fundamenta em esculpir o corpo alterando a pele e o seu aspecto externo. Já a desconstrução seria a separação ou a retirada de alguma parte do corpo através de cirurgias, como por exemplo, a retirada de um tumor ou a lipoaspiração que suga as gorduras.

Estes processos culturais do corpo demonstram a sua susceptibilidade em manipular-se, fragmentar-se e, ao mesmo tempo, de apropriar-se de materiais para que assim o sujeito sinta-se completo e responsável pelo seu corpo. Csordas (1990), tratou as apropriações culturais do corpo como *embodiment*, ou seja, as incorporações de significados sociais no corpo criados pelo convívio em sociedade e também pelas representações coletivas de ideais de beleza.

Estas incorporações, ademais de objetos como roupas e acessórios, podem ser resultantes de modificações geradas por cirurgias plásticas. Isto porque através dos procedimentos cirúrgicos é possível introduzir materiais artificiais no corpo para melhorar formas, moldar volumes ou substituir partes refinando a imagem. Estes materiais podem ser as próteses de silicone, metacrilato, o ácido hialurônico, ou a própria gordura corporal que se retira de uma parte e se coloca em outra em lipoesculturas.

Sem embargo, as teorias ciborguianas acabam confundindo a ontologia dos seres humanos, pois põem em dúvida o que é natural ou artificial. Segundo Gray, Mentor e Figueroa-Sarriera (1995), as tecnologias dos ciborgues podem categorizadas em ser restauradoras (restauram as funções e substituem órgãos ou membros perdidos), normalizadoras (adaptam alguma função deficiente), podem configurar (criam criaturas pós-humanas parecidas aos seres humanos, como os robôs), ou podem aprimorar (melhoram algo que não agrada). Porém, ao pensar nestas classificações, podemos ver que as cirurgias plásticas também usam destas tecnologias para restaurar funções e melhorar a estética.

O estudo de Kim (2013), aborda o uso de tecnologias biocibernéticas em amputações e paralisias que vem ganhando uma imagem midiática estereotipada da realização do sonho ciborgue, ou seja, o corpo orgânico potencializado pela hibridação com sistemas cibernéticos para a reconstrução simbólica do modelo social bípede. Para ele, o corpo é “um artefato disponível para ser desconstruído, construído e hibridado a outros artefatos” (p.23). Ademais, afirma que até mesmo a lógica tecno-científica utiliza de simbologias disfarçadas em suas classificações objetivas que buscam dar sentido a uma realidade social que a ciência por si só não explica em sua totalidade.

Neste sentido, em 1818 Mary Shelley criou uma novela em que o personagem principal era um monstro fictício criado por um científico louco chamado Frankenstein. Era uma criatura formada a

partir de corpos humanos que foi abandonado pelo científico com medo dos resultados de sua obra. Porém, o desprezo de seu criador e da sociedade o deixaram hostil e vingativo, pois ele tinha sentimentos humanos (Shelley, 1999[1918], p.5). O impacto desta novela mostra que a ideia de um corpo modificado já existia na ficção muito antes do uso de cibercorpos pela ciência. Entretanto, o impacto desta novela causou importantes reflexões na sociedade e até hoje considera-se um tema de debates sobre a os transplantes de órgãos, uso de células tronco, clones e de tecnologias para a detecção de enfermidades através da leitura do código genético (Masiero, 2014).

A história da feiúra escrita por Umberto Eco (2007) conta a curiosidade que as aparências monstruosas causavam para o homem medieval. Para o autor, as pessoas desproporcionais eram consideradas monstros por sua aparência fora do padrão de “normalidade”. Por outro lado, estas pessoas eram consideradas criaturas de Deus pelos cristãos que deviam ter sido castigadas por algum pecado.

Atualmente, a fealdade é pouco tolerada pelas sociedades modernas que utilizam de todos as alternativas disponíveis para alcançarem um padrão de beleza aceitável. Considera-se, portanto, que os ciborgues ou monstros são uma construção social modificada tanto para melhorar a performance como também para ocultar a sua fealdade. Ademais, a normalidade citada por Eco (2007), é discutível já que segundo Canguilhem (2009), não se pode saber o que é normal ou anormal, mas sim o que se adapta a uma nova realidade, seja pela cura de enfermidades ou seja pela mudança de um ambiente cultural. Ou seja, conforme Canguilhem, o corpo é uma constata de ressignificações do corpo e da mente, bem como estudamos nesta tese.

Quando ocorre o processo de ressignificação do corpo modificado, também ocorre a aceitação do que passou a ser diferente, mas que não necessariamente é incompatível com a vida. E ainda, ao ressignificar, é possível reconstruir um corpo que ao desenvolver novas habilidades trarão tanto ou

mais satisfação para a pessoa que busca uma cirurgia plástica. Além disso, as cirurgias plásticas, com as suas próteses de silicone e materiais, podem constituir e reconstruir as formas corporais que ao modificarem os corpos também podem aproximar os humanos cada vez mais a protótipos de ciborgues ou de monstruosidades cirúrgicas e sociais.

3.5 Cirurgias de redesignação sexual e etnocirurgias: SER transformado(a)

As ciências sociais vêm contribuindo com estudos sobre a transexualidade e os seus aspectos socioculturais (Bento, 2006; Arán e Murta, 2009). A transexualidade vista a partir de um olhar fenomenológico sustenta reflexões fundamentais sobre poder e normas sociais de gênero binário naturalizadas e institucionalizadas socialmente (Missé e Coll-Planas, 2010). Além disso, permite uma análise dos principais processos psicossociais que acompanham a transição de identidade de gênero, como os sentimentos de medo, estigma e discriminação que levam ao sofrimento e, em alguns casos, ao suicídio.

Butler (1998), afirma que o poder social opera mediante fenômenos psíquicos que restringem e produzem o desejo de integrar-se no âmbito da sociabilidade. Para a autora, esse poder social pode transmutar-se em psíquico quando produz no sujeito reflexões, formas de corporalidade e quando limita sua sociabilidade no momento em que ele não se identifica com as categorias específicas de gênero impostas pela sociedade. Com esse pensamento, se introduz a dimensão de poder subjetiva e particular que o modelo normativo binário transmite em relação à transexualidade, criando mal-estar e sofrimento diante de uma transfobia socialmente construída.

Segundo (Galli *et al.*, 2013), o(a) transexual é um indivíduo que possui o sentimento irreversível de pertencer ao sexo contrário ao que foi genética e morfologicamente estabelecido, ou seja, não se

identifica com seus genitais biológicos e suas atribuições socioculturais. Na mesma linha, Cardoso (2008) diz que o sujeito tem todas características físicas do sexo constante na sua certidão de nascimento, porém sente-se como pertencente ao sexo oposto psicologicamente e socialmente. Assim, entende-se que o homem transexual é um homem vivendo em um corpo feminino e a mulher transexual, uma mulher dentro de um corpo masculino. Porém, em ambos casos, quem “transita de sexo” busca meios, internos e externos, de mudar de identidade de gênero.

Geralmente, os(as) transexuais querem realizar a cirurgia de redesignação de sexo para a adequação do sexo anatômico ao seu sexo psicológico, sendo necessário uma série de testes psicológicos e outros pré-requisitos que serão discutidos posteriormente (Guimarães, 2016). É uma cirurgia plástica de mudança de sexo em que se constrói através dos tecidos, do pênis ou da vagina, um órgão oposto ao do nascimento que seja o mais próximo possível do biologicamente conhecido.

Conforme o estudo de Carvalho (2014), as primeiras cirurgias de redesignação sexual ocorreram na década de 1920 na Alemanha e Dinamarca em pacientes “pseudo-hermafroditas”. Para o autor, Cauldwell teria sido o primeiro médico sexólogo a propor a noção de psicopatia transexual em 1949, sendo considerado o fundador do termo. Já para Bento (2006), as pesquisas de Harry Benjamin, em 1953, foram as mais relevantes para o desenvolvimento da compreensão da transexualidade, sob o olhar da clínica estabelecendo limites e marcadores verificáveis, diferenciadores entre as pessoas travestis, transexuais e homossexuais.

Ademais, encontra-se como uma das primeiras cirurgias de redesignação sexual a do soldado americano George W. Jorgensen que se transformou em Christine, convertendo-se no primeiro transexual da mídia em 1953 (Preciado, 2008, p. 23). Já em 1958, foi realizada a primeira faloplastia (construção do pênis a partir de um enxerto da pele e dos músculos do braço) como parte de um processo de mudança de gênero de mulher para homem na Rússia. E em 1974, o soviético

Victor Konstantinovich Kalnbertz patenteia o primeiro implante de pênis a base de plástico de polietileno como tratamento da falta de ereção, criando um pênis natural ereto permanentemente. Logo foram tirados do mercado por suas mudanças químicas e por resultar “fisicamente incômodos e emocionalmente desconcertantes” (Preciado, p. 31).

Sem embargo, sabe-se que nem todos(as) querem realizar esta cirurgia, sendo então chamados(as) de transgêneros ou travestis. Diferentemente do que apontava Benjamin (1966) ao dizer que a cirurgia de redesignação sexual era um desejo inerente a todos(as) os(as) transexuais, sendo um dos principais critérios para a sua definição.

Em suma, o(a) transgênero é um indivíduo que modifica de sexo, mas que não tem necessidade de operar-se, geralmente por sua sexualidade bissexual, homossexual ou simplesmente porque pensa que não é necessário fazê-lo no momento ou permanentemente. E o(a) transexual é o sujeito que deseja ou que já submeteu-se a cirurgia de redesignação de sexo. Apesar de alguns(as) transgêneros considerarem-se transexuais e vice-versa, compreender essa diferença referente à transexualidade, torna-se fundamental para uma melhor inteligibilidade dos termos que usarei nesse artigo.

A transexualidade promove uma desnaturalização de identidades normativas de gênero onde o masculino e o feminino são matizes de um mesmo corpo andrógino podendo transformar-se em um ser híbrido fugindo dos padrões de gênero estabelecidos no nascimento. A identidade de gênero feminino ou masculino é considerada um autoconceito subjetivo e individual sendo objeto de inúmeras discussões na psicologia, porém pouco citado dentro da sociologia (Johnsdotter e Essen, 2010). Segundo Costa (1989), a identidade é formulada por sistemas que representam a forma com que o indivíduo se relaciona com o universo sociocultural, sendo, portanto, uma experiência não uniforme e distinta para cada pessoa.

A teoria *Queer* questiona essa noção de identidade e propõe pensarmos o quanto nossos corpos são significados e modificados permanentemente pelas imposições culturais que nos obriga a construí-los e a usá-los de modo a ajustá-los a critérios estéticos, morais e higiênicos compartilhados pelo grupo a que pertencemos (Galli *et al.*, 2013). Já os movimentos *trans*¹⁹ trazem à luz diálogos sobre a sua situação atual, contradições, dificuldades e também sua relação com outros movimentos sociais, como o feminismo e com toda a comunidade LGBT²⁰.

A maioria da produção científica sobre a transexualidade tem se direcionado para os aspectos relacionados ao tratamento hormonal (Borba e Ostermann, 2008), procedimentos cirúrgicos (Galli *et al.*, 2013), aspectos políticos e jurídicos (Macías e Armaza, 2014) e no âmbito da saúde pública (Arán e Murta, 2009). Porém, poucos estudos foram dedicados aos aspectos subjetivos das vivências em toda trajetória de vida de uma pessoa transgênero, desde a infância até a velhice. Assim, com o intuito de colaborar com informações pertinentes sobre a transexualidade, esta tese também investigará os aspectos socioculturais vividos pelas pessoas *trans*, desmistificando questões de gênero e sexualidade.

É importante destacar que as cirurgias plásticas de redesignação de sexo também podem ser consideradas uma forma de etnocirurgia. A primeira autora a escrever sobre as etnocirurgias foi a antropóloga mexicana Elsa García Muñiz (2010), que as definiu como cirurgias plásticas estéticas realizadas em pacientes de diferentes etnias para corrigir traços faciais ou corporais. Nas últimas décadas, as etnocirurgias, também conhecidas como cirurgias plásticas étnicas ou *ethnic plastic surgery* (Singh *et al.*, 2010), tiveram uma grande procura no Brasil principalmente de rinoplastias, lipoaspiração e blefaroplastias (ISAPS, 2016).

Sem embargo, as etnocirurgias intervêm diretamente na autopercepção dos sujeitos, já que as

19 Usarei esse termo para referir-me a transexuais e transgêneros simultaneamente.

20 LGBT: Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais ou transgêneros.

modificações corporais de correção dos traços corporais e faciais possuem implicações na definição identitária e em seus processos de subjetivação, seja na etnia, seja nos gêneros sob forma de cirurgias de mudança de gênero. Entretanto, apesar do gênero não ser a forma inicialmente integrada no modelo clássico de etnia, sua incorporação dentro da sociedade é crescente, pois refere-se a uma forma de ser e sentir-se dentro de um grupo cultural onde as cirurgias são efeitos das interseções entre raça e sexualidade geradas principalmente pela globalização (Teixeira, 2016).

No entanto, o modelo binário de gênero, feminino e masculino, está se extinguindo na multiplicidade de gêneros que vem surgindo além de um terceiro gênero transexual. Nesse sentido, observa-se o uso frequente do termo “queer” significando os plurais e as variáveis do corpo no espaço (Bento, 2006).

Ademais, as etnocirurgias de mudança de gênero causam um forte impacto e estão emergindo no Brasil e no mundo, já que transforma o corpo, modifica o gênero, o nome e visa uma aceitação social (Vieira, 1996). Toda a simbologia do corpo envolvida na mudança de sexo deve ser levada em conta pelo paciente, além de haver um acompanhamento de psicológicos antes e depois da cirurgia.

É importante destacar que existe uma certa confusão em relação ao termo etnocirurgias, etnoplásticas, cirurgias plásticas étnicas ou apenas cirurgias plásticas. Apesar de algumas discussões apontarem o uso da terminologia como forma discriminatória, essa definição está se popularizando com grande velocidade (Giacomini, 1996). Por outro lado, a maioria dos médicos no Brasil não costuma utilizar essa terminologia, porém compreende que trata-se de uma maneira de especialização de algumas cirurgias sem nenhuma intenção de discriminação (Masiero, 2014). Para eles o que realmente importa é encontrar uma harmonia dos traços através das cirurgias plásticas independente de etnia, classe social ou cultura.

Além disso, os discursos e práticas, que levam as pessoas a buscarem altos padrões de beleza e perfeição sob normas rigorosas exigidas pela cultura de gênero hegemônica e contemporânea, são difundidos para o consumo de cirurgias plásticas e para a constituição de profundos processos de subjetivação. Ademais, estas cirurgias plásticas possuem serviços estéticos de alto custo com grande soma de recursos financeiros envolvidos e podem levar a diversos efeitos colaterais quando as pessoas, geralmente das camadas de baixa renda, se submetem a tratamentos clandestinos ou serviços menos qualificados e mais baratos, com riscos graves de sequelas irreversíveis e de morte. Isso, portanto, tem se tornado um problema de saúde pública.

4. A CULTURA DO CORPO: possibilidades de TER no corpo

4.1. Espelho, espelho meu: imagem corporal e autoestima

Nas sociedades modernas, o culto ao corpo influi diretamente na imagem corporal e na autoestima. As constantes projeções midiáticas de imagens de corpos perfeitos transformam as pessoas em indivíduos inconformados e, muitas vezes, com dificuldades de percepção da sua própria imagem corporal. Além disso, os sujeitos, inconscientemente, estão frequentemente se comparando com os modelos de beleza. E ao verem no espelho a grande distância entre a imagem desejada e a imagem real, acabam com uma baixa autoestima que afeta todas as suas relações sociais. Também buscam nas cirurgias plásticas uma alternativa para assemelharem-se aos padrões de beleza.

Segundo Schilder (1994 [1980]), a imagem corporal refere-se, em linhas gerais, à representação mental que cada indivíduo possui acerca de seu próprio corpo. Também pode ser definida como o

conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e experiências corporais. É uma imagem moldada pela relação que o sujeito estabelece consigo mesmo e com o seu ambiente.

Slado (1994) também descreve que a imagem corporal a partir de um componente perceptual e de um atitudinal. Para o autor estes componentes referem-se à precisão em que o indivíduo atua, sente e valora o tamanho e a forma de seu próprio corpo. Desta maneira, a imagem corporal estaria representada mentalmente por uma constante flutuação de tamanho e aparência influenciada diretamente por fatores socioculturais e individuais que costumam variar com o tempo.

Esta representação mental é construída e reconstruída incessantemente ao longo da vida. Ademais, se encontra intimamente associada à consistência de seu sistema de identidade que, por sua vez, é influenciado pelas representações das primeiras relações de objeto elaboradas durante a infância (Peres & Santos, 2006). Seguindo este pensamento, pode-se dizer que a imagem corporal não está vinculada ao corpo real, mas sim ao corpo simbólico, produto das experiências de trocas afetivas vivenciadas nos diferentes estágios do ciclo vital.

De acordo com Alves et al. (2009), a imagem corporal é um complexo fenômeno humano que envolve aspectos cognitivos, afetivos, socioculturais e motores. Está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio sendo influenciada pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio social em que vive. O seu processo de construção e desenvolvimento está associado às concepções determinantes da cultura e sociedade. Ou seja, é possível afirmar que as experiências afetivas de um indivíduo desempenham um papel tão determinante para a constituição de sua imagem corporal como as percepções objetivas referentes à sua forma física (Adami et al., 2005).

Para Tavares (2003), a imagem corporal representa uma experiência dinâmica das relações com o mundo e com a interação entre os aspectos conscientes e inconscientes. Ademais, o objeto em foco corresponde ao *Eu* vinculado à identidade e à experiência existencial. Assim, conforme a

autora, a imagem mental "integra várias modalidades sensoriais e diversos processos psíquicos que estão continuamente em intercâmbio formando imagens de objetos externos e internos" (2003, p.29). Ou seja, o indivíduo constrói a imagem do seu corpo intimamente associada ao desenvolvimento do sistema sensorial e das relações socioculturais.

Além disso, a construção da imagem corporal do sujeito depende do processo de desenvolvimento da identidade corporal que é assegurada pelas sensações corporais, fonte da subjetividade humana. Este processo também dependerá da singularidade da estrutura orgânica e do espaço de relações de cada indivíduo (Tavares, 2003).

É compreensível que, em meio de uma cultura que valoriza o corpo magro ou *fitness*, os indivíduos procurem atingir tal ideal de beleza. Sem embargo, quando não conseguem, entram em uma situação de insatisfação com a imagem corporal. De acordo com Warren et al. (2005), esta insatisfação consiste em uma avaliação subjetiva negativa da aparência física que repercute, inevitavelmente, a nível psicológico.

Sarwer et al. (1998), fizeram uma revisão dos métodos psicológicos usados em cirurgia plástica e propuseram critérios baseados na imagem corporal. Para os autores, a imagem corporal é definida como um conceito multifacetado, compreendendo desenvolvimento de pensamentos e o comportamento a respeito do corpo, influenciados por fatores perceptivos e socioculturais.

O estudo de Sante e Pasion (2011) investigaram as características de personalidade e o nível de satisfação com a imagem corporal de mulheres que buscaram cirurgias plásticas comparando com um grupo sem esta demanda de cuidados médicos. Através da análise da Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC), pelo Desenho da Figura Humana (DFH) usado neste estudo e pelas escalas de personalidade de Comrey (CPS) se concluiu que as mulheres que buscaram cirurgias plásticas apresentaram maior insatisfação com a própria aparência corporal, maior atitude defensiva

e sensibilidade afetiva do que as mulheres que não buscaram esses procedimentos. Além disso, a autora considerou essas características como motivadoras na procura por modificação do próprio corpo.

Porém, a mais importante contribuição deste estudo para este tese foi a constatação da autora de que as vivências psíquicas relativas à imagem corporal e as características de personalidade são elementos relevantes a serem considerados na avaliação clínica de solicitantes de cirurgias plásticas estéticas. Portanto, essa conclusão comprova a minha hipótese de que as cirurgias plásticas modificam de maneira significativa as ressignificações mentais dos pacientes podendo melhorar as suas relações sociais com os outros e consigo mesmo.

Pitanguy (1992), considerava a imagem corporal como um importante componente da identidade do indivíduo fundamental para o verdadeiro entendimento da busca por cirurgias plásticas. Para ele, as reais motivações das pessoas por estes procedimentos vinham associadas ao desejo de melhorar a própria imagem como ferramenta de construção da identidade individual transformando-as em agentes ativos neste processo.

Além da imagem corporal, a autoestima também tem sido um frequente objeto de estudo e investigação do comportamento humano dentro das ciências sociais, principalmente no tocante a cirurgias plásticas. Também foi uma das principais motivações para a realização de cirurgias plásticas que encontrei em minha dissertação de mestrado (Masiero, 2014). O cuidado de si através de uma intervenção cirúrgica no corpo acaba modificando a visão do indivíduo sobre si mesmo, ou seja, ressignifica a sua imagem corporal e, conseqüentemente, melhora a autoestima. Ademais, estas mudanças na maneira de ver-se também possuem efeitos socioculturais relevantes, pois aumentam a confiança em si mesmo permitindo, assim, uma melhora nas suas relações pessoais e profissionais.

Desta maneira, devido a sua estreita relação com o ajustamento psicossocial, a autoestima tem

sido vista como um importante indicador de saúde mental e um fator relevante nas análises de crescimento e progresso nos países desenvolvidos (Rosenberg (1965[1973])). A avaliação da autoestima também vem sendo considerada uma importante ferramenta na identificação e na prevenção de problemas e transtornos psicológicos (Hutz & Zanon, 2011). Neste sentido, considera-se pertinente a utilização neste estudo da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) como ferramenta investigativa, pois os dados obtidos poderão ser aproveitados posteriormente como fontes de informações para futuras elaborações de estratégias de educação em saúde.

De acordo com Rosenberg (1965[1973], p. 38-39), a autoestima é um conjunto de sentimentos, pensamentos e atitudes positivas ou negativas em relação a si mesmo. Tradicionalmente, se descreve a autoestima como uma experiência individual, íntima ou pessoal da própria estimativa de valia. Ou seja, é um conjunto de significados que o indivíduo cria sobre seu próprio valor, competência e formas de aceitação de sua realidade. A sua definição vem sendo alterada desde o século XIX com a incorporação de aspectos importantes na sua conceituação inicial como o autorrespeito e a autoaceitação (Tafarodi & Milne, 2002).

Portanto, independente de uma avaliação externa ou social, entende-se que uma pessoa que se considera com uma alta autoestima faz-se uma elevada valoração de si mesma (Donnellan, Trzesniewski & Robins, 2011). Contudo, pode existir uma visão negativa das pessoas em relação a quem possui alta autoestima, pois o indivíduo pode ser considerado narcisista ou como se sentisse muito melhor que os outros.

Por outro lado, os itens da EAR revelam que a alta autoestima expressa que o indivíduo se sente suficientemente bem e digno da estima dos outros, se respeitando pelo que é, sem temores de si ou dos outros e nem se sentindo superior. Ou seja, o indivíduo se aceita como tal porque sabe que possui virtudes e defeitos deixando de lamentar quando se vê, pois busca madurar e melhorar

sempre. Já a baixa autoestima da EAR implica em insatisfação e desprezo por si mesmo (Rosenberg, 1965[1973]). O indivíduo não gosta do que observa em si transformando sua percepção, imagem corporal e autorretrato tão desagradáveis que não lhe resta outra alternativa: ou desejar mudar ou se deprimir.

Estudos têm demonstrado que a baixa autoestima se correlaciona negativamente com depressão, com humor negativo, percepção de incapacidade, delinquência, ansiedade social, transtornos alimentares, ideação suicida e preditor de severidade de estresse e de sintomas como asma e artrite reumatóide (Hutz & Zanon, 2011). Mais uma vez demonstrando a importância desta característica para a educação em saúde.

Sem embargo, muitas pessoas com baixa autoestima recorrem a tratamentos estéticos para sentirem-se melhor com a sua aparência. Entre eles, a cirurgia plástica é a opção que promove resultados mais rapidamente sendo constantemente procurada para um aumento na autoestima em algum momento da vida em que a pessoa sente-se vulnerável. É como um trampolim para alcançar um nível de bem-estar instantâneo após um período difícil de sofrimento como, por exemplo, a ruptura de um relacionamento ou a perda de um emprego (Masiero, 2014).

Ademais, a pessoa que submete-se a uma cirurgia plástica pode querer tanto escutar elogios dos demais de que está bonita e jovem por haver se operado como também pode querer escutar esses elogios, porém sem que as pessoas saibam que realizaram um procedimento cirúrgico. Neste último caso, elas querem ser vistas como bem cuidadas e bonitas de uma maneira natural sem que para isso tenham que recorrer a ajuda do bisturi. Contudo, em ambos casos, os sujeitos querem aumentar a sua autoestima através dos elogios que recebem decorrentes de uma mudança corporal.

Por outro lado, também existem indivíduos que farão questão de dizer aos outros que realizaram a cirurgia plástica. Isto porque consideram que existe um *status* social nestes procedimentos já que

o custo financeiro não permite que todos os públicos alcancem tal privilégio, mesmo com a democratização crescente das cirurgias plásticas com diversas formas de financiamento. Assim, estas pessoas podem estar buscando os elogios não só em relação a sua melhora física, mas também por sua situação financeira permitir tal luxo aumentando a autoestima e causando uma sensação de vencer na vida.

Antonio (2008), abordou em seu estudo as cirurgias plásticas, a autoestima e os seus aspectos psicológicos. Conforme a autora, existe uma “psicogenização” da vida social que faz com que as pessoas sintam-se pressionadas para estarem felizes e com uma boa aparência. Ela aponta que:

O que me chamou a atenção durante o trabalho de campo, e em vários casos diferentes, foi o modo como as pessoas enfatizam a necessidade de “estar bem consigo mesmas”, o “cuidar-se”, o “estar belo” e o “aumento da autoestima” como um imperativo moral, uma conquista pela qual cada indivíduo deve batalhar de modo a adquirir a aparência desejada. (Antonio, 2008, p. 91).

A autora também afirma que alguns indivíduos consideram a baixa autoestima como uma enfermidade que as cirurgias plásticas podem curar. Neste sentido, Swami (2009), diz que uma das justificativas para a realização da cirurgia plástica é a busca pela cura de aspectos emocionais depreciativos, principalmente no que diz respeito à autoestima do indivíduo. Segundo o autor, a cirurgia plástica estética possui seu caráter reparador em função de ofertar a possibilidade de erradicação ou tratamento de uma patologia psicológica.

Por outro lado, a melhora da autoestima através da realização de cirurgias plásticas também pode estar relacionada com a vaidade. Segundo Fan (2014), a vaidade é definida como a alegria de sentir-se superior aos outros e a infelicidade de sentir-se inferior aos outros. Refere-se a um cuidado, que pode chegar ao excesso, com o próprio corpo e beleza. Alguns estudos demonstram que a vaidade pode ser vista como uma necessidade saudável de melhorar a autoestima e o bem-estar (Edmonds, 2007; Avelar & Veiga, 2011).

Sem embargo, a procura por cirurgias plásticas também pode ser influenciada pela cultura da beleza das sociedades modernas que não cessam em mostrar corpos esculturais provocando uma auto-avaliação individual negativa da imagem corporal, diminuindo a autoestima e causando um grande sentimento de insatisfação. Desta maneira, a imagem corporal e a autoestima serão construídas pela formação das representações socioculturais de corpo inseridas na mente humana.

Portanto, deve-se compreender que a autoestima está intimamente relacionada com a imagem corporal juntamente com a realidade existencial do indivíduo, que envolve os sentimentos, a memória, a percepção e os aspectos simbólicos resultantes da sua interação com o mundo. As possibilidades de se *TER* no corpo são referentes aos processos de construção e desenvolvimento da imagem corporal e da conscientização de autoestima da pessoa em relação com os outros. O *TER*, neste caso, é a ressignificação corporeomental do indivíduo após submeter-se a uma cirurgia plástica que transformará a sua imagem corporal e autoestima de forma importante.

Por fim, deve-se destacar que uma avaliação antropológica dos aspectos psicológicos motivacionais no momento do pré-operatório pode evitar sofrimentos desnecessários gerados por uma agressão cirúrgica bem como pode ser um instrumento para a detecção de eventuais psicopatologias que poderão ser tratadas pelo encaminhamento ao profissional adequado. Assim, a imagem corporal e a autoestima deveriam ser consideradas variáveis mais relevantes na otimização dos resultados de cirúrgicos de pessoas que visam uma satisfação corporal poupando assim possíveis constrangimentos pessoais e profissionais.

4.2 Beleza e perfeição como padrão de sucesso

“Se, por uma única vez, tivesse duvidado de que restituir a beleza não contribuiria para a felicidade, eu teria renunciado.” (Pitanguy, 1984, p.10).

A definição de beleza tem um fundamento filosófico amparado em grandes autores, como Aristóteles, Platão, Kant e Hume, que promovem discussões ontológicas, epistemológicas, éticas e de aspectos socioculturais ao longo de centenas de anos (Vacker & Key, 1993). No entanto, a sua conceituação ainda é muito subjetiva já que engloba aspectos importantes da sociedade, da cultura e da época cujas representações coletivas e/ou individuais variam periodicamente. A beleza está no olhar de quem a vê, estando, portanto, vulnerável aos julgamentos oriundos da percepção, experiência e dos próprios gostos.

Sem embargo, apesar da beleza parecer ter um conceito enigmático e pouco assertivo, os meios de comunicação projetam mensagens de modelos específicos de corpos perfeitos, cabelos e rostos que paulatinamente são considerados padrões de beleza a serem seguidos. Ademais, geralmente características como a bondade, a felicidade e o sucesso pessoal e profissional são associadas pela mídia a pessoas de boa aparência que facilmente são amadas por todos. Deste modo, a busca por este estereótipo leva os indivíduos a apropriarem-se de bens, como roupas e acessórios, e também os leva a modificar o próprio corpo através de tratamentos estéticos ou de cirurgias plásticas.

Neste último caso, a cirurgia plástica não visa apenas corrigir algum defeito corporal, mas também busca aumentar a satisfação do sujeito por sentir-se mais bonito e aceito socialmente como uma pessoa que, apesar dos infortúnios da vida, não descuida-se de sua aparência e nem envelhece bruscamente já que controla suas marcas do tempo. Assim, a mídia e o corpo, considerado objeto de consumo, vêm transformando as pessoas em consumidores compulsivos que gastam um grande volume de recursos financeiros na indústria da beleza para obter alguma melhora na aparência física

e, conseqüentemente, nos outros setores da vida (Strehlau, Claro & Laban Neto, 2015).

Neste sentido, Pitanguy (1984) tratou de explicar suas observações, como médico cirurgião plástico e professor, acerca da obsessão pela beleza dos corpos no Brasil:

Sobre a areia branca do Leblon, tive a revelação da importância quase obsessiva dada pelos brasileiros – homens e mulheres – a seus corpos. A beleza é uma das preocupações desse povo, formado por brancos, índios, pretos e mestiços que convivem bastante harmoniosamente. E essa preocupação se deve ao clima, que permite, durante grande parte do ano, expor-se ao sol e gozar o mar. O corpo é oferecido aos olhares. É, portanto, sujeito à admiração ou aos sarcasmos. Assim, rico ou pobre, o brasileiro cuida da sua silhueta. Nos países frios, os gordos, os magros, os magérrimos, os fracos ou os barrigudos podem dissimular mais facilmente seus descuidos físicos sob a carapaça das roupas. Mas não aqui, no Brasil. A transparência esvoaçante e perturbadora das roupas, a extrema exiguidade dos maiôs desafiam qualquer fraude. É preciso ser bem-feito de corpo. Ou fazer tudo para parecer o melhor possível. Em resumo, é preciso agradar. Os jogos esportivos, a natação e as danças fazem parte desse permanente concurso de beleza. Quando pisei a primeira vez na praia do Leblon, fiquei sem respiração. Todas aquelas mulheres de corpos acetinados ao sol e de pele dourada me pareciam belas como deusas de um novo Olimpo. (Pitanguy, 1984, p. 31).

Outro ponto em relação à beleza que Berger (2006) aponta é que nas sociedades modernas, tanto no Brasil como na Espanha, o culto ao corpo promove um ajuste nos padrões corporais pré-estabelecidos evidenciando afiliações sociais de grupos e estilos de vida dirigidos para um reconhecimento social. Ou seja, os cuidados do corpo foram exercidos para que os indivíduos sintam-se incluídos na sociedade e também identificados a uma classe social.

Para melhor entender este incessante desejo de ser belo, perfeito e aceito em sociedade torna-se interessante conhecer brevemente alguns estudos antropológicos sobre a beleza. Umberto Eco (2010; 2007) escreveu sobre a história da beleza, e também a da feiúra, resumindo as mudanças dos padrões de beleza ao longo do tempo. Através das ilustrações do seu livro, nota-se que o estilo e a economia andam paralelamente na mesma direção, pois nem todos os modelos apresentados eram acessíveis de serem seguidos por toda gente. A gordura, a magreza, a cor da pele, os cortes de cabelo e, principalmente, a perfeição dos corpos são os aspectos mais evidentes e modificáveis com o passar do tempo. Seus formatos e volumes são variantes de cada cultura, porém algumas delas são

capazes de projetar as imagens de maneira mais persuasiva. A Grécia antiga é uma delas. Civilização da beleza, expunha sua idealização ao corpo com formas harmônicas que reservavam uma alma bondosa que só poderia existir, para uma pessoa perfeita, quase um Deus (Eco, 2010).

Entretanto, na história da feiúra retrata-se as dores, a rejeição e a influência religiosa na vida dos indivíduos que causavam assombro por sua aparente monstruosidade causada pelas suas inúmeras assimetrias corporais. Conforme Eco (2007), a definição de feio foi esquecida pelos filósofos e artistas durante séculos. Para ele, geralmente, o feio é conotado como a antítese do belo sendo associado simultaneamente, porém inversamente, com a história da beleza e as suas nuances políticas e sociais. Ninguém jamais quis ser taxado de feio. Somente com esta constatação, pode-se notar o sofrimento e o estigma que um corpo fora do padrão estético pode causar.

Nesta mesma linha de pensamento, Bernuzzi de Sant'anna (2014), trata da história da beleza no Brasil afirmando que a aparência sempre foi um diferencial social que provoca tanto a inveja e o desejo como também é usada como um instrumento de poder e moeda de troca. A autora conta como ocorreram as mudanças do conceito de beleza ao longo do tempo desde a elegância das roupas, adornos e maquiagens, considerados muitas vezes motivos de suspeita de índole, comuns na república até os dias de hoje, onde os cuidados com o corpo no combate ao envelhecimento e à feiúra são exaltados transformando as cirurgias plásticas em um produto de consumo banalizado que molda o corpo causando uma sensação de prazer pessoal. Ela também aborda que o medo da solidão e do fracasso são um dos principais motivos para o desejo da beleza como forma de compensação de uma dor interna causada por uma sociedade que julga sem pudores já que, nas palavras da autora, “a feiúra vende mal”.

Sobre o aspecto da repulsa social ao feio, Le Breton (2012) explica como a imperfeição corporal, seja por simples feiúra ou por alguma deformidade, pode provocar dor e preconceitos em quem vive

em uma sociedade tão visual que rejeita as diferenças e exalta a homogeneidade dos corpos:

O corpo estranho se transforma em o corpo estrangeiro, opaco, sem diferença. A impossibilidade de se identificar com ele (a causa da enfermidade, a desordem dos gestos, da velhice, da –feiúra-, da origem cultural ou religiosa diferente, etc) é a fonte de todos os preconceitos de uma pessoa. A diferença se converte em um estigma mais ou menos afirmado. A priori, ninguém é hostil a um –inválido-, nem a um louco, por exemplo, ninguém é indiferente a sorte dos velhos, sem embargo, o afastamento de que são objetos tanto uns como outros nos fala sobre o difuso mal estar que provocam. (Le Breton, 2012, p. 134)

Sem embargo, o desprezo à feiúra e a ânsia pelo belo nem sempre foi assim. Na idade média, um período de escuridão social, os cuidados com o corpo voltaram-se mais para a cura das pestes do que para a sua aparência. Mas, com o renascimento a beleza e a harmônia das formas do corpo voltaram com toda a força e tomaram conta dos artistas e pensadores cujas obras expunham um ideal de beleza que enchia os olhos de contemplação da população que pouco a pouco foi rendendo-se às influências culturais. No entanto, nada se compara com a onda de cuidados estéticos que abala o mundo no século XXI. A indústria da beleza nunca foi tão forte, nem mesmo as pessoas foram tão vaidosas como são agora, quiçá artimanhas de consumo das sociedades modernas.

De acordo com Novaes (2006), o progresso da ciência, desde o século XIX nas áreas da morfologia, genética, psiquiatria, psicanálise e, na mesma vertente, na cirurgia plástica estética, cosmetologia, nutrição e atividades físicas, permitiu aos indivíduos criar um corpo aperfeiçoado que foi respaldado no discurso higienista de que as pessoas devem ser atraentes nos mínimos detalhes atribuindo o conceito de “corpolatria”, usado por Courtine²¹ em outrora. A autora também trata o corpo como equivalente a uma nova liberdade frente às demandas sociais pela qual transformou-o em mercadoria acessível para encontrar a desejada beleza tanto por maquiagens como por cirurgias plásticas. Ela ressalta, ademais, que a partir do capitalismo a beleza passou a ser moeda de compra (Novaes, 2006, p. 71).

21 Courtine, J.J. (1995). Os stakhanovistas do narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: Sant’anna, D. B. (Org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade.

Destarte, a democratização da beleza também tornou o corpo mais artificial desnaturalizando-o tal como um signo cultural. Isto é, a beleza deixou de ser um privilégio natural da genética e passou a ser uma necessidade passível de construção baseada nos padrões estabelecidos socialmente. Desta maneira, a representação simbólica de uma boa aparência passou a ser atribuída ao consumo de produtos estéticos, cirurgias plásticas e, também, pela inserção social em academias, salões de beleza, clínicas estéticas e *shopping centers* que podem reformar os corpos que não se ajustam aos moldes sociais.

Por outro lado, Rodrigues (1979) afirma que a cultura pode ir aos poucos naturalizando o corpo artificial através da normalização de padrões sociais de comportamentos de forma que se transformem em atitudes corriqueiras de cuidados em beleza como, por exemplo, a depilação, as unhas, as maquiagens e até mesmo as cirurgias plásticas. Para ele:

A cultura dita as normas em relação ao corpo; normas a que o indivíduo tenderá, à custa de castigos e recompensas, a se conformar, até o ponto de estes padrões de comportamento se lhe apresentarem como tão naturais quanto o desenvolvimento dos seres vivos, a sucessão das estações ou o movimento do nascer e do pôr-do-sol. Entretanto, mesmo assumindo para nós este caráter 'natural' e 'universal', a mais simples observação em torno de nós poderá demonstrar que o corpo humano como sistema biológico é afetado pela religião, pela ocupação, pelo grupo familiar, pela classe e outros intervenientes sociais e culturais. (Rodrigues, 1979, p. 45)

Neste sentido, Bourdieu (1987) também afirmava que o corpo não é algo indistinto oferecido pela natureza, mas sim um objeto trabalhado, saudável, cuidado e mais bem dito como uma natureza cultivada ou uma cultura transformada em natural. Para ele, as práticas que visam à beleza tornavam o corpo natural em um corpo distintivo socialmente, seja pelos seus gostos, seja pelo *habitus*²².

22 Conceito usado por Bourdieu que refere-se ao princípio da instituição escolar, investida da função de transmitir conscientemente e em certa medida inconscientemente ou, de modo mais preciso, de produzir indivíduos dotados do sistema de esquemas in- conscientes (ou profundamente internalizados), o qual constitui sua cultura, ou melhor, seu *habitus*... [Bourdieu, P. (1974). A economia das trocas simbólicas. (Introdução, organização e seleção de Sérgio Miceli). São Paulo: Perspectiva. p. 346].

Além disso, Bourdieu (1999) também critica a dominação masculina das sociedades que obriga os homens a serem fortes e viris, enquanto as mulheres devem ser delicadas e submissas. De acordo com o autor, os homens geralmente tendem a considerar as partes de seu corpo pequenas demais e já as mulheres se mostram insatisfeitas com as regiões que lhe parecem, ao contrário, ser grandes demais. Também aponta que essa dominação masculina transforma as mulheres em objetos simbólicos que acabam por colocá-las em um estado de insegurança corporal permanente, pois estão à mercê do olhar e da aprovação dos outros. Por isto, ser magra e jovem contribui para aumentar a distância da concepção entre o corpo ideal e o real da mulher.

Além disso, deve-se destacar que a busca pela beleza para as mulheres também representa um instrumento de poder que lhe concede visibilidade e direito à fala. Ademais, esta boa aparência feminina é um modelo inspirado na visão do *Outro* sobre a mulher como forma de um espetáculo do corpo, manifestando assim um desejo de singularização, aceitação e acolhimento do sujeito independente de seu gênero. Nesta linha de pensamento, Nascimento e Silva (2014) afirmam que:

(...) a beleza feminina é construída pelo Outro, atribuído enquanto mídia, no sentido de atrair o outro, já que acreditamos que a subjetividade feminina, sobretudo através do espetáculo, acontece no sentido de atrair o olhar do outro, ou melhor, de assegurar-se na possibilidade de ser olhada pelo outro. Talvez uma das grandes questões a que tratamos é compreender que a tecnologia da imagem, ou seja, todos os cuidados corporais tornaram-se, ao longo do século XX, produtos de consumo oferecidos às mulheres cotidianamente através dos diversos meios de comunicação em massa. Em outras palavras, a beleza - poder atribuído à mulher, tornou-se uma imagem a ser assistida e copiada, destituída, assim, de possibilidade de singularidade. (Nascimento & Silva, 2014, p. 355).

O estudo do antropólogo Stéphane Malysse (2007) trata da singularidade do corpo da brasileira ao compará-lo com o das francesas. Ele afirma que enquanto a aparência do corpo na França é camuflada pelas roupas, seus desenhos e seus cortes, no Brasil as estratégias de se vestir centram-se exclusivamente no corpo e nas formas de mostrá-lo através da roupa. Portanto, a mulher brasileira sofre a pressão de ter que estar na moda, mas também de ter um corpo em boa forma para que assim

possa vestir-se de maneira adequada aos padrões de beleza com seu estilo singularmente estabelecido.

Além desta singularidade pouco compreensível, os meios de comunicação também exaltam a beleza como uma aquisição essencial para uma vida exitosa tanto pessoalmente como profissionalmente. Assim, *TER* um corpo belo e perfeito é quase um pré-requisito que influenciará em todos os aspectos da vida de uma pessoa e, também, na sua identidade. Por outro lado, o descuido corporal será motivo de chacota e sinônimo de descuido, descaso, fracasso ou preguiça (Masiero, 2014). Estes estereótipos de beleza podem provocar um desequilíbrio da identidade individual podendo causar a uma enfermidade emocional, que se não tratada, poderá ser irreversível levando, no pior dos casos, ao suicídio.

No entanto, é importante salientar que esta busca pela beleza está presente nas sociedades há muitos séculos, porém antes, ao invés de cirurgias plásticas e tratamentos estéticos, as mulheres utilizavam adornos, enfeites e maquiagens para sentirem-se mais atraentes (Lipovetsky, 2000). Para Lipovetsky (2000), existe uma febre para que os indivíduos busquem enquadrar-se no trinômio beleza-magreza-juventude que acaba afetando as mulheres como uma espécie de tirania social. Conforme o autor, as mulheres ficam tão obcecadas por encaixarem-se na normalidade estética que ao transformarem os seus corpos, seja por cirurgias ou por musculação, acabam chocando-se com o ideal moderno individualista e singular dos sujeitos para homogeneizarem-se corporalmente seguindo o poder cultural. Para ele, esta questão é totalmente contraditória já que as sociedades tentam impor um ideal de autonomia individualista, porém valorizam a conformidade com os modelos de beleza sociais do corpo. Ou seja, nas sociedades modernas, o aumento do individualismo juntamente com a ascensão das pressões sociais sobre a normalização do corpo, apesar de paradoxais, parecem andar na mesma direção.

Sob este aspecto, Goldenberg (2011) afirma que se por um lado o corpo da mulher brasileira aparentemente emancipou-se de suas antigas servidões sexuais, procriadoras ou indumentárias, por outro, encontra-se submetido a coerções estéticas regulares tão imperativas e angustiantes como as práticas de antigamente. Isto é, para a autora, vivemos em um equilíbrio de antagonismos já que é um dos momentos de maior liberdade e independência feminina, porém, também de alto grau de controle corporal da aparência da mulher brasileira.

Neste sentido, sabe-se que a o Brasil é um dos países que mais se realizam cirurgias plásticas no mundo (ISAPS, 2016) e também onde as mulheres mais buscam o corpo perfeito (Edmonds, 2007). Com o objetivo de entender a maneira como o corpo se configura em símbolo cultural, as ciências sociais desenvolveram vários estudos interpretando códigos de identidade e de alteridade. A compreensão dos usos do corpo, associados à moda, manifesta o universo simbólico das sociedades facilitando o entendimento dos processos sociais do mundo em que envolve o corpo.

Para Mauss (1979), a cultura do corpo é construída pela imitação prestigiosa dos comportamentos dos indivíduos. Isto é, conforme as palavras do autor, o conjunto de hábitos, crenças e tradições, característicos de uma cultura, também se referem ao corpo. Portanto, há uma construção do corpo baseada na cultura que valoriza certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo típico para cada sociedade. Esse corpo, que pode variar com o contexto histórico e cultural, é formado pelos membros da sociedade através desta imitação de condutas. Ou seja, os indivíduos imitam os atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito e que observaram ser bem sucedidos.

Outro grande autor que escreveu sobre os estudos dos controles sociais corpo foi Michel Foucault (1979). Nos seus estudos, ele aponta o saber como um importante mecanismo de poder que garante o desenvolvimento da sociedade industrial ao descrever o conceito de biopoder como

uma tecnologia disciplinadora de controle utilitarista do corpo. Para Foucault, as tecnologias são disciplinares, pois promovem ao corpo um foco de poder cujo principal objetivo é o adestramento dos indivíduos para assim extrair-lhes as forças necessárias aos interesses do capital social. Deste modo, o corpo domado é usado a serviço exclusivo da sociedade ao qual pertence, devendo ser mais que perfeito, ser saudável, forte, belo, magro, jovem ou, menos apazivelmente, ser um cérebro pensante.

4.3 Gênero e Sexualidade: desejo pessoal ou social?

“Os homens que desejam fazer cirurgias plásticas se distanciam da norma da masculinidade racional como um *disembodied*²³. Davis, 2002, p.59)

Nascemos com um gênero social biologicamente conhecido. Este é rapidamente informado para os nossos pais através dos médicos tradicionalmente com a frase: “é um menino” ou “é uma menina”. Antes dos avanços da medicina, hoje as ultrassonografias são capazes de detectar o sexo do bebê já no quarto mês de gravidez, essa notícia era a mais esperada após o parto. No entanto, tem-se observado que nem sempre este gênero, designado ao indivíduo ao nascer, se encaixará com a sua percepção própria de pessoa feminina ou masculina, podendo ser necessário a transição de um gênero para outro, tema discutido no capítulo 3.5 desta tese.

Durante a infância, inicia-se a formação da identidade de gênero da criança, inocente de preconceitos e pudores, sendo manifestada através dos jogos, brincadeiras e até mesmo das roupas e acessórios que imita dos adultos. Neste período, os maiores repressores são os próprios pais e familiares que insistem com frases como “isso não é brincadeira de menino” ou vice-versa. Estes rótulos, culturalmente transmitidos pela sociedade, começam a confundir a criança que, muitas vezes, se reprime por medo e anseio de aprovação dos seres mais queridos de sua vida.

23 Sem corpo, desencarnado.

Além do gênero, a sexualidade também começa a aflorar nesta fase, porém, é na adolescência e na idade adulta que os desejos aparecem com maior intensidade (Guimarães, 2016). Os hormônios à flor da pele, a escola, os amigos, a pressão do primeiro beijo e a primeira atração física são alguns aspectos que transformam a adolescência no momento mais propício para o desenvolvimento sexual do ser humano. É neste instante que pode haver um grande conflito entre o desejo pessoal e o social, entre o considerado natural ou certo e patológico ou errado. Nem sempre o processo de aceitação dos reais desejos é fácil, na maioria das vezes não o é, pois as normas sociais podem ser esmagadoras sendo, assim, extremamente complicado ultrapassar tais barreiras.

Sabe-se que o gênero e a sexualidade são aprendidos através da cultura, dos discursos da mídia, da ciência, das religiões, das leis e também, atualmente, através dos discursos dos movimentos sociais e dos múltiplos dispositivos tecnológicos. As diversas maneiras de experimentar os prazeres, os desejos e os afetos são ensinadas pela cultura. Hoje, mais do que nunca, essas formas são múltiplas e as possibilidades de viver o gênero e a sexualidade ampliaram-se. Desta maneira, Heilborn (1997), explica de forma simples o significado de gênero dentro das ciências sociais:

Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. (Heilborn, 1997, p. 1)

Ou seja, assim como Elias (1993) afirmou que a espécie humana é essencialmente dependente da socialização, pode-se constatar que homens e mulheres são concebidos e modelados socialmente, e portanto, existe uma fraca determinação da natureza na definição de comportamentos em relação ao gênero e a sexualidade. Em minhas palavras, eu diria, resumidamente, que o gênero é o sexo que se vê no corpo e a sexualidade é o desejo que se sente no corpo. Além disso, contemporaneamente,

ambos são extremamente maleáveis e passíveis de transformações, transições e mudanças de prazeres. As normas binárias se multiplicaram, aumentando as possibilidades de reinventar-se e ressignificar-se tanto no gênero como sexualmente.

Além disso, o gênero é uma construção deliberada e não um processo natural (Antunes & Marcantes, 2011). Sem embargo, ocorre uma insistência das ciências biomédicas em “essencializar” e naturalizar o gênero. A partir da lógica social, estabelece-se um significado aos corpos, práticas, relações, crenças e valores relacionados ao gênero e a sexualidade. Ademais, mesmo que o gênero seja variável e diverso culturalmente, parece ser parte de um princípio conferindo à realidade em que vivemos. Ou seja, tanto o corpo produz o gênero, como o gênero produz o corpo em uma relação simultânea (Benedetti, 2005).

Neste sentido, Butler (2009) aponta que as definições de gênero e sexualidade são distintas, mas acredita não ser possível dissociá-las completamente. Para ela, algumas formas de sexualidade estão vinculadas com fantasias sobre o gênero, e algumas formas de viver o gênero requerem certos tipos de práticas sexuais. No entanto, segundo a autora, as significativas descontinuidades entre as normas de gênero e a normativa sexual não permitem que se crie nada, pois somos influenciados previamente pela sociedade em qualquer ação que vamos tomar: “ainda que podamos refazer nossos gêneros ou tentar refazer, com pouco êxito, a nossa sexualidade, estamos presos por normas, mesmo que lutemos contra elas.” (Butler, 2009, p.334).

Ademais, Butler (2009) aponta que apesar de não sabermos exatamente o que as normas de gênero da sociedade esperam de nós, estamos sempre em movimento e orientados dentro de seus termos. Para ela, ao registrar o gênero de uma criança, ela recebe uma demanda enigmática de um desejo do mundo adulto. Entretanto, essa criança passa por uma profunda confusão ou desorientação sobre o que esse gênero significa, ou deveria significar, assim como de quem

pertence o desejo de um gênero. Se o desejo está construído em relação ao que a sociedade quer, então a ideia do próprio desejo será inexistente. A partir disso, entende-se que as pessoas desde a infância estão negociando os seus desejos com o que se esperam delas, criando uma performance de gênero em que nem sempre o sujeito está atuando por si só.

Entretanto, na infância a construção cultural do corpo, ou o *embodiment* (Csordas,1990), se encontra mais passivamente. Porém, na adolescência o corpo começa a ganhar representações simbólicas ativamente com a formação dos significados socioculturais que, na maioria das vezes, são impostos coletivamente pelo tradicional binarismo de sexos. No entanto, na idade adulta a identidade de gênero torna-se mais consciente e se buscam meios de manipular as formas masculinas ou femininas de seus corpos, incorporando significados de gênero polimorfos perpetuados socialmente. O *embodiment* das pessoas se refere à apropriação cultural de gênero e sexualidade com o fim de adquirir formas corporais e práticas simbólicas desejadas. A transformação de seus corpos transgride às limitações biológicas construindo uma posição social ou a performance de gênero que aborda Butler (2009).

Neste sentido, o sistema gramatical de gênero constitui um importante instrumento na formação de identidades sociais. Através dos discursos, as pessoas utilizam a gramática como um recurso para construir a si próprias e aqueles sujeitos de quem falam. Esse processo, baseado em práticas semióticas, está culturalmente ligado a categorias sociais específicas que fazem com que os falantes se refiram a si mesmos a partir das performances de gênero citadas por Butler (2009). Sem embargo, quando se trata de pessoas transexuais, por exemplo, contando suas histórias, esse processo de generalização linguística torna-se polissêmico, pois os sujeitos se deslocam continuamente nos discursos para a fabricação de um novo *Eu*, feminino ou masculino.

Na mesma linha de pensamento que o gênero, a sexualidade é construída através da elaboração

sociocultural das condutas de homens e mulheres. Também pode ser a expressão das trocas simbólicas e eróticas entre sujeitos, de sexos diferentes ou de um mesmo sexo, resultantes de uma significação coletiva do desejo, de como e a quem deve-se desejar. De acordo com Heilborn (1997, p. 4): “a sexualidade é uma forma moderna de arranjo e construção de representações e atitudes acerca do que seria uma orientação erótica espontânea, traduzindo uma dimensão interna do sujeitos, ordenada pelo desejo”. Para a autora, o termo ganhou tanta força que precisou ser desconstruído, pois tal representação é particular a uma determinada cultura na qual não existe uma sexualidade em si, apenas pode-se compreendê-la quando o contexto cultural assim o autorizar. Ou seja, a sexualidade abrange instâncias de maior significação, além de uma dimensão interna dos sujeitos, como a família, o parentesco e moralidade social.

Portanto, o gênero pode ser entendido como um processo que representa uma identidade individual que se alterna entre o sexo físico e o sexo social. Já a sexualidade é o comportamento esperado de uma pessoa de um determinado sexo resultante do produto das convenções socioculturais acerca do gênero em um contexto social específico. Contudo, essas definições são baseadas em um relativismo cultural criado pela expectativa do que espera-se de homens e mulheres em uma sociedade. Neste caso, o discurso antropológico sobre o gênero e a sexualidade está enfatizando na atribuição de papéis geradores de identidades para ambos os sexos formando assim um sistema social simbólico gênero-sexual.

Por outro lado, existe uma dimensão subjetiva do mal-estar do gênero causado pela sociedade que encontra um paradoxo ao introduzir as mudanças sociais para reduzir o padecimento humano vinculado às exclusões que o modelo normativo de gênero produz. A discriminação, o maltrato, a marginalização, a opressão, a violência médica, a estigmatização, os preconceitos e a medicalização são exemplos de experiências desagradáveis que o modelo binário provoca em um indivíduo que

não se enquadra. Posturas radicais que são incapazes de dialogar, causam dor e sofrimento aos sujeitos que acabam, muitas vezes, cedendo ao dogmatismo logicista por medo à diferença dentro dos coletivos sociais.

Gonçalves (2000) fez uma revisão sobre os estudos que tratam do significado social de gênero na antropologia, apontando que a diferença de sexo sempre constituiu-se um tema de interesse antropológico. Conforme sua análise, no primeiro momento, com a Antropologia Clássica, encontravam-se reflexões sobre a distinção entre os sexos nos estudos de Morgan e Malinowski, bem como nos trabalhos de Bateson e Mead que contribuíram com teorias sobre gênero e sexualidade enquanto construções sociais com diferentes significados de acordo com cada cultura. Estes estudos buscavam identificar uma tendência universal a ordenação de uma estrutura hierárquica através do gênero, apesar de confirmarem a existência de uma variabilidade de leituras culturais geradas pela natureza biológica dos sexos.

Já no segundo momento, a partir de 1970, Gonçalves afirma que surgiram estudos com críticas feministas e aspectos políticos oriundos da diferença sexual. A partir disso, coletâneas marcavam novas posições teóricas e metodológicas de gênero como as de Collier e Rosaldo; Strathern e MacCormack; Ortner e Whitehead; e J.F. Collier e Yanagisako (Gonçalves, 2000, p. 1-2). Rosaldo (1974), por exemplo, escreveu sobre a hierarquia oriunda da separação dos trabalhos de mulher e de homem dentro das esferas doméstica e pública. Para ela, a esfera pública tinha a tendência de ser mais prestigiosa e mais valorizada nas sociedades modernas. Rosaldo também aponta que há sociedades que deveriam ser seguidas, como os Illongot das Filipinas, onde os homens circulam pelas esferas pública e doméstica, revezando-se com as mulheres nas suas tarefas, permitindo assim uma igualdade maior entre os gêneros.

Por outro lado, Mead (1972) após comparar as culturas dos *arapesh*, *mundugumor* e dos

tchambuli, afirma que um indivíduo pode não sentir-se bem adaptado a uma cultura quando nasce em uma sociedade cuja sua personalidade, ou temperamento, não se enquadram com o seu sexo de nascimento. A autora aponta que estas tramas culturais causam tanta confusão, pessoas inadaptadas, infelizes e desorientadas que talvez, em sua opinião, seria melhor vivermos em uma sociedade que permitisse a expressão completa do temperamento das pessoas, sem questionarmos o gênero, para que a civilização assim não sacrifique mulheres e homens e possa então beneficiar-se socialmente da diversidade criando normas, simbolismos, arte e uma vida compatível com cada tipo de qualidades individuais. Por fim, ela conclui, modernamente para a época, que:

Historicamente, nossa própria cultura confiou, para criação de valores ricos e contrastantes, em muitas diferenças artificiais pelas quais a mais notável é o sexo. Não será em virtude da simples abolição desta diferença que a sociedade desenvolverá estruturas que ofereçam um lugar aos talentos individuais, em vez de forçá-los a entrar em um modelo que não lhes convém. Se queremos uma cultura mais rica em valores contrastantes, devemos reconhecer toda a escala das potencialidades humanas, e levantar assim uma construção social menos arbitrária, em que cada qualidade humana encontre o lugar que se corresponde. (Mead, 1972, p. 268, tradução nossa)

A relatividade antropológica vista nos argumentos de construção cultural de gênero de Mead, contrariando a premissa do determinismo natural e do essencialismo biológico, contrasta com a visão clássica antropológica estruturalista e hierárquica de Levi-Strauss (1987[1974]) que, apesar de ter sido criticado pelos primeiros estudos de gênero pelas trocas de mulheres, foi um importante antropólogo a escrever sobre os sistemas de parentesco com a organização baseada, resumidamente, na consanguinidade, na aliança, na afiliação e também, indiretamente, por gêneros. Sem embargo, mesmo podendo ser um sistema matriarcal ou patriarcal, os sistemas familiares eram organizados pelos homens, nas palavras do autor, “na sociedade humana são os homens quem *intercambian*²⁴ as mulheres e não o inverso.” (p. 91). Ademais, embora ele tenha afirmado que seu modelo era lógico e que se os termos fossem invertidos o sistema continuaria funcionando da mesma maneira, há uma

24 Trocam.

dominância masculina de natureza sociológica ao iniciar o processo através da decisão dos homens nas trocas de mulheres. Isto se observa na citação abaixo quando se explica a existência universal da proibição do incesto:

Isto equivale a dizer que, na sociedade humana, um homem unicamente pode obter uma mulher das mãos de outro homem, o qual a cede como forma de filha ou irmã. Não é necessário, pois, explicar como o tio materno faz a sua aparição na estrutura de parentesco: não aparece, mas sim está imediatamente dado a essa condição. O erro da sociologia tradicional, assim como da linguística tradicional, consiste em ter considerado os termos e não a relação entre os termos. (Lévi-Strauss, 1972, p. 90)

Sem embargo, ele quando discute linguagem e parentesco, parece pensar na mesma linha de Mead, pois Lévi-Strauss afirma que existe uma diferença entre o sistema de denominações e o sistema de atitudes. Para ele, seria um erro acreditar que em todas sociedades o sistema de parentesco constitui o principal meio de regular as relações individuais, pois pensa ser necessário distinguir as atitudes difusas, não cristalizadas e sem caráter institucional das que se pode admitir que são, no plano psicológico, reflexo ou fruto da terminologia. E para Mead, similarmente, seria um equívoco associar e generalizar o gênero, que nada mais é que uma nomenclatura de feminino e masculino, a atitudes específicas ou a temperamentos individuais próprios de homem ou de mulher. Ademais, o autor diz estar de acordo com as teorias de Radcliffe-Brown (1972) quando aponta que “existe uma contradição entre dois sistemas possíveis de nomenclatura, e o interesse que recai sobre as atitudes representa um esforço por integrar ou superar esta contradição entre os termos.” (Lévi-Strauss, 1972, p. 82).

O texto de Segato (1998), relaciona de forma interessante o tema antropológico do parentesco de Lévi-Strauss com os estudos que introduzem o modelo de Lacan na discussão do gênero. Para a autora, a antropologia e a psicanálise encontram-se em diversas frentes e tornam-se, em alguns momentos, quase inseparáveis. Observando que a função da proibição do incesto impõe um regime

de trocas, onde os termos de quem troca e quem é trocado, masculino e feminino se misturam, nota-se que o gênero é respaldado nos significados sociais do corpo do homem e da mulher. Além disso, o homem agencia as trocas enquanto a mulher oscila entre objeto passivo e agência, tendo cada um seu papel na sociedade. Assim, a formação da trama familiar é comandada pela emergência de cada novo sujeito, onde os papéis masculino e feminino se encontram prefigurados pelo regime de trocas.

Outro antropólogo que relaciona a antropologia com a psicologia é Espina (1997) que trata com clareza as visões paralelas de Freud e Lévi-Strauss principalmente no tocante aos controles de impulsos que as sociedades produzem em que, dependendo do tipo impulso, pode manifestar-se como cultura e ser compartilhado ou, ao contrário, pode transformar-se em neuroses quando a sociedade o rejeita. Ademais, com a interpretação dos discursos destes autores feita por Espina, entende-se que as repressões sexuais na sociedade são temas complexos que oscilam continuamente entre a identidade de gênero e a sexualidade.

Voltando-se agora, para o gênero e a sexualidade no tocante às cirurgias plásticas, entende-se que a formação da identidade de gênero manifestada pelo sistema simbólico pode ser facilitada pelo aperfeiçoamento corporal adquirido pelas cirurgias plásticas que podem tanto “feminalizar” como “masculinizar” o sujeito. Para Davis (2002), as cirurgias plásticas não podem ser entendidas como uma escolha individual e nem como um artefato de consumo cultural do corpo, pois estes procedimentos afetam globalmente todos os aspectos e interferem na maneira de ver-se e sentir-se como homem ou mulher. Ademais, a autora afirma que os gêneros, feminino e masculino, exercem um forte poder quando se tratam das práticas, tecnologias e discursos referentes às cirurgias plásticas.

Por outro lado, diferentemente de Bordo (2001), que acredita que as práticas cirúrgicas são similares para ambos os gêneros, Davis (2002) afirma que a forma que os indivíduos e os cirurgiões

plásticos do mundo ocidental encaram as cirurgias não é igualitária, pelo contrário, os significados transgressores de normas masculinas ainda dominam e o predomínio do público feminino perdura, porém, essas diferenças de gênero paulatinamente vão caminhando em direção à igualdade. Nas palavras da autora: “*The surgeons appear to embrace cosmetic surgery for women with enthusiasm as essentially beneficial and unproblematic. Cosmetic surgery for men, however, is treated as a potentially dangerous and risky endeavor*”²⁵ (Davis, 2002, p.54). A frase de Haiken (1997) também mostra que a visão dos próprios cirurgiões plásticos é diferente quando se trata de cirurgias plásticas para homens e para as mulheres:

*Although the ‘cultural barriers’ to men having cosmetic surgery may have been ‘crumbling’ since the 1960s, men who desire cosmetic surgery still tend to be regarded with some suspicion. In the medical literature, they are referred to as ‘overly-narcissistic’ and ‘effeminate’. As one American surgeon put it, ‘Any man considering a face-lift is probably an aging actor, a homosexual, or both’*²⁶ (Haiken, 1997, p. 156).

Nesta linha, Giddens (1993) aponta que os processos de feminilização parecem enfatizar que a anatomia não é mais o destino da humanidade, pois pode ser facilmente manipulada por vários motivos. Além disso, as pessoas transgêneros e/ou transexuais demonstram que quando trata-se do corpo, as mudanças corporais que se podem realizar, configuram uma escolha associada ao estilo de vida de preferência do indivíduo e não uma obrigação imposta pela biologia no nascimento. Assim como pensa Le Breton (2012, p.170) ao dizer que “a evidência anatômica e fisiológica não corresponde ao que o homem pode experimentar em sua complexidade, supondo que o corpo possui um mistério”.

Ademais das cirurgias plásticas, Beatriz Preciado (2008, p. 33), aponta que o século XX, pós-

25 Tradução minha: Os cirurgiões parecem abraçar a cirurgia estética para as mulheres com entusiasmo - como essencialmente benéfico e não problemático. A cirurgia cosmética para homens, no entanto, é tratada como um empreendimento potencialmente perigoso e arriscado.

26 Tradução minha: Embora as "barreiras culturais" aos homens que realizam cirurgias plásticas possam ter sido derrubadas desde os 1960s, os homens que desejam esta cirurgia ainda tendem a ser considerados com alguma suspeita. Na literatura médica, eles são referidos como "excessivamente narcisistas" e "efeminados". Como disse um cirurgião americano: "Qualquer homem que considere um lifting é provavelmente um ator envelhecido, um homossexual, ou ambos" (Haiken, 1997, p.156).

industrial, global e midiático, transformou-se em uma materialização fármacopornográfica da subjetividade sexual. Para a autora, o fármaco seria o processo biomolecular e pornográfico semiótico-técnico, pois modifica o corpo através dos hormônios sexuais. Segundo a autora, que mudou de gênero, a psicologia, a sexologia e a endocrinologia estabeleceram sua autoridade material transformando os conceitos de psiquismo, libido, consciência, feminilidade, masculinidade, heterossexualidade e homossexualidade em realidades tangíveis, em substâncias químicas, em moléculas comerciáveis, em corpos, em biotipos humanos, em bens de intercâmbio administrados por multinacionais farmacêuticas. Também afirma que as sociedades modernas estão habitadas de subjetividades toxicopornográficas definidas pelas substâncias que dominam os metabolismos e pelas próteses cibernéticas que se tornam agentes, como a transformação da depressão em Prozac, da masculinidade em testosterona, da fertilidade ou esterilidade em pílulas e da AIDS em triterapia.

Sem embargo, as mudanças de gênero e a liberdade sexual nem sempre foram bem aceitas socialmente. Inclusive atualmente, ainda existem preconceitos mascarados dentro das sociedades modernas. Neste sentido, Le Breton (2012, p. 242) descreve que absurdamente se usaram protocolos para modificar o comportamento sexual de quem não estava “adequado” em sociedade. Um exemplo disso, são os tratamentos de choque utilizados para a “normalização” dos homossexuais. Esse método buscava retificar a conduta sexual por um dispositivo elétrico que funcionava com a colocação de eletrodos nos genitais dos pacientes para detectar sinais de excitação quando eram demonstradas fotos de pessoas do mesmo sexo para a pessoa associar a dor ao homossexualismo e mudar de comportamento.

Este método, preconceituoso e invasivo, tratava as preferências sexuais como comportamentos que poderiam ser modificados com os tratamentos médicos sendo vistos como uma enfermidade ou um distúrbio psicológico. Neste caso o desejo era imposto pela sociedade heteronormativa. Porém,

nem o gênero e nem a sexualidade devem ser forçados socialmente, pois trata-se de uma construção identitária individual que deve ser respeitada independente da cultura ou sociedade para que não haja sofrimento e insatisfação dos sujeitos e que, assim, possam desfrutar de uma vida completa como cidadãos. Isto é, o gênero e a sexualidade devem ser encarados como um desejo pessoal acima do social.

4.4 Saúde e doença: problemas biopsicossociais da cirurgia plástica

A primeira definição elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), conceituava a saúde como a ausência de enfermidades ou invalidez. Assim, a doença só tinha significado médico e social quando percebia-se que havia algum desequilíbrio no seu estado de saúde ou, por assim dizer, quando encontrava-se ameaçada pela doença. Sem embargo, com o tempo este conceito passou a ser visto como demasiado simplista, aprimorando-se, pois, com aspectos mais globais. Neste sentido, a OMS ampliou a definição de saúde incluindo aspectos de bem-estar físico, mental e social (1989).

Contudo, esta contextualização, apesar de mais ampla, sofreu diversas críticas, pois alguns autores consideravam o perfeito estado como algo utópico e difícil de mensurar (Segre & Ferraz, 1997). Ademais, se observa que estas definições ainda não constituem todos os aspectos associados à saúde. Ou seja, existe um caráter subjetivo que ultrapassa a ausência da doença e às sensações de bem-estar físico, mental e social. Segundo Masiero (2015, p. 33), esta subjetividade está relacionada a um equilíbrio mente-corpo que somente se completa com sentimento de felicidade e contentamento individual.

Segundo Merino e Martí (1996, p. 11), “a saúde é uma forma de viver que implica no seguimento

subjetivo de sentir-se bem com o objetivo de não padecer de alterações estruturais ou funcionais para ser capaz de realizar trabalhos e estar socialmente integrado”. Para ele, a definição da OMS é bonita, mas provavelmente muito literária, pois baseando-se nela não poderíamos pensar que existe em um coletivo alguém saudável. Por outro lado, Merino define a enfermidade como um modo de viver aflitivo, anômalo e reativo a uma alteração do corpo que talvez faça impossível a vida biológica (enfermidade letal), impede ou entorpece a realização de uma vida pessoal (enfermidade curável) ou limita de modo preciso e indefinido (enfermidade incurável).

Deste modo, conforme a teoria de Merino e Martí (1996), algumas vezes, a saúde tende a identificar-se com o critério de normalidade ou de maior frequência sendo isto um equívoco, mas cujo critério se utiliza muito. Conforme os autores, a saúde também depende das atuações de outros coletivos sociais que não são especificamente sanitários como, por exemplo, o tratamento de água e esgoto, a educação, os meios de comunicação, a inspeção de refeitórios, etc.

Por outro lado, Freud (1999) afirmava que a cultura acabou transformando as pessoas em eternas infelizes, pois a busca por um objetivo nunca se acaba apenas é substituindo por outro desejo, sendo impossível se contentar em sociedade. Nesse sentido, considera-se que as subjetividades de contentamento ligadas aos conceitos de saúde-doença deveriam ser representadas de maneira pessoal, sendo a pessoa responsável por definir-se saudável ou não. Com esta linha de pensamento, Le Breton (2012, p. 94) afirma que: “a definição de saúde implica na coincidência da harmonia consigo mesmo que caracteriza o *monismo* e que se marca, na esfera ocidental com um discernimento relativo das atividades corporais.” Isto é, se o corpo funciona bem está saudável.

Para De Miguel (1978), a doença é definida de maneira dicotômica, no sentido literal da palavra, seria um processo patológico que exhibe uma síndrome clínica mais ou menos clara. No entanto, esta conceituação passa a ser qualquer tipo de desvio social em relação a uma norma estabelecida e

que aparentemente produz um problema individual e/ou social. De acordo com o autor, o conceito de doença pode ter significados diferentes para um médico e para um sociólogo. Para um médico está ligado, principalmente, na alteração da função química e/ou biológica do corpo. Já para os sociólogos está intimamente ligada a vida em sociedade, podendo uma pessoa morrer por uma enfermidade sem ser considerada enferma pela sua comunidade.

É importante saber que as questões de saúde e doença abrangem aspectos da mitologia, da religiosidade, da ciência, da economia, da educação e da cultura. Antigamente as interpretações sobre a cura de algumas doenças eram associadas ao misticismo, a magia e a superstição. Na Grécia antiga a visão popular da doença atribuía as suas curas aos Deuses Apolo, Esculápio, Higéia e Panaceia.

Contudo, a escola de Hipócrates de Cós (460 a.C.), apesar da sua devoção aos deuses vista em seu famoso juramento, passou a olhar a cura das doenças com uma visão mais científica. Para ele, os estados de saúde e doença eram baseados no equilíbrio de quatro fluidos ou humores: a bile amarela, a bile negra, o fleuma e o sangue (Castro, Andrade & Muller, 2006). Ou seja, a saúde era um equilíbrio entre esses elementos e a medicina buscava harmonizar o corpo que se encontrava enfermo passando a obter um olhar mais científico.

Outro médico que reutilizou esta teoria para explicar a saúde e a doença foi Cláudio Galeno (129-199). Para ele, os humores de Hipócrates explicavam também os temperamentos no estado de saúde e as doenças tinham causas endógenas que levavam ao desequilíbrio corporal representado na constituição física e dos hábitos de vida. Somente séculos mais tarde sua teoria foi criticada por Paracelsus que afirmou que as doenças não eram endógenas, mas sim provocadas por agentes externos no organismo e que por isso, deveriam ser combatidas por remédios químicos como metais e minerais (Castro, Andrade & Muller, 2006).

Também é possível observar as visões de determinadas épocas acerca da saúde e da doença pela arte. De acordo com Reyero (2005), as pinturas que simbolizam as enfermidades eram muito presentes nas artes plásticas. Segundo ele, no final Idade Média eram carregadas de religiosidade, caridade e sofrimento onde os Santos eram os principais curadores reforçando o poder da igreja. Os curadores eram associados aos Deuses, sacerdotes, reis, xamãs, curandeiros ou barbeiros. Na época da peste durante o antigo regime espanhol, as pessoas seguravam desenhos de santos como São Cristovão, Cosme e Damião, São Roque e São Sebastião para lhes protegesse da peste (Portús & Vega, 1998, p. 359).

Por outro lado, os médicos eram representados nas pinturas como homens de grandes saberes científicos, porém geralmente eram pintados acompanhados de reis ou rainhas. Também é interessante ressaltar, que além das enfermidades alguns artistas, como Francisco Goya e Thèdore Géricault, representaram algumas doenças laborais como manifestação de injustiças sociais, bem como a loucura gerada em resposta às fortes pressões sociais. Além disso, as doenças também foram retratadas por artistas como uma degradação do corpo, com feridas, deformidades, feições características e dores físicas e emocionais demonstrando a debilidade, o sofrimento e a rejeição humana (Reyero, 2005).

Desta maneira, os grandes heróis não podiam ter deformidades, incapacidades ou loucuras. Neste sentido, Aristóteles também considerava a todo ser defeituoso como incompleto, inacabado, mutilado, mal nascido ou um monstro (Lascault, 1973, p.248). Porém a política justificava os feridos de guerra como bem feitos e os reis também eram vistos como curadores.

Pelas representações das enfermidades se pode observar os diversos símbolos relacionados com a sua cura, como por exemplo, a religião e a fé, o poder dos nobres, o médico como o detentor do saber e, por fim, as injustiças e pressões sociais que afetavam o corpo, seja os acidentes laborais, a

loucura, a pobreza e desnutrição. O corpo perfeito tinha um significado de saúde e as suas deformidades e enfermidades eram motivos de rejeição social por simbolizarem castigo, dor e pecado da alma.

Atualmente em nossas sociedades modernas, as enfermidades possuem uma maior aceitação social. Os aspectos religiosos já não têm tanta força e as deficiências passaram a conter um significado de luta, coragem e superação. Além disso, a medicina e os tratamentos em saúde avançaram muito cientificamente a ponto de possibilitarem uma esperança diante da doença que antes era vista como uma condenação de vida. As sociedades também buscam criar meios de acessibilidades nos locais públicos para que todos possam frequentar e desfrutar de uma cidadania independente de suas limitações físicas. Segundo Merino e Martí (1996):

O resultado de que ao conceito de enfermidade se apartaram diversas características ao longo dos séculos supõe que hoje em dia a entendemos como a existência de alterações na forma ou na estrutura do sujeito (por exemplo, as mal formações), a função de seus órgãos (falta ou excesso de algum hormônio), da sua esfera psíquica (depressões), ou do rendimento ou integração social (el surmenage). O transtorno afeta o sujeito como uma globalidade; ainda que existe uma ferida em um pé a resposta é de todo o organismo, este responde ativamente e às vezes essa resposta é mais importante que a agregação que a desencadeia (pensar na asma) e com um importante componente social (as sociedades modernas dão proteção ante a enfermidade). (Merino & Martí, 1996, p.13)

Ademais, os cuidados com a aparência do corpo se transformam em ideais onde a beleza e a perfeição parecem sobrepor-se à saúde de maneira preocupante sendo os tratamentos estéticos uma das alternativas mais rápidas para este fim. Assim, as práticas corporais ganham espaço e permitem a aproximação de valores sociais e éticos relativos à estética do corpo, possibilitando o surgimento de hábitos que visam modelar o corpo, tanto por exercícios físicos, dietas como também por cirurgias plásticas, adequando-o às normas sociais (Luz, 2003).

Partindo deste pressuposto, Ferreira (2010, p.70) afirma que a saúde passa a ser um guarda-chuva simbólico no qual tudo cabe. Para ele, ter saúde não se restringe a evitar as doenças, mas sim na

construção de uma imagem ideal que se dá a partir de parâmetros que estão além do corpo, em uma ordem social (Ferreira, 2010, p.70-75). Goldenberg (2007) também aponta que os cuidados com a forma física acabam transformando os sujeitos em eternos insatisfeitos e chama a cultura do corpo atual como uma cultura narcisista.

Pensa-se que a principal contribuição das cirurgias plásticas se refere a uma melhora da saúde mental. Os aspectos psicológicos envolvidos na busca da modificação do corpo costuma possuir um caráter emocional. Diversos transtornos psicológicos, originados pelas distorções da imagem corporal, estão repletos de significados sociais que transferem ao corpo as marcas de uma instabilidade emocional. Ademais, as representações mentais cumprem um papel fundamental nas implicações sociais, pois a relação com o outro depende de uma comunicação que uma debilidade emocional pode prejudicar.

Neste sentido, os transtornos como o narcisismo, as depressões e as hipocondrias, os transtornos dismórficos corporais, a bulimia e anorexia estão a cada dia mais comuns. Lasch (1999) apontou como as mudanças socioculturais influem em transtornos psicológicos e diz que o narcisismo é uma das enfermidades modernas mais comuns relacionadas com as cirurgias plásticas. Para ele, o narcisismo deriva de mudanças de nossa sociedade e cultura com a burocracia, a proliferação de imagens, as ideologias terapêuticas, a racionalização da vida interior, o culto ao consumo e, em último caso, as mudanças de vida familiar, os padrões de socialização e a realização de procedimentos estéticos como as cirurgias plásticas.

Segundo Tusquets (2004, p. 13), ocorre um fenômeno socioclínico em diferentes culturas que faz com que as pessoas mesmo estando saudáveis, sintam-se fenomenologicamente doentes. Ele também aborda temas como as neuroses sociais, os “analfabetos da saúde” e as falsas doenças causadas por pressões culturais. Neste sentido, Freud (1999) diz que a enfermidade altera mais que

a estrutura orgânica do corpo, mas também seus conteúdos psíquicos. Atualmente, se dá um matiz muito mais social, se pode enfermar por viver em sociedade, expressando em alterações no rendimento vital ou laboral ou na integração social, além do enfermo possuir direitos sociais.

Para Le Breton (1999), atualmente existem diversos medicamentos que regulam o humor e a química corporal, fazendo do corpo um campo de testes de produtos químicos que controlam a relação das pessoas com o mundo. Assim, mesmo sem estar doente, as pessoas tomam remédios para dormir, para ficar acordados, ficar em forma, tornar-se enérgico, melhorar a memória, o rendimento, a performance sexual, suprimir o estresse, a ansiedade, regular a depressão, aumentar a capacidade muscular, controlar a fome, a tristeza ou a alegria. Ou seja, com as exigências sociais, o corpo necessita de complementos químicos para cumprir suas funções diárias e ser uma máquina confiável (Le Breton, 1999).

Portanto, a doença constitui uma situação-problema que afeta a vida cotidiana moderna, causando ruptura e desordem, exigindo dos indivíduos medidas normalizadoras, que lhes permitam enquadrar a experiência geradora de ruptura em esquemas interpretativos e reintegrá-la, assim, à zona não questionada da vida cotidiana (Lira, Nations & Catrib, 2004, p.150). Para Pitanguy:

A doença com todos os medos e dores que provoca, é o inimigo. A medicina e a cirurgia não são profissões, e sim vocações. Nada é mais aflitivo que do que um ser que sofre, nada é mais desesperador do que uma vida oferecida à morte pela doença. (Pitanguy, 1984, p.9)

Quando se trata de cirurgia plástica, o corpo fora de um padrão estético pode ser visto como uma enfermidade que pouco a pouco vai deprimindo o indivíduo que busca curar-se com a realização da cirurgia. Ou como diz Laplantine (1991) que a sociedade não reforça o modelo exógeno do adoecimento que faz com que pensemos que um agente externo é o causador da doença e que ele deve ser combatido como um inimigo para poder realmente curar-se. Pensar, desta maneira, é benéfico tanto para a pessoa como também é considerado um mecanismo de defesa útil

para a sociedade, pois o médico se responsabiliza protegendo a comunidade frente às enfermidades.

No caso das cirurgias plásticas, o corpo pode ser tratado como um inimigo e deve ser alterado para assim obter-se uma cura emocional completa. Contudo, é importante destacar que existe uma preocupação com esses pensamentos para que não se transformem em transtornos psicológicos, como o TDC, narcisismo, síndrome de Peter Pan, hipocondria, vigorexia, ou em uma nova forma de subordinação social. Os transtornos psicológicos podem ser comuns no ambiente das cirurgias plásticas porque as pessoas tentam modificar seus corpos para se sentirem melhores de algum problema emocional, porém como o problema costuma ser mais mental que corporal, nenhuma cirurgia encontra a solução esperada (Masiero, 2015).

O TDC é caracterizado pela demasiada preocupação por um defeito na aparência, que interfere tanto na saúde do sujeito como nas suas relações sociais (Marques et al., 2011). Isto porque este transtorno altera a percepção da imagem corporal fazendo com que a pessoa se veja de uma forma irreal. Deste modo, torna-se um problema em saúde grave já que a pessoa poderá recorrer constantemente a cirurgias plásticas, devido a sua percepção alterada de si, realizando procedimentos desnecessários que jamais alcançarão as suas expectativas.

Buscando um meio de detectar este transtorno, Ramos e Yoshida (2012) desenvolveram uma Escala de Avaliação para que diversos profissionais possam detectar o TDC evitando assim futuros problemas de insatisfação dos pacientes após a cirurgia plástica. Os estudos de Sousa & de Araújo (2014), acerca de pacientes com TDC que se submeteram a cirurgias plásticas, demonstram que as pessoas com este transtorno se preocupam muito com a sua saúde em geral. Contudo, estes pacientes fixam-se em pequenas imperfeições corporais, que podem chegar a uma insatisfação próxima de uma psicose. Assim, as cirurgias plásticas são artefatos utilizados para sanar uma obsessão com o corpo que dificilmente acabará após o procedimento. O uso desta escala é

interessante porque é muito difícil diferenciar uma vaidade exagerada, o narcisismo e o TDC. Portanto, o cirurgião plástico terá um papel fundamental durante a avaliação dos pacientes.

Nesse aspecto, nota-se que as relações saúde-doença estão conectadas aos contextos socioculturais. Isto significa dizer que todos os profissionais envolvidos com as cirurgias plásticas precisam desenvolver uma competência cultural para ouvir as narrativas dos indivíduos e evitar os filtros dos esquemas de anamnese (Boehs et al., 2007). Ou seja, aprender a ouvir livre de preconceitos os processos subjetivos que a saúde e a doença representam na experiência corporal de cada indivíduo influenciada pela sua cultura para evitar futuras insatisfações corporais oriundas dos procedimentos cirúrgicos.

De acordo com Bourdieu (2007), as noções de corpo são diferentes de acordo com o a classe social modificando a relação do indivíduo com seu próprio corpo. Para ele, quanto mais elevada a classe social maior será o interesse de cuidar e prevenir o seu corpo. Por outro lado, as classes menos favorecidas pensam na força que o corpo pode proporcionar para o seu trabalho. Portanto, para as classes populares, procurar um médico pode ser o último recurso, pois interferiria nos seus dias laborais.

Além disso, os profissionais do ramo devem compreender alguns aspectos antropológicos, pois as questões de saúde e doença variam com o tempo e guardam resquícios encontrados na mitologia, religiosidade, ciência, economia, educação e na cultura. As interpretações populares sobre a cura de algumas doenças físicas ou mentais já foram associadas ao misticismo, a magia e a superstição as quais os curadores eram associados aos Deuses, sacerdotes, reis, xamãs, curandeiros ou barbeiros (Castro, Andrade & Muller, 2006). Agora nas sociedades modernas podem ser associados aos cirurgiões plásticos que fazem magia e cura com os seus bisturis.

Além disso, a partir das representações de saúde e doença dos pacientes, os profissionais

envolvidos com as cirurgias plásticas podem entender os diversos símbolos relacionados com o corpo como a cura pela religião, fé ou pela ciência médica, por exemplo. Antigamente, algumas culturas o corpo tinha um significado de saúde e as suas enfermidades eram motivos de rejeição social por simbolizarem castigo, dor e pecado da alma (Castro, Andrade & Muller, 2006).

Ademais, as atitudes nos âmbitos social e médico da época consideravam frívolo o uso da cirurgia com objetivos exclusivamente estéticos (Gilman, 1999). A sociedade euro-americana conseguia vislumbrar as possibilidades terapêuticas da cirurgia estética, em parte pela popularização de abordagens psicanalíticas que apontavam o significado emocional da aparência (Haiken, 1997).

Hoje, nas sociedades modernas, as enfermidades possuem maior aceitação social e os aspectos religiosos não têm tanta força. As doenças passaram a conter um significado de luta, coragem e superação. Além disso, os cirurgiões plásticos avançaram muito, e com sucesso, sob esse aspecto do “fundamento psicoterapêutico” na prática da cirurgia estética, até mesmo justificando sua disponibilização em hospitais públicos.

Sem embargo, apesar dessa maior aceitação, os cuidados com a aparência do corpo se transformam em ideais onde a beleza e a perfeição que, muitas vezes, parecem sobrepor-se à saúde de maneira preocupante. A busca por cirurgias plásticas, contudo, evidenciam um desejo de possuir um corpo perfeito muitas vezes excede o padrão de beleza e normalidade, levando inúmeros indivíduos a desenvolverem um transtorno psicológico decorrente da não aceitação de sua imagem corporal, a dismorfofobia (Lopes & Milanez, 2014).

As cirurgias plásticas ganham espaço e permitem a aproximação de valores sociais e éticos relativos à estética do corpo, possibilitando o surgimento de hábitos que visam modelar o corpo, adequando-o às normas sociais (Luz, 2003). Nesses casos, o médico cirurgião plástico deve informar bem o paciente evitando os excessos e esclarecendo todos os aspectos do processo

cirúrgico e da sua recuperação.

Destarte, os cirurgiões plásticos trabalham não somente com as suas habilidades cirúrgicas na reconstrução da estética e da função do corpo, mas também, e principalmente, com a psicologia envolvida diante de uma pessoa que possui uma bagagem emocional de acordo com suas vivências socioculturais. Esta bagagem pode refletir um desequilíbrio na saúde conceituada pela OMS, ou seja, essa insatisfação corporal pode ser um sinal que a saúde não está em seu perfeito estado. Portanto, as definições de saúde ainda são imprecisas, pois encontrar um equilíbrio biopsicosocial é uma tarefa difícil de alcançar.

Além disso, para que um psicólogo o psiquiatra possa diagnosticar um caso de alteração da saúde psicológica é preciso que o indivíduo busque algum tratamento e, muitas vezes, os pacientes não vão às consultas indicadas pelos cirurgiões plásticos. Ou ainda nem lhes é indicado tais tratamentos. Um estudo foi realizado para demonstrar a importância da psicologia nos sistemas de saúde pública no Brasil, facilitando a detecção de problemas psicológicos na população (Seidl & Costa Júnior, 2012). Contudo, foi demonstrado que os desequilíbrios físicos são mais fáceis de serem detectados que os psicológicos.

Portanto, quando trata-se de cirurgias plásticas e de sua complexidade biopsicosocial, conhecer o conceito de saúde e doença de cada indivíduo que busca tal procedimento, bem como o engajamento nos tratamentos psicológicos ou fisioterapêuticos auxiliam na compreensão dos valores e crenças de cada paciente e também da sua família e da comunidade. Deste modo, o conhecimento dos motivos que levam as pessoas a realizarem as cirurgias plásticas, juntamente ao seu contexto sociocultural, pode facilitar na avaliação médica e na elaboração de estratégias em saúde que evitem futuras complicações. Ouve-se muito que a saúde não tem preço, porém o custo de sua conservação é alto e quando há negligenciada pode ser pago com a própria vida.

4.5 O corpo como produto de consumo: TER o corpo

Em 1920 surgiu a expressão “sociedade de consumo” referindo-se ao exacerbado consumo puramente materialista da população com tais possibilidades. No entanto, esta terminologia foi popularizada somente décadas mais tarde, com o final da segunda guerra mundial e com a expansão do capitalismo, através do emprego de teorias sociais e antropológicas que relacionavam o consumo do corpo como um produto de consumo individual (Bourdieu, 2007; Lipovetsky, 2007). Desta maneira, a ciência e a tecnologia aliaram-se à medicina transformando-se em ferramentas fundamentais para aquisição de um corpo perfeito. Finalmente, pela apropriação de objetos e o uso de substâncias sobre e no próprio corpo, era possível não somente ser um corpo, mas também ter o corpo.

Com o avanço das cirurgias plásticas, juntamente com a medicina estética, as pessoas tiveram a possibilidade de moldar-se de acordo com os padrões de beleza projetados pela mídia. O *status* social não era mais demonstrado pelas vestimentas e acessórios de luxo que anteriormente somente uma elite poderia comprar, mas sim era revelado pelas formas e cuidados estéticos do próprio corpo.

A partir disso, a indústria da beleza desenvolveu cosméticos como nunca e as academias de ginástica lotaram de pessoas comprovando assim que os cuidados corporais fazem parte da rotina do indivíduo que vive no mundo moderno. Ademais, os salões de beleza e as clínicas de medicina estética multiplicaram-se nas grandes cidades sendo lugares frequentados pelo público consumidor semestralmente, mensalmente ou até mesmo, semanalmente.

Também surgiram fármacos, suplementos alimentícios e hormonais que não só alteram a aparência do corpo como também aceleram o seu metabolismo e, conseqüentemente, a estrutura

corporal. Porém, para quem não se enquadra na cultura fitness, de exercícios diários e dieta restrita, a opção mais rápida é submeter-se aos resultados instantâneos e invasivos do bisturi. Não é à toa que o número de cirurgias plásticas no Brasil é um dos maiores do mundo (ISAPS, 2017).

Além disso, nas sociedades modernas estabeleceram-se limites entre o corpo individual e a sociedade criando fronteiras com o mundo, distanciando-o e tornando-o cada vez mais privado. A pessoa passa a ser proprietária do corpo individual considerado um bem consumível. Nesta linha de pensamento, Macpherson (1979) afirma que o capitalismo foi um sistema que incentivou os indivíduos a terem uma tendência de posse. A antiga ideia de que os corpos serviam apenas como mão de obra transformou-se na teoria de que são produtos de consumo.

Esta visão, demonstra que os indivíduos acabam buscando uma identidade social a medida que se rodeiam de coisas que agregam no corpo e na sua vida. Para Maíllo (2007), o corpo visto como sujeito reflete a sua condição de proprietário da sua imagem, cada vez mais acumulada de coisas, que acabam transformando o corpo na sua extensão e formando uma parte fundamental do sujeito.

Para Lipovetsky (2007), as sociedades de consumo são mais que isso, são sociedades de hiperconsumo já que ao apoderar-se do dinheiro ultrapassam as necessidades de expansão do homem moderno carregando novos significados coletivos e individuais. A mudança cultural, incentivada pela moda, possibilitou às pessoas o desejo de ceder às frivolidades da vida material mercantil para buscar um imaginário de felicidade imediata depositado no ato de consumir. Nas palavras do autor, “espalha-se toda uma cultura que convida a apreciar os prazeres do instante, a gozar a felicidade aqui e agora, a viver para si mesmo” (Lipovetsky, 2007, p.102). Para ele, portanto, o hiperconsumo representa a compra material de um enfrentamento simbólico no qual prevalece o valor, o *status* e as escolhas individuais que construirão uma identidade.

Para Sennet (2005), o capitalismo flexível reduziu a validade das coisas à curto prazo, ou seja, as

relações se tornaram débeis. A incerteza do futuro provoca uma crise emocional de caráter levando os indivíduos a buscarem prazeres imediatos, como o consumo, que mascaram alguns problemas diários. A cirurgia plástica é um desses consumos que promovem um prazer momentâneo ao adequar o corpo aos moldes sociais. Ademais, para o autor, a dinâmica da economia impulsiona o indivíduo a realizar um grande esforço para manter o seu caráter e se equilibrar já que existe um constante desequilíbrio do mercado. Também cita grandes nomes como Diderot, Adam Smith, Marx, Taylor, Weber e Ulrich Beck para explicar sua teoria sobre a corrosão do caráter causado pelo capitalismo.

Portanto, as mudanças econômicas possuem o poder de incentivar determinados tipos de consumo e também de transformar uma cultura pelas mudança de comportamentos, crenças e costumes. Além disso, o consumo das cirurgias plásticas é desigual, pois nem todas as pessoas têm condições financeiras de pagar estes procedimentos. Por outro lado, é importante destacar que atualmente as cirurgias plásticas estão mais acessíveis a todos os públicos com diversas facilidades de financiamento.

Sem embargo, também pode-se pensar que existe uma ideia demasiada utópica em relação à proclamada liberdade ou democratização cultural dos corpos, pois sendo um objeto de consumo esculpido de acordo com os moldes de beleza, o corpo não passa de um controle social indireto da aparência individual. Isto porque, hoje em dia, ter um bom aspecto físico chega ser um pré-requisito para que as pessoas possam considerar um indivíduo exitoso e confiável tanto para ter um bom emprego como para ser um bom pai de família e amigo. O descuido do corpo é como um sinônimo de descaso, fracasso ou preguiça existindo um imperativo moral importante criado socialmente (Goldenberg, 2007; Antonio, 2008).

Neste sentido, Bordo (2001) considera que os tratamentos estéticos são como artefatos de um

consumo individual capitalista que representa, principalmente, a feminização da cultura moderna causada pela busca da beleza pelas mulheres, e também como algo fundamental observado nas relações de dominação e subordinação. Neste sentido, Lipovetsky (2000) também aponta que existe uma subordinação da mulher mesmo com o liberalismo feminino. Para ele, a terceira mulher seria aquela capaz de fazer seu próprio destino de acordo com seus ideais internos, sem as influências sociais. No entanto, Lipovetsky afirma que esta liberdade de escolha serve tanto para mulheres como também para os homens que não querem seguir os padrões estabelecidos do gênero masculino.

Outra perspectiva da teoria social atual do corpo é a de *embodiment* de Csordas (1990). Este conceito abrange a ideia de que o social se incorpora sobre o corpo individual a partir de uma dimensão ampla das relações sociais. Para o autor, somente um análises do corporal responderia a reformulação necessária às distintas teorias sobre identidade, experiência e cultura. Todavia não existe um consenso sobre a tradução da palavra *embodiment*, porém alguns autores estão utilizando o termo encarnação (García Selgas, 1994; Del Valle, 1999; & Esteban, 2004), outros preferem chamar de corporização (Capitán, 1999) evitando os conteúdos religiosos do termo anterior.

Essa teoria busca explicar a forma em que as pessoas agregam reflexos socioculturais no corpo, como por exemplo, uma prótese de silicone, o botox, o ácido hialurônico, as unhas postiças, as extensões de cabelos, entre outras. Ou seja, os objetos sociais são literalmente incorporados ao corpo demonstrando a sua forte influência, porém algumas vezes podem ser incorporados simbolicamente em atitudes e pensamentos.

Entretanto, Le Breton (2006) ressalta que a marca social pode ser representada pelo coletivo no corpo dos indivíduo estabelecendo uma relação imagem-escritura produtora de discursos. Esses discursos também podem ser observados nas sociedades modernas nas tatuagens, *piercings*,

diferentes cores dos cabelos e nos estilos de roupas. Dessa maneira, cada indivíduo expressa seus gostos, grupos e características através do corpo e de sua imagem na sociedade. Segundo Le Breton (2006), nas sociedades modernas os indivíduos devem buscar suas próprias marcas e definir eles mesmos o seu sentimento de identidade. Além disso, o corpo também pode demonstrar tendências reivindicativas e repressivas de uma determinada ordem social, cultural e política transformando-o em um dos principais temas de discussões sociais.

Além disso, Esteban (1994) trata o corpo como um objeto de estudo priorizado, uma maneira diferente e alternativa de aceder à análise de la existência humana. Aborda a cultura através das relaciones entre o sujeito, o corpo e sociedade, mas também entre a natureza e a cultura com uma visão que parte do orgânico e do cultural nas relações de construção de identidade e também de fragmentação do sujeito.

Ademais, nos últimos anos surgiram diversas discussões no âmbito da antropologia do corpo que visam compreender a construção da identidade pela cultura do corpo sociocultural. O filósofo Charles Taylor (1996), remete o discurso de Rousseau ao explicar como a vida em sociedade significa uma necessidade de se olhar nos outros e de querer ser olhado, pois para ele a estima pública tem um preço. Hegel (1989) também afirmou que a sociedade é um nós que significa eu, mas que o eu também se refere a um nós, explicando a complexidade das representações socioculturais na identidade do sujeito. Portanto, as sociedades modernas, liberais e democráticas que partem do princípio da igualdade não deixam de ser um grande paradoxo, pois cada um é livre para eleger o que quer de sua vida e do seu corpo, mas para poder atingir tal meta, é necessário que os demais lhe reconheçam. Ou seja, para o desenvolvimento da própria identidade é imprescindível o diálogo com os outros.

Portanto, as sociedades de consumo possuem características de autoridade sobre os indivíduos,

pois provém da educação que introduz valores e regras que orientam seus comportamentos em suas relações com o mundo (Rodrigues, 1979). Ou seja, as sociedades ditam normas que se transformam em valores culturais de consumo, algumas vezes inconscientes, como por exemplo, modificar o corpo para utilizar um biquini no verão como Elias (1993) apontava. Assim, apesar da liberdade construída com a democratização dos corpos e das cirurgias plásticas, na verdade as pessoas são “inconscientemente” pressionadas pela sociedade pela mídia.

Segundo Garrini (2007), existem várias maneiras de abordar a mídia como um veículo que transmite a ideia de vender sonhos e anseios, provocando desejos nos indivíduos. Assim, o contexto empresarial e o sistema de crenças transformam o corpo numa espécie de campo de luta que envolve diferentes saberes e práticas do imaginário social. Para a autora:

A mídia encontrou no “corpo perfeito” o discurso ideal para a difusão dos produtos e dos serviços de beleza, como os cosméticos, os moderadores de apetite, as cirurgias plásticas, as clínicas de estéticas e academias esportivas, entre outros. Ela adquiriu um imenso poder de influência sobre os indivíduos, massificou a paixão pela moda e tornou a aparência uma dimensão essencial na sociedade. (Garrini, 2007, p.6)

Por último, os meios de comunicação são mecanismos de sedução que tornam a aparência uma dimensão essencial. Desta forma, as cirurgias plásticas são como uma forma de apresentar ofertas de comodidade e jovialidade, reduzindo o envelhecimento dos indivíduos que buscam *ter* pelo corpo. No entanto, as sociedades de consumo, na maioria das vezes, incitam os sujeitos a viver em um estado de frustração, pois leva-os a desejar algo que dificilmente poderão comprar já que não refere-se ao ter no corpo e sim ao sentir-se no corpo, determinando assim, um estado de insatisfação constante.

5. A INTERDISCIPLINARIEDADE DOS PROFISSIONAIS: possibilidades de ATUAR no corpo

5.1 A interdisciplinaridade: todos os profissionais

Os profissionais da área da saúde carregam uma pesada bagagem de conhecimentos e expectativas, pois as suas habilidades científicas geralmente enfrentam o sofrimento humano. Quando um indivíduo está em situação de vulnerabilidade, seja por enfermidades ou por uma cirurgia estética, nada é mais importante do que recuperar-se rapidamente. Além disso, é importante destacar que as dimensões do sofrer podem oscilar entre as dores físicas, emocionais ou até mesmo morais. Neste sentido, muitas pessoas têm buscado nas cirurgias plásticas um alívio, uma solução ou uma “cura” externa, e logo interna, para suas dores emocionais. A partir desta perspectiva, como os profissionais envolvidos atuam nestes casos?

Geralmente, a decisão de realizar uma cirurgia plástica costuma passar por vários estágios recarregados de sentimentos: no primeiro momento aparece o medo e a vontade de mudança; logo, surgem as dúvidas sobre o procedimento; e por fim, se manifesta a ansiedade da espera pelo dia da cirurgia e depois pela recuperação. Porém, todas estas fases são caracterizadas por diversas idas e vindas, pois não fazem um caminho linear já que os sentimentos são tão variáveis como são as pessoas.

O médico cirurgião plástico geralmente é o primeiro especialista que o indivíduo contata quando deseja realizar tal procedimento tendo um papel fundamental na formação da opinião inicial do sujeito em realizar ou não uma cirurgia plástica. Também será seu guia no processo pré, trans e pós-cirúrgico. Logo na primeira consulta, se detectado um transtorno psicológico ou a falta de uma necessidade cirúrgica, o cirurgião plástico poderá, ou deveria, encaminhar o paciente para um

tratamento psicológico, que dependendo do caso será um médico psiquiatra ou um psicólogo.

Na maioria das vezes, esses profissionais são esquecidos dentro do ramo das cirurgias plásticas. Pouquíssimas clínicas, para não dizer nenhuma, possuem uma equipe multidisciplinar incluindo psicólogos ou psiquiatras. Este fato, tão debatido por Pitanguy (1976), demonstra um certo descaso dos médicos cirurgiões plásticos com os fatores emocionais dos pacientes que buscam uma cirurgia plástica. Uma triagem primária passando por estes profissionais evitariam diversos problemas gerados após uma cirurgia inapropriada.

Os fisioterapeutas são os profissionais que, tratando-se de cirurgias plásticas, muitos pacientes consideram um artigo de luxo. Embora hoje exista uma maior popularização dos tratamentos fisioterapêuticos pré e pós-operatórios, a adesão dos sujeitos ainda carece de visibilidade e reconhecimento social. Atualmente, algumas clínicas de cirurgias plásticas possuem fisioterapeutas na sua equipe de funcionários, fato que facilita a informação aos pacientes sobre esses cuidados em saúde, que os direciona conforme a orientação dos médicos da clínica (Masiero, 2014).

Por outro lado, os antropólogos são os profissionais que ainda não possuem uma atuação direta com as cirurgias plásticas. Sua intervenção está fundamentada em observações e estudos que investigam o comportamento das pessoas que realizam cirurgia plástica. Autores como Edmonds (2007), Haiken (1997) e Goldenberg (2007) definem a cultura das cirurgias plásticas como uma prática crescente de homens e mulheres de todas as idades que buscam enquadrar-se em padrões pré-estabelecidos criando comportamentos específicos que visam moldar o corpo.

Além disso, também existem outros profissionais envolvidos com as cirurgias plásticas, como os enfermeiros, técnicos de enfermagem, secretárias, recepcionistas, auxiliares cirúrgicos, médicos anestesistas, entre outros. No entanto, para limitar o objeto de estudo dessa tese e obter assim resultados mais relevantes, centralizamos as investigações somente nos médicos cirurgiões

plásticos, nos fisioterapeutas, nos psicólogos, nos antropólogos e nas pessoas que realizaram cirurgias plásticas.

O racionalismo científico do homem moderno proporcionou uma multiplicação de conhecimentos tornando-se essencial a criação de especializações de disciplinas para a organização e centralização das informações cada vez mais precisas. Esse fenômeno, característico dos dias atuais, também é conhecido como “disciplinaridade”, pois é resultado da proliferação de conhecimentos que se transformam e se fragmentam rapidamente dividindo-se em áreas isoladas (Nunes, 1995).

No entanto, a complexidade das sociedades modernas e da cultura exigem análises mais integradas visto que qualquer acontecimento humano, como a realização de cirurgias plásticas, apresenta diversos aspectos já que a realidade é multifacetada. Sendo assim, para a compreensão de um fenômeno social é necessário que todas as informações relativas às múltiplas dimensões sejam consideradas. Ademais, o estudo do homem só pode ser considerado antropológico quando possui uma abordagem global que leve em consideração todas as esferas do ser humano em sociedade. Essa linha de argumentação tem sido a com maior poder de convencimento em favor da interdisciplinaridade (Torres Santomé, 1998).

Seguindo essa linha de pensamento, a necessidade do trabalho interdisciplinar na produção do conhecimento não é prerrogativa apenas das ciências sociais, que buscam entender um comportamento humano pelo intercâmbio crítico e subjetivo das informações obtidas acerca de um determinado tema, mas também de outras áreas como a da saúde. Desta maneira, considera-se que o cenário da saúde exige o desenvolvimento de programas interdisciplinares de ensino com vistas a alcançar um novo tipo de pensamento e uma formação que deixe o profissional de saúde comprometido com a reconstrução sociocultural (Vilela & Mendes, 2003).

Segundo Minayo (2010), as discussões sobre interdisciplinaridade surgiram na Grécia Antiga, no tempo da famosa Biblioteca de Alexandria, onde grandes sábios gregos formularam a ideia do *uno* e do *múltiplo*, mostrando que a Filosofia, a Matemática, as Letras e as Artes deveriam compor a formação de um intelectual já que, para os gregos, as disciplinas se articulavam entre si e criavam uma unidade. Assim, observa-se que a ideia de que a realidade é complexa, e que deve ser articulada e, ao mesmo tempo, vista sob vários ângulos, acompanha a humanidade há muitos séculos.

Entretanto, por volta do século XVII, ocorreu um processo de desintegração da unidade do saber. Esse período de efervescência cultural teve um grande representante, Descartes (2009 [1637]), que defendia a constatação filosófica e epistemológica de que é impossível estudar um tema da realidade em sua totalidade e não existe nenhuma ciência capaz de dar conta do todo que possamos saber sobre ela. O modelo cartesiano foi um dos responsáveis pela divisão e compartimentalização das ciências naturais e sociais em suas inúmeras ramificações.

Por outro lado, no século XVIII com o Iluminismo, a preocupação com a integração dos saberes voltou a estar presente e a enciclopédia foi tomada como modelo na defesa da unidade do conhecimento expressando uma nova atitude intelectual (Torres Santomé, 1998). Sem embargo, somente no século XX, a partir da década de 1960, a interdisciplinaridade começou a ser considerada como uma necessidade de transcender atravessando o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, uma certa aspiração à unidade do saber como afirmava Kant sobre a importância de se ter uma visão abrangente e aprofundada sobre as coisas (Minayo, 1991).

Atualmente, as pesquisas sociais questionam a necessidade de ultrapassar o saber compartimentado que distancia o sujeito social do seu contexto cultural. Não obstante, os

profissionais continuam a se especializar, havendo cada vez mais uma convivência, e também uma divergência, entre os paradigmas mais tradicionais e os de cunho moderno e complexo que fragmentam e unidisciplinizam o conhecimento. Japiassu (1976), aponta que o fenômeno da interdisciplinarização representa mais do que um progresso do conhecimento, mas sim um sintoma da situação patológica em que hoje se encontra o saber. Para ele, o exagero de especializações conduzem a uma inteligência esfacelada e um conhecimento em migalhas. Assim, a interdisciplinaridade apresenta-se como um remédio à patologia geral do saber que se caracteriza pela intensidade das trocas de informações entre especialistas e pelo grau de integração das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.

Para Meireles & Erdmann (1999), existem diversas definições e opiniões acerca do que realmente constitui-se a interdisciplinaridade, porém, para os autores, só pode-se considerar um trabalho interdisciplinar quando há comunicação ou diálogo entre as disciplinas envolvidas que gere uma mútua integração dos conceitos criando novos conhecimentos para então alcançar a resolução de um problema concreto. De acordo com eles, a interdisciplinaridade pode ser entendida como uma interrelação e interação das disciplinas a fim de resolver um problema ou atingir um objetivo comum utilizando a unificação e potencialidade dos conceitos, métodos e estruturas das disciplinas explorado-os e ampliado-os. Desta maneira, cria-se uma interdependência disciplinar, pois busca-se o conhecimento pelo diálogo com o objetivo de construir um novo conceito. Desta maneira, a interdisciplinaridade aparece como uma resposta à complexidade do mundo moderno e na área da saúde não poderia ser diferente.

Segundo Minayo (2010), a interdisciplinaridade constitui-se uma articulação de várias disciplinas em que o foco é o objeto, o problema ou o tema complexo, para o qual não basta a resposta de somente uma área. Ou seja, é um conjunto de pessoas que se encontram em um

determinado espaço com o objetivo de solucionar algum tema ou problema específico pelo compartilhamento dos conhecimentos de expertos.

Neste sentido, Habermas (1987) afirma que a interdisciplinaridade nos coloca frente a um objeto concreto para que assim ele seja trabalhado a partir de fragmentos disciplinares conectados entre si com uma pergunta central para logo compreendê-lo de forma mais profunda, ampliada e complexa. Esse autor ressalta que além da cooperação das disciplinas, precisamos nos acercar de uma lógica comunicativa com as diversas áreas da vida cotidiana. Em resumo:

(...) a interdisciplinaridade não deve ser entendida como uma camisa de força para juntar pessoas, e nem para acomodar interesses. Quando demandada, ela responderá a uma pergunta trazida por um tema, de tal forma que ultrapasse a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade, ao mesmo tempo em que conta com elas. A interdisciplinaridade deve estar presente na definição de objeto, na discussão dos vários conceitos, e nas propostas metodológicas e técnicas. Nesse sentido, a interdisciplinaridade não configura uma teoria ou um método novo: ela é uma estratégia para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos. (Minayo, 2010, p. 437)

Além da interdisciplinaridade, quando trata-se de trabalho integrado de pessoas comumente ocorre uma confusão com as terminologias multidisciplinaridade e multiprofissionalidade. De acordo com Minayo (2010), a multidisciplinaridade é definida pela justaposição de disciplinas, porém cada uma com as suas teorias e metodologias próprias sem se mesclarem. Assim, pessoas de várias áreas são frequentemente chamadas para dissertar sobre um tema e obter uma visão abrangente acerca das diversas perspectivas. Desde modo, também considera-se a multidisciplinaridade importante, pois ultrapassa o pensamento único, unidisciplinar e fechado aportando uma ótica ampliada de determinado tema.

Já a multiprofissionalidade, diz respeito à articulação de diversas áreas profissionais e não disciplinas específicas como no caso da multidisciplinaridade. Ela, geralmente, acontece para solucionar um problema complexo de uma prática em que são necessários conhecimentos de vários profissionais como, por exemplo, um médico, um enfermeiro e um assistente social. Deve-se cuidar

para não confundir a realização de uma atividade interdisciplinar, quando na verdade ocorre uma colaboração interprofissional para a solução de um problema. Nesse caso, não estamos diante de disciplinas propriamente ditas, como o médico cirurgião plástico e o fisioterapeuta dermatofuncional por exemplo, mas sim de campos de conhecimentos profissionais de um médico e de um fisioterapeuta sem especializações (Minayo, 2010).

Destarte, alguns autores estabeleceram diferentes classificações para expressar as possíveis modalidades de interdisciplinaridade (Vilela & Mendes, 2003). Neste sentido, de acordo com Torres Santomé (1998), a mais conhecida é a de Erich Jantsch que constitui-se de multidisciplinaridade (desprovidas de relações entre as disciplinas), pluridisciplinaridade (visa melhoria das relações entre elas), disciplinaridade cruzada (uma disciplina predomina sobre a outra), interdisciplinaridade (interação que modifica as disciplinas) e transdisciplinaridade (avanço de todas as outras, uma “macrodisciplina”).

Para considerarmos um trabalho interdisciplinar na saúde, pensa-se ser necessário analisarmos etimologicamente o termo saúde oriundo do latim *salus* que significa inteiro e em grego refere-se a integridade. Portanto, a visão histórica de saúde é integral não permitindo uma fragmentação física, mental ou social como ocorre atualmente na definição da saúde (OMS, 1946), devendo ser tratada a partir de uma visão holística que supõe entendê-la amplamente na interface de uma grande diversidade de disciplinas (Nunes, 1995).

Ademais, a complexidade da diversidade de profissões em saúde aumenta a medida que a realidade da saúde e da enfermidade ultrapassa a dimensão individual e passa para uma esfera coletiva. Além disso, o modelo de formação especializado dos profissionais em saúde encontra-se em crise, pois a realidade sociocultural do indivíduo a ser tratado toma cada vez mais importância. Neste contexto, Vilela & Mendes (2003) apontam que:

Para a superação desse modelo (de formação de profissionais) que está na raiz da crise da saúde, propõe-se a transição do paradigma flexneriano para outro, denominado de paradigma da produção social da saúde, o qual tem seus fundamentos calcados na teoria da produção social. Tal teoria permite romper com a setorialização da realidade e, dessa forma, a produção social da saúde, além de responder por um estado de saúde em permanente transformação, rompe também com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. O que significa, necessariamente, inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade. (Vilela & Mendes, 2003, p. 530)

O modelo flexneriano, que iniciou-se em 1910 nos Estados Unidos, deflagrou um processo de transformações na educação médica de uma maneira geral, sendo o ensino médico brasileiro atual fundamentado neste princípio tecnicista que privilegia a criação das especialidades. Com essa reforma, as cátedras foram substituídas pelos departamentos que dividiram o ensino em dois ciclos: o básico (dois primeiros anos) e o ciclo profissionalizante (quatro anos subseqüentes) (Lampert, 2002). Sem embargo, parece tratar-se de um modelo incompleto já que não inclui as ciências humanas no processo de ensino e nem aborda o ser humano como um todo com suas características biológicas, psicológicas e socioculturais oriundas de sua rede de relações e de sua diversidade. Ou seja, esse modelo de ensino é considerado um obstáculo para a interdisciplinaridade na saúde que deveria considerar todos os conhecimentos relevantes no estudo da cura do ser humano.

De acordo com De Miguel (1978, p.3), “as ciências sociais estão contribuindo para as ciências médicas”, pois o autor acredita que os programas sanitários do futuro darão maior ênfase aos fatores sociais na sua etiologia, tratamento e prevenção. No entanto, ele afirma que ainda existe uma discriminação para uma mudança da visão social por parte dos médicos. Por outro lado, o autor aponta que os sociólogos e antropólogos, que estudam sistematicamente as condutas de famílias, religiões, política e economia, também costumam ignorar, quase que totalmente, o sistema sanitário médico. Portanto, a flexibilidade e a relação interdisciplinar deve melhorar em ambas profissões. A figura 5, a seguir, ilustra alguns profissionais que possuem contato tanto com as ciências médicas

quanto com as ciências sociais em suas formações acadêmicas.

		Tienen una formación en ciencias médicas:	
		SI	NO
Tienen una formación en ciencias sociales:	SI	Sociólogos de la Medicina Historiadores de la Medicina Sanitarios Epidemiólogos Psiquiatras sociales	Sociólogos Antropólogos Científicos políticos Economistas Otros científicos sociales
	NO	Médicos Enfermeras/os Farmacéuticos Psiquiatras/Psicoanalistas Psicólogos clínicos Otras profesiones sanitarias	Psicólogos Administradores Planificadores Políticos Curanderos Otros

Figura 4: Profissionais com conhecimentos sociais e médicos. Fonte: De Miguel, 1978, p.4.

Apesar de ser uma conclusão realizada em 1978, observa-se que apenas os cinco profissionais sinalizados (sociólogos da medicina, historiadores da medicina, sanitários, epidemiologistas, psiquiatras sociais) possuem uma formação ampla com conhecimentos tanto em ciências sociais como na área médica. Ademais, nota-se que os médicos e psicólogos carecem de um ensino social do ser humano e os antropólogos de conhecimentos relacionados à saúde dos indivíduos. Os fisioterapeutas não foram citados, possivelmente pela falta de reconhecimento profissional da época. No entanto, mesmo sendo antiga, essa figura exemplifica algumas dificuldades encontradas atualmente nas formações destes profissionais que ainda seguem modelos de ensino centrados na especialização.

Entretanto, deve-se ressaltar que o modelo de formação dos profissionais em saúde, principalmente nas últimas décadas, tem sido respaldado por uma visão integradora do ser humano. Isto também se reflete na expansão da interdisciplinaridade com a criação de modelos pedagógicos que constroem conhecimentos partilhados pelas ciências sociais e biológicas. Algumas disciplinas

sociais, como a antropologia, sociologia, psicologia e filosofia são oferecidas nos cursos de formação da área da saúde, porém, na maioria das vezes, de maneira optativa. Em contraponto, as disciplinas de antropologia e sociologia da saúde, médica e do corpo também estão sendo implementadas nos currículos dos cursos de formação de ciências sociais e humanas, comprovando a importância de um conhecimento mais abrangente do homem.

Assim, observa-se que a interdisciplinaridade na área da saúde transforma-se em uma necessidade importante visto que o conceito de saúde e doença envolvem concomitantemente um âmbito social. As expressões socioculturais e históricas dos indivíduos podem se traduzir em emoções e sentimentos que inferem significativamente na sua saúde e maneira de cuidar-se. No entanto, embora se saiba da existência da necessidade de uma saúde integral, ainda é um desafio possível e desejável que exista, a construção de um trabalho interdisciplinar na saúde que enfrente os diversos obstáculos do mundo moderno. O contexto de dor, de sofrimento e de disputa de poderes dos profissionais envolvidos que, muitas vezes, não sabem o seu papel em uma equipe interdisciplinar são os principais obstáculos enfrentados.

Neste sentido, a perspectiva integradora paralisa-se pelo modelo vigente da área da saúde que reforça a formação clínica baseada no modelo especializado das ciências biomédicas voltadas para o sintoma e para a enfermidade, desconsiderando os aspectos socioculturais fundamentais do ser humano (Nunes, 1995). Ademais de uma limitação de origem epistemológica do conhecimento, as barreiras interdisciplinares costumam privilegiar e, ao mesmo tempo, hierarquizar os profissionais colocando o médico como líder e os outros profissionais como captadores de informações sobre determinados problemas. Neste caso, a última palavra comumente é da área médica, que historicamente determina quais as decisões devem ser tomadas criando uma pirâmide de poderes construída pelos recursos humanos disponíveis.

Para termos um trabalho interdisciplinar de qualidade é necessário que todos os envolvidos conheçam a sua identidade profissional confiando nas suas potencialidades. Neste sentido, Ghisleni (2010), em sua tese doutoral, tratou sobre a relação entre os processos de construção da identidade do fisioterapeuta que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), constatando que as relações de reconhecimento, de cooperação e autonomia no trabalho, tanto dos médicos, enfermeiros e dos próprios fisioterapeutas, são elementos condicionantes na construção da identidade do profissional para que ele se perceba como tal. Além disso, para a autora, o conhecimento profissional científico, reflexivo e contextual são essenciais na compreensão da identidade profissional. Ou seja, quando os trabalhadores são conscientes de sua identidade profissional, o trabalho interdisciplinar se completa e cada indivíduo contribui com seus conhecimentos e experiências, construídas tanto na formação acadêmica como durante a prática profissional, facilitando a solução de problemas em saúde e beneficiando os pacientes em questão.

Deste modo, o desenvolvimento dos conhecimentos integrados em saúde demonstram a complexidade imposta aos profissionais quando precisam intervir centrados apenas em uma única especialização. Neste caso, a interdisciplinaridade aparece como alternativa libertadora para alcançar os desafios que surgem no mundo moderno, servindo como um complemento essencial para o cuidado completo do ser humano. Os modelos de formação com noções de interdisciplinaridade em seu ensino possivelmente capacitarão melhor os seus alunos, pois criam uma visão global e uma maior habilidade no trabalho em equipe, tão pertinentes quando se trata de saúde. Contextualizando esse argumento, Vilela & Mendes (2003) apontam que:

A saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação. Ainda são poucas as experiências de implementação de propostas curriculares integradas. As instituições formadoras de recursos humanos para a área da saúde, que adotaram a interdisciplinaridade em seus currículos, esbarram em várias dificuldades, as

quais vão se resolvendo à medida que o exercício do diálogo e do trabalho em equipe vão ocorrendo (Vilela & Mendes, 2003, p. 531).

A partir dessa perspectiva, entende-se, portanto, que a interdisciplinaridade é o modelo em equipe mais adequado para essa tese já que aborda as cirurgias plásticas e o diálogo dos profissionais especializados em tal disciplina. Além disso, utiliza-se o termo interdisciplinar e não transdisciplinar, pois esse último seria o produto final da interdisciplinaridade, que inclui triangulação de perspectivas, métodos e técnicas de aplicação prática (Minayo, 2010). Para ser um estudo transdisciplinar, seria necessário um maior aprofundamento do sentido histórico e conceitual que ultrapassaria as fronteiras das contribuições buscadas nas diferentes disciplinas, o objetivo do estudo e o tempo de investigação, sendo assim inacessível para esta tese devido à complexidade desse processo.

Por fim, deve-se destacar que apesar do fenômeno da interdisciplinaridade ser um tema constante nas discussões das sociedades modernas, ainda mostra-se incipiente em sua aplicabilidade e pouco explorado na educação e formação dos profissionais em saúde (Nunes, 1995; Gomes & Deslandes, 1994). Portanto, considera-se que o trabalho interdisciplinar seja interessante de ser investigado no âmbito das cirurgias plásticas já que é uma área que demanda de um diálogo constante entre as diversas disciplinas envolvidas como a medicina, a psicologia, a fisioterapia e a antropologia.

5.2 O médico cirurgião plástico²⁷

A cirurgia plástica, muitas vezes, é considerada como a cura de todos os males e deixa aos médicos (cirurgiões plásticos) um ethos de detectores de problemas, ou seja, possuem a tarefa de ser mais que cirurgiões plásticos com seu poder moderador, mas também psicólogos que utilizam o bisturi para tratar como dizia Pitanguy. (Masiero, 2015, p. 92).

O médico é um profissional que se encarrega do diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das enfermidades e que também possui um viés social importante. De acordo com Fernandes (2016), o médico quando se gradua deve estar capacitado para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente e também deve estar em condições de realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos que sejam indispensáveis ao atendimento ambulatorial em emergências. Deste modo, em algumas ocasiões de emergência, “o cirurgião necessita a habilidade de atuar agressivamente e sem tremer, primeiro cortando e depois pensando” (Davis, 2002, p.60). Além disso como médico generalista, deve ainda entender os fatores socioculturais e psicocomportamentais do indivíduo e da comunidade em que vive.

Para De Miguel (1978), na área da saúde existe um monopólio formado pela profissão médica que garante o seu poder dentro das sociedades capitalistas ou democráticas. Para o autor, o médico utiliza um poder socialmente aceito por algumas instituições por ter acesso à informação e conhecimento da vida íntima de seus pacientes. Em contrapartida, o código de ética da medicina exige que o médico tenha discricção absoluta sobre esses dados e que a utilização seja estritamente para a ciência e melhora do paciente. O autor também explica que esta reserva de mercado foi gerada pelo controle dos conselhos de medicina na eliminação de pessoas que exerciam ilegalmente a medicina, curandeiros e charlatões.

Neste sentido, Le Breton (2012) também comenta sobre a luta da medicina contra os

27 Este tópico transformou-se no artigo publicado: Masiero, L. M. (2015). Mudanças culturais: uma reflexão sobre a evolução das cirurgias plásticas. *Revista Antropología del Cuerpo*, n. 0, p. 62-77. Disponível em: <https://giac.wordpress.com/2015/09/21/00-2/>

“charlatões”, que são os não-médicos, na legitimidade da medicina desde o século XIX. Contudo, este autor defende a existência de medicinas alternativas pouco convencionais com diferentes saberes terapêuticos e formas de aplicação e de interação com o paciente. Ou seja, as oposições das práticas de saúde provenientes tanto de uma cultura erudita como de uma cultura popular não possuem as mesmas lógicas sociais. Sem embargo, a sua maneira, ambas buscam o bem-estar do paciente.

Esse mesmo autor, Le Breton, também aponta que os efeitos causados tanto pelas plantas como pelas drogas com ações farmacológicas podem ser modificados de acordo com os contextos culturais (2012, p. 187). O simbolismo e a fé existentes na medicina alternativa são considerados fatores influentes nos seus tratamentos que, na maioria das vezes, usam os efeitos de plantas e/ou de produtos naturais para curar. Além disso, o simbolismo encontrado na escuta, na interação e no contato das terapias alternativas, é pouco visto na medicina convencional sendo, talvez, a causa da busca dos pacientes por tais tratamentos.

Com a ocidentalização da medicina, cada vez mais científica e racional, os conceitos de diagnósticos foram mudando e se transformando em algo mais tangível e previsível. Atualmente, a medicina segue as características de um modelo burocrático proposto por Weber tornando-se uma organização racional e eficiente, caracterizada por uma estratificação autoritária e uma divisão do trabalho baseada na competência especializada junto a práticas sistemáticas e relações relativamente impessoais (De Miguel, 1978, p.27). Fomentando as especializações médicas acima da visão holística do ser humano.

Ademais, é importante destacar que a medicina convencional geralmente dá um maior enfoque à doença, aos exames e ao tratamento do que na própria pessoa contando a sua história. Quer dizer, como atualmente os diagnósticos cada vez mais se baseiam em tecnologias e investigações de

ponta, sobra pouco lugar para os relatos. Esse “distanciamento” médico-paciente pode ser encarado como uma falta de eficácia simbólica na cura dos pacientes que, muitas vezes, estão desejando apenas atenção. Sem embargo, as cirurgias plásticas, por terem uma simbologia cheia de expectativas e desejos pessoais, acabam sendo mais íntimas e as próprias palavras do médico, juntamente com a mudança do corpo, são associadas aos medicamentos “naturais” que tratam os valores simbólicos enfraquecidos dos pacientes, comumente pelo aumento da autoestima que a cirurgia promove.

A cirurgia plástica é uma especialidade médica, regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.621/2001, que volta-se para o tratamento dos defeitos e deformidades da superfície corporal e estruturas ósseo-musculares subjacentes. Geralmente, este ramo da medicina apresenta cinco principais áreas de atuação: estética, defeitos e deformidades congênitas, trauma, queimados e reparação após tumores. No entanto, segundo Fernandes (2016, p. 287), o conceito de que as cirurgias plásticas se dividem em estéticas e reconstrutivas é errôneo, pois para ele “a cirurgia plástica é uma especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente”.

Sem embargo, apesar de Coverse (1977) somente diferenciar a cirurgia plástica reconstrutiva como a dos defeitos maiores e a estéticas como a dos menores, a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), como seu próprio nome indica, ainda faz a divisão dessas duas grandes habilidades dos cirurgiões plásticos. Por outro lado, segundo o estudo de Masiero (2014), na especialização os médicos cirurgiões aprendem a realizar todos os tipos de cirurgias plásticas, sejam reconstrutivas ou estéticas, porém acabam seguindo uma demanda de mercado que os impulsiona a seguir um determinado tipo cirúrgico. Ademais, o cirurgião plástico também deverá desenvolver, ao longo de sua trajetória, habilidades de observação e escuta acerca das características socioculturais

dos pacientes, para melhor avaliá-lo e poder indicar ou não uma cirurgia plástica:

Ao término desta formação (em cirurgia plástica) e ao longo de toda a sua vida profissional, deverá o cirurgião plástico colocar lado a lado a técnica cirúrgica e a psicologia médica, permeadas pela anatomia artística em direção a sua mais ampla contribuição no âmbito da sociologia e da moderna antropologia. (Fernandes, 2016, p.287).

Considera-se que a cirurgia plástica é uma das especialidades médicas mais antigas. Portanto, para uma compreensão global acerca das cirurgias plásticas, será feita uma breve revisão da história das cirurgias plásticas. No início da humanidade, as enfermidades eram empecilhos para a sobrevivência do homem, porém com o passar do tempo, a aparência começou a ser um dos maiores obstáculos para a sensação de sucesso social e felicidade.

Entrando na história da cirurgia plástica, é importante salientar que um dos primeiros escritos de medicina foi o papiro de Ebers de 3.500 a.C. onde se descreveram fórmulas cosméticas e cirurgias de transplantes com próteses. Outra publicação antiga encontrada na civilização egípcia foi, em meados de 2.400 a.C., o papiro de Edwin Smith. Este antigo papiro descrevia os conhecimentos médicos sobre as intervenções cirúrgicas de tratamentos de lesões traumáticas e também de fraturas faciais. Este documento é o texto mais antigo sobre lesão medular e também é uma prova escrita da prática de correções estéticas de face e nariz, ou seja, o mais antigo estudo de procedimentos de cirurgias plásticas faciais (González et al., 2008).

Outro nome importante na história da medicina foi Hipócrates de Kós (460-370 a.C.). Ele, além de ser considerado o pai da medicina, é visto como o pai da cirurgia porque em sua obra *Corpus hippocraticum* aparecem tratados importantes sobre alguns de seus procedimentos cirúrgicos (Patiño, 2008). Os gregos Theophrastus e Dioscórides, que foram seus discípulos, também escreveram tratados médicos relevantes sobre procedimentos cirúrgicos ensinados por Hipócrates.

É importante destacar que na Índia também ocorreu uma grande evolução nas cirurgias plásticas,

pois os castigos imputados que geravam mutilações do nariz às mulheres de diferentes castas incentivaram o avanço nos procedimentos cirúrgicos para a reconstrução de rostos e, assim, a volta da pessoa em sociedade sem o estigma facial. Isto, claro, se a mulher pertencia a uma casta com condições financeiras favoráveis cujos seus familiares podiam pagar por bons médicos cirurgiões. Além disso, os indianos utilizam ervas medicinais como anestésicos em procedimentos cirúrgicos muito antes do que os outros povos (Rosado, 2003).

A China também foi famosa pelas suas reconstruções de lábios leporinos, ou queiloplastia, desde 390 a.C. (Raposo-do-Amaral, 2010). A Mesopotâmia também teve sua contribuição com o Código Hammurabi (1700 a.C.), o código de leis mais antigo da humanidade, que descrevia os castigos para os médicos que matassem ou cegassem seus pacientes. Deste modo, os médicos, com seus saberes específicos de sua profissão, já tinham a responsabilidade de tratar os pacientes com ética e respeito independente de credos, religiões, etnia ou situação financeira assim como acontece hoje em dia quando o médico trata pacientes que buscam por cirurgias plásticas.

Outra civilização de grande importância tanto na medicina em geral como para as cirurgias plásticas foi a egípcia. O embalsamento das múmias sempre causou a curiosidade de investigadores de como, em uma época tão remota, esse povo podia conservar cadáveres de faraós de uma maneira tão peculiar (Rodríguez & González, 2007). Ademais, as míticas rainhas Nefertiti e Cleopatra foram consagradas por suas personalidades e pelos seus tratamentos de beleza, muitas vezes, com cremes e cosméticos produzidos por elas mesmas através de produtos naturais. De acordo com Bravo (1996), Nefertiti usava fitas adesivas para tensionar a pele causando um efeito rejuvenescedor de *lifting* facial e também realizou umas das primeiras cirurgias plásticas de nariz da história.

Ademais, os médicos romanos clássicos, Aulo Cornélio Celso e Cláudio Galeno, também foram ícones da história da medicina lembrados até os dias de hoje. Cornélio escreveu tratados médicos

que descreviam técnicas cirúrgicas, instrumentos, ligaduras, hemorragias e reconstruções de nariz. E Galeno, apesar de alguns erros anatômicos, contribuiu com técnicas cirúrgicas, traumatológicas e pela abordagem acerca das enfermidades com visões tanto de médico como de filósofo, originando a doutrina conhecida como galenismo (Ballester, 2000).

Segundo Dumont et al., (2001), o período medieval ficou conhecido como a idade escura na Europa, pois foi uma época durante a qual a medicina não progrediu expressivamente. Por outro lado, neste período foram traduzidos livros importantes da idade antiga em idioma sírio, persa e árabe onde algumas civilizações, principalmente as islâmicas, aportaram o progresso no conhecimento médico (Dumont et al., 2001, p.254-64). Nesta linha, De Sousa (2011) afirma que na idade média era muito difícil formar-se médico, pois as poucas escolas só aceitavam pessoas de classes sociais favorecidas, sendo as funções médicas, muitas vezes, praticadas por barbeiros e curandeiros e, como havia grande influência da igreja, também por membros das dioceses.

No entanto, a partir do renascimento, a medicina teve uma grande evolução. Grandes nomes como, Leonardo da Vinci e Andrés Vesalio, transformaram o pensamento da época pelas dissecações de cadáveres e pelos desenhos do corpo humano. Os médicos Ambrosio Paré, considerado o pai da cirurgia moderna, e o suíço Teofrasto Bombasto, conhecido por Paracelso, também contribuíram com a medicina através de abordagens técnicas e éticas da medicina como, por exemplo, o provérbio famoso de Paracelso que afirmava que:

O dom mais precioso que nós médicos possuímos é nossa arte de curar; depois vem o amor por nossos pacientes, sendo a esperança a chave de ambos. E ele repetia emocionado: A medicina é amor". (Agudelo, 2009, p. 218).

Hoje, alguns autores afirmam que a medicina não é uma arte e nem amor, mas sim uma ciência (Fernandes, 2016). Por outro lado, apesar da medicina ser vista de maneira filosófica, nessa época, as cirurgias plásticas avançaram rapidamente, pois com a proliferação de sífilis e de lepra, muitas

peças que tiveram sequelas em seus rostos e corpos deformados buscaram nas cirurgias plásticas uma opção para corrigir suas deformações (Rodríguez & González, 2007).

Contudo, somente nos finais do século XIX, graças aos descobrimentos de anti-sépticos e da esterilização dos instrumentos cirúrgicos, as cirurgias gerais puderam ser realizadas com menos risco de infecções e as cirurgias plásticas tiveram uma importante evolução com descobrimentos das plastias em Z e dos enxertos de pele (Rodríguez & González, 2007). Sem embargo, no século XX, as cirurgias plásticas foram as principais alternativas para as reconstruções corporais de sequelas causadas durante os períodos de guerra, destacando-se os trabalhos de Sr. Harold Gillies como fundamentais na descrição de técnicas faciais em cirurgias plásticas (Raposo-do-Amaral, 2010).

Entretanto, o período de maior popularidade das cirurgias plásticas começou no século XXI, a partir de 1960, e segue até os dias de hoje. A cirurgia plástica deixou de ser um tabu para as pessoas, pois a confiança nos resultados desejados, devido às especializações médicas e ao avanço das técnicas, a transformaram em uma rápida alternativa para melhorar as imperfeições corporais e conquistar a beleza.

Neste sentido, o papel do médico cirurgião plástico passou a ter uma grande importância nas sociedades modernas com suas habilidades sendo melhoradas continuamente, em consequência do aumento do número de pessoas interessadas em realizar esse tipo de intervenção. Além disso, com o avanço tanto em anestesia como em diminuição dos riscos de infecções, o médico pôde aplicar com mais segurança os procedimentos cirúrgicos e aprimorar a sua técnica popularizando as cirurgias plásticas.

Por outro lado, nos dias de hoje tem-se uma distribuição de especialistas em cirurgia plástica muito desigual. A proporção de cirurgiões plásticos varia imensamente de acordo com cada região,

país ou continente. Por exemplo, enquanto no Brasil e nos países mais desenvolvidos existe 1 cirurgião plástico para cada 35.000 habitantes, na África e na Ásia existem apenas 1 para cada 500.000. Ou seja, alguns lugares se encontram saturados de especialistas e em extensas zonas rurais são quase inexistentes (Rodríguez & González, 2007). Este dado pode explicar o motivo de muitas pessoas viajarem para realizar as cirurgias plásticas fora de suas cidades ou até mesmo em outro país.

Um dos cirurgiões plásticos mais famosos do mundo, Ivo Pitanguy (1984), foi um médico fundamental para o progresso das cirurgias plásticas, pois seus trabalhos descreviam técnicas de reconstruções faciais que restabeleciam a esperança de pacientes com rostos deformados. Pitanguy criou um curso que especializa cirurgiões plásticos e fundou o primeiro centro especializado em queimados no Hospital Pedro Ernesto no Rio de Janeiro. Portanto, quando se trata de cirurgias plásticas no Brasil, o nome que saudosamente aparece ainda é o do Pitanguy²⁸.

Em suma, nas sociedades modernas a pressão e a admiração pelos médicos cirurgiões plásticos é evidente. Os erros cirúrgicos, quando ocorrem, são rapidamente esquecidos pela motivação de obter-se um corpo bonito. O ideal imaginário ultrapassa os limites da realidade e passa a ser, muitas vezes, um objetivo de vida. No entanto, mesmo com tantas lutas sociais para adquirir as liberdades dos corpos de hoje, ainda existe uma pressão social inconsciente, e também consciente, de seguir os padrões de beleza projetados e esses profissionais possuem um difícil papel de encontrar uma harmonia corporal e um equilíbrio emocional nos pacientes para assim evitarem de operar pacientes com transtornos psicológicos. Desta maneira, os cirurgiões plásticos possuem um árduo papel e um *ethos* de mediadores de desejos corporais, expectativas e realidades, e sem sombra de dúvida, essa é uma das tarefas mais complicadas quando tratamos da cultura das cirurgias plásticas.

28 Ivo Pitanguy faleceu em agosto de 2016.

5.3 O fisioterapeuta nos tratamentos pré e pós-operatórios

O fisioterapeuta é um Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. (Atividade de saúde regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75).

Quando pensamos no fisioterapeuta, focamos o seu trabalho no alívio do sofrimento, na melhora da função e na readaptação do indivíduo para que ele volte a ter uma qualidade de vida, realizando, com a melhor eficácia possível, as suas atividades da vida diária. Ademais, ao estimular o indivíduo a buscar uma ressignificação do corpo para encontrar uma funcionalidade em seus movimentos, o fisioterapeuta proporciona também uma capacidade de auto-cuidado, considerando-se um profissional fundamental nos cuidados em saúde com diversas especialidades, inclusive no âmbito das cirurgias plásticas.

Neste contexto, Denis (1980) aponta as diversas conotações do corpo a partir de uma referência à fisioterapia como uma área que objetiva reabilitar o corpo, reconquistá-lo, reencontrá-lo e ressignificá-lo. Para ele, esse pensamento sugere que deve-se restituir os direitos anteriores do corpo, que em algum momento de sua história, estavam presentes. De acordo com o autor, trata-se de uma forma de nostalgia do corpo ou uma ideologia do retorno que leva as pessoas a irem em busca do corpo perdido. Denis considera que para se obter um corpo autêntico seria necessário reinventá-lo, pois se o corpo está perdido e sem sentido, não pertence a ninguém sendo, portanto, um corpo utópico. “*o corpo se converteu em um teatro primordial da incerteza entre a natureza e a cultura*” (p. 13).

O fisioterapeuta também possui a tarefa de educar, pois orienta sobre posturas corretas, exercícios e cuidados diários que os pacientes devem seguir para prevenir lesões e promover a saúde. Neste sentido, Mauss (1979), afirmou que os indivíduos aprendem a utilizar o seu corpo

através de imitações do que lhe é útil. Assim também atuará o fisioterapeuta, pois ele re-ensinará o indivíduo a movimentar-se e adaptar-se de forma que ele seja funcional em sociedade e aparentemente saudável.

Neste caso, a simbologia da cura do fisioterapeuta ganha um aspecto de sanar dificuldades motoras e também emocionais, pois seu trabalho também reflete na dimensão sociocultural do paciente. Desta maneira, o fisioterapeuta ao criar uma possibilidade de educação em saúde, de autocuidado e de ressignificação do corpo e da função amplia sua área de atuação para uma dimensão mais social.

Nessa mesma linha, Rodriguez e Polania (2005) afirmam que a fisioterapia atualmente é observada além de um campo biológico, mas também com um ênfase em aspectos socioculturais. Portanto, a concepção funcionalista da fisioterapia, de ser um cuidado das capacidades dos movimentos e de suas alterações, está sendo ampliada para questões sociais e culturais do indivíduo onde a atuação do fisioterapeuta transcende o controle da alteração funcional do movimento e abrange a construção da identidade, da linguagem e das representações simbólicas do indivíduo. Maíllo (2007, p.183) diz que o corpo está repleto de símbolos sociais e morais que quando expressados revelam uma identidade. Deste modo, o fisioterapeuta deverá saber quais desses aspectos ajudaram ou prejudicaram seu tratamento. Le Breton (2011) também aponta que o corpo está marcado por uma trama social e cultural onde o indivíduo nunca deixa de exercer a sua flexibilidade e mostrar ao mundo os seus gostos e desejos. Ou seja, na reabilitação os componentes sociais estão incorporados na história do indivíduo que pode ser relatada durante a anamnese.

Sem embargo, apesar das interpretações socioculturais do corpo tornarem-se mais populares nas últimas décadas, para entender como se formam as representações culturais da fisioterapia em

sociedade é preciso recordar a sua história. Sabe-se que desde a antiguidade o homem utilizava recursos físicos da natureza, como calor e frio, com fins de alívio da dor, relaxamento ou estimulação da musculatura. Além disso, segundo Barros (2003), uma lenda descreve os benefícios da eletroterapia, princípio terapêutico muito utilizado hoje em fisioterapia, começou a ser usada após a experiência de um indivíduo que, com dores crônicas no tornozelo, colocou o pé no rio e encostou-o acidentalmente em uma enguia elétrica melhorando da dor que sentia após a descarga elétrica (Barros, 2003).

Aristóteles e Galeno também utilizaram técnicas similares às da fisioterapia para a melhora de deformidades osteomusculares através de movimentos e respiração (Masiero, 2015). Aristóteles, ao descrever o mecanismo de ação dos músculos, foi considerado o pai da cinesiologia, ciência que estuda o movimento humano, sendo um ícone extremamente importante para a fisioterapia. Galeno também foi referência em cinesioterapia, pois corrigiu um tórax com escoliose com uma ginástica realizada com o tronco e a respiração parecida com a técnica²⁹ de Rudolph Klapp. Ademais, também existem registros de que na China, desde 2.698 a.C., já realizavam-se tratamentos pelos movimentos de músculos, articulações e respiração, técnicas similares às usadas atualmente em fisioterapia (Barros, 2003).

Assim como a medicina, no período medieval a fisioterapia não avançou. No entanto, com a revolução industrial apareceram os distúrbios laborais e, conseqüentemente, a necessidade de tratamentos para uma recuperação rápida do trabalhador para que ele não perdesse sua produtividade (Tacani & De Campos, 2004). Sem embargo, apenas no início do século XX, depois das guerras mundiais, os recursos fisioterapêuticos foram mais valorizados, pois eram utilizados para recuperar os soldados para voltarem as suas atividades laborais o mais rápido possível

²⁹ Técnica utilizada para tratar escolioses que consiste em alongamento e fortalecimento da musculatura do tronco através de posições de quatro apoios semelhantes aos movimentos dos quadrúpedes criada por Rudolph Klapp em 1940.

(Rebellatto & Botomé, 1999).

Além disso, durante as guerras mundiais, algumas mulheres americanas cuidavam da reabilitação dos soldados lesionados. Elas eram chamadas de “auxiliares de reconstrução”, sendo Mary McMillan a primeira delas. Ela também foi a primeira mulher “soldado raso” do *Walter Reed General Hospital* em 1918 com formação em educação física na Universidade de Liverpool e curso de pós-graduação em Londres, especializando-se em eletroterapia, exercícios terapêuticos, massagem e anatomia. Nesta época, a prescrição fisioterapêutica era baseada no tratamento de ferimentos, fraturas, anquiloses, paralisias, amputações e disfunções motoras ou nervosas, porém era apenas uma área dependente da medicina. No entanto, buscando reconhecimento, McMillan e algumas colegas de trabalho iniciaram um movimento apoiado por médicos para formar uma organização profissional. A primeira denominação proposta para essa organização foi *American Women's Physical Therapeutic Association* (AWPTA) que, em 1922, mudou para *American Physical Therapy Association* (APTA) (Oliveira, 2005, p. 15).

Deve-se destacar que a Alemanha, a Inglaterra e os Estados Unidos foram os primeiros países que desenvolveram conhecimentos fisioterapêuticos. As primeiras escolas de formação em fisioterapia foram as de Kiel e Drestem na Alemanha. Logo, o Dr. Klapp elaborou o método Klapp para tratar escolioses, em conjunto com as fisioterapeutas Blederbeck e Heuss (Iunes, Cecílio, Dozza & Almeida, 2010). Na Inglaterra, o Dr. Cyriax desenvolveu uma técnica de manipulação articular e fricção profunda que leva seu nome (Winkel, 1990). Também foi onde a fisioterapeuta Berta e o neurologista Karel Bobath criaram o método Bobath para a reabilitação neurológica e onde, em 1951, foi fundada a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) com diversos países associados, inclusive o Brasil e a Espanha (De Souza et al., 2013).

Além disso, um fato importante que gerou publicidade para fisioterapia nos Estados Unidos, foi

quando o seu ex-presidente, Franklin Roosevelt, desenvolveu poliomielite submetendo-se a um tratamento com águas térmicas terapêuticas de *Warm Springs*, Georgia, com progressos motores que possibilitaram seu retorno à vida política incentivando-o a construir um centro de cuidados em hidroterapia contribuindo, assim, para o crescimento e valorização da fisioterapia (Oliveira, 2005).

Por outro lado, até meados de 1950, a fisioterapia ainda era vista como uma área acessória da medicina com formações de auxiliares de médicos ou técnicos. A primeira escola de fisioterapia no Brasil foi em São Paulo em 1951, com duração de um ano, sendo ministrada por médicos que formavam auxiliares especialistas em melhorar a função das pessoas. Fato visto no parecer nº. 388 de 1963: “A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e a responsabilidade do médico” Com o tempo, os cursos aumentaram a sua carga horária seguindo os modelos guiados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) (Marques & Sanches, 1994).

Somente com o Decreto de Lei nº. 938 de 13 de outubro de 1969 foi assegurado o exercício dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional de nível superior, com atividades privativas para executar métodos e técnicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física. Em 1975 a Lei n.º 6.316 criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Hoje, a fisioterapia é definida como:

Uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. (COFFITO, 2017)

Contudo, constando-se a amplitude dessa área do conhecimento em saúde, surgiu a necessidade

de especializações como a fisioterapia cardiopulmonar, a neurológica, traumatológica, esportiva, oncológica, entre várias outras. A fisioterapia dermatofuncional é uma delas que surgiu a partir da observação de um fisioterapeuta a um esteticista, em meados de 1970, tendo então a ideia de associar as habilidades fisioterapêuticas da eletroterapia, cinesioterapia, terapias manuais, juntamente com seus conhecimentos anatômicos e fisiológicos, com as técnicas utilizadas pelos esteticistas (Guirro & Guirro, 2004). Entretanto, como observou-se que esta especialização não era somente indicada com fins estéticos, mas também para a recuperação de queimados, pós-operatórios, amputados e linfedemas, a sua nomenclatura mudou de “fisioterapia estética” para fisioterapia dermatofuncional.

A Resolução nº. 362/09 reconhece a Fisioterapia Dermatofuncional como especialidade do fisioterapeuta e considera a necessidade de prover, através de uma assistência profissional adequada e específica, as exigências clínico-cinesiológico-funcionais dos indivíduos com alterações nas funções da pele e estruturas relacionadas. De acordo com Borges (2010), o objetivo da fisioterapia dermatofuncional é promover a recuperação física e funcional dos distúrbios endócrinos, metabólicos, dermatológicos e músculo-esqueléticos com um carácter além do estético.

Ademais, a fisioterapia dermatofuncional possui um campo específico dentro das cirurgias plásticas nos seus tratamentos pré e pós-operatórios. Os tratamentos pré-operatórios buscam a preparação da pele para a cirurgia, hidratando-a, fortalecendo-a e melhorando o fluxo sanguíneo e linfático para uma recuperação e cicatrização mais eficaz. Já os tratamentos pós-operatórios objetivam drenar os líquidos, descongestionar os tecidos e promover a aceleração da reabilitação com uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Macedo, & Oliveira, 2011).

Assim, a fisioterapia nas cirurgias plásticas atua na prevenção de complicações operatórias, restaurando a funcionalidade, diminuindo as dores, a ansiedade, o edema (inchaço) e tratando o

paciente de maneira global (Migotto & Simões, 2013). Além da atuação em cirurgias plásticas, a fisioterapia dermatofuncional também é importante no tratamento de todas as irregularidades que costumam aparecer na pele tanto de pacientes queimados, mastectomias, linfedemas, hanseníase, tratamentos de escaras, cicatrizes irregulares hipertróficas ou quelóides, reabilitação da musculatura pélvica e também para diminuir os edemas em pacientes gestantes.

Também atua na aparência da pele com fins estéticos na diminuição de *fibroedema gelóide* (FEG ou celulite), estrias, flacidez, acne e manchas corporais e faciais. Também pode atuar realizando *peelings*, de limpeza e hidratação da pele, na diminuição de pêlos corporais por depilação com laser ou luz pulsada e, principalmente, nos tratamentos para lipodistrofia localizada (gordura localizada) reduzindo as medidas corporais e modelando o corpo (Milani & Farah, 2006).

Os recursos terapêuticos utilizados na fisioterapia dermatofuncional se dividem em terapias manuais, eletroterapia ou na associação de ambos. É importante salientar que a eleição das técnicas é individual e dependerá dos objetivos e necessidades de cada pessoa sendo o fisioterapeuta o responsável de estabelecer o tratamento já na primeira consulta quando se realiza uma avaliação fisioterapêutica. As principais técnicas de terapia manual utilizadas são a drenagem linfática manual (DLM), os diversos tipos de massagens, as manipulações como a fricção, a compressão, a tração, os descolamentos e os alongamentos.

Com relação à eletroterapia, os equipamentos que costumam-se utilizar são: ultrassom (US) de 3 Mhz, ou às vezes de 1 Mhz, endermoterapia e vacuoterapia, eletrolipólise, microcorrentes, corrente russa, alta frequência, equipamentos de peelings de cristal e de diamantes, vapor de ozônio, laser, luz pulsada, carboxiterapia, plataforma vibratória, terapias combinadas de US de alta potência com correntes elétricas, radiofrequência, criolipólise, entre outros (Borges, 2010).

Portanto, como a fisioterapia dermatofuncional é uma área que cresce a cada dia, merece receber

uma atenção científica específica. Sua importância dentro dos tratamentos pré e pós-operatórios se deve a muito estudo e trabalho de fisioterapeutas, resultando ser fundamental uma boa integração do profissional fisioterapeuta com a equipe interdisciplinar para que o sujeito seja atendido de uma maneira global, seguindo as indicações corretas e gerando uma melhora eficaz para o paciente.

Agora, com as definições mais claras da fisioterapia buscou-se entender quais são as representações culturais desta profissão para a sociedade moderna. Para melhor exemplificar, encontramos o estudo de Montes (2011) que analisou quais os fatores influenciavam na escolha de estudantes para o curso de fisioterapia, enfermagem e nutrição. O autor constatou que existe uma busca por diferenciação social e que a família exerce uma forte influência nas decisões podendo gerar muitas dúvidas aos alunos. Segundo o autor, os pais desejam encontrar no filho a sua própria projeção social podendo dar margem a exigências e indecisões na escolha dos jovens. Já os estudantes avaliam essas opiniões em vista de suas experiências e conhecimentos que possuem sobre a área, reafirmando sua eleição ou colocando-a em dúvida. Portanto, nota-se que a sociedade valoriza a profissão e reconhece a sua luta para a consolidação de seus direitos e a sua importância dentro da área da saúde.

Outro estudo foi o de Triana e Quintana (2004) que tratou de como os estudantes de fisioterapia representavam mentalmente o corpo dividindo os resultados em 3 categorias: corpo, ser e mundo. As autoras observaram que a função simbólica do corpo através de um *ethos* cultural é representado de acordo com o sentido e o significado das vivências corporais de cada sujeito. Estas experiências implicam na constituição da consciência perceptiva de espaço e tempo que se objetiva em atitudes e hábitos. Além disso, no estudo o corpo no curso de fisioterapia emerge de uma perspectiva objetiva ligada à ação motora cuja motricidade e o movimento se manifestam pela biologia do corpo. Também aparece uma subjetividade na história individual e nas concepções de si mesmo, em que se

manifesta pelas experiências e vivências. Por fim, surgiu nesse estudo um aspecto de intersubjetividade na representação do corpo observado na corporeidade gerada pelas relações afetivas, emocionais, sociais e culturais. Ou seja, das relações do ser com o mundo, formando um imaginário de corpo compartilhado com o coletivo, que é a sociedade.

Portanto, o corpo como objeto de estudo da fisioterapia pode ser analisado a partir de duas perspectivas sociais. A primeira é uma visão dualista atribuída à divisão cartesiana de mente-corpo de René Descartes (2009). Essa perspectiva está associada ao funcionalismo da profissão, ou seja, ao estudo do corpo como condição orgânica e sistêmica obtendo, assim, competência sobre as estruturas osteomusculares, neurológicas e cardiopulmonares que garantam o movimento funcional. Neste caso, a leitura do corpo se baseia na regulação do sistema nervoso central como um comunicador entre o mundo interior e o exterior visando o bem-estar e a saúde das funções do corpo. Essa é uma visão mais segmentada do corpo onde o tratamento se volta para as especialidades da fisioterapia.

Conforme a segunda perspectiva social, a visão monista do corpo dá maior sustentabilidade à leitura cultural e social oriunda das teorias de Aristóteles e Santo Tomás de Aquino que apresentam o corpo e a alma como uma matéria única. Assim, nesta linha os movimentos corporais são interpretados como uma construção social oriunda das experiências sensoriais (tanto orgânicas como motrizes, intelectuais e afetivas) com o meio externo e formam as expressões e linguagens do ser humano com uma percepção holística (Rodriguez e Polania, 2005). Apesar da tendência mundial às especificidades das áreas, se observa nesta visão uma leitura mais global de tratar-se ao da fisioterapia. Isto se observa em alguns currículos dos cursos de fisioterapia no Brasil que estão voltados para uma visão do paciente como um todo, incluindo suas representações socioculturais através da educação em saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro ponto de destaque na fisioterapia é o toque, pois é considerado um dos principais, ou o principal, instrumentos do fisioterapeuta. Contudo, nem sempre esse contato causa bem-estar, pois a pele pode ser entendida como uma fronteira entre a pessoa e o mundo, ou seja, entre o interior e o exterior e possui a memória de suas vivências (Anzieu, 2010). Portanto, a aceitação do contato físico dependerá das vivências físicas ou emocionais que o paciente teve ao longo de sua vida. O equivalente simbólico do tato pode começar pela palavra do fisioterapeuta que se bem empregada também pode tocar emocionalmente devendo ser cauteloso nas suas escolhas de linguagem. Portanto, ao considerar o fisioterapeuta como um intérprete do corpo enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento da habilidade de entender as representações simbólicas do corpo do paciente e também de fazer com que o paciente se conheça a partir de sua história de vida.

Ainda sobre o aspecto do toque, não pode-se deixar de comentar acerca da associação simbólica que algumas pessoas fazem da fisioterapia com a massagem. Oliveira (2005) escreveu sobre a história da fisioterapia no mundo descrevendo de forma clara como a massagem apareceu no campo da fisioterapia. Segundo a autora, desde 1884, o *British Medical Journal* vinha regularmente incluindo em suas publicações artigos científicos sobre o emprego da massagem como recurso no tratamento de distúrbios ortopédicos, neurológicos, ginecológicos e reumatológicos, obesidade etc. Os treinamentos de massagens eram ministrados por médicos em Londres para que as enfermeiras os utilizassem como complemento de suas profissões. Porém, a massagem foi se tornando uma profissão independente, surgindo escolas para ensinar cientificamente a massagem e a eletricidade, com cursos que duravam de 4 a 6 meses e incluíam aulas de anatomia e práticas em hospitais.

Acredita-se que essa relação com a massagem surgiu porque na fisioterapia, desde a sua origem, utiliza como um dos instrumentos de tratamento empregados em terapia manual. Dentro desta categoria, a massagem terapêutica é uma das técnicas mais antigas utilizadas, porém as pessoas

ainda as confundem com a massagem relaxante de *spas*. Até hoje, essa representação social da fisioterapia é considerada motivo de ofensa para muitos profissionais, pois a fisioterapia possui um grande arsenal de recursos terapêuticos que não se limitam apenas às técnicas de terapias manuais e menos ainda às de massagem. Além disso, deve-se ressaltar que existem cursos de massoterapia que formam profissionais habilitados especificamente para isso e que merecem seu crédito na *expertise* da técnica.

Desta maneira, pode-se dizer que as representações culturais da fisioterapia considerando o corpo como ser, mundo e objeto são geralmente baseadas em paradoxos. Esses profissionais flutuam entre a saúde e a doença; a dor e o alívio; o manual e o tecnológico; o olhar e o tocar; o objetivo e o subjetivo; o diálogo e a escuta; o ativo e o passivo; o ensinar e o aprender; o ver e o sentir; o eu e o outro; e, especialmente, tratando o corpo, mas refletindo na mente do paciente. Por outro lado, essas dualidades se encontram para alcançarem um olhar que mira na direção de um paciente sujeito de forma individual. Ou seja, o fisioterapeuta deve entender de maneira coletiva e abrangente, mas deve tratar de forma única.

Além disso, o trabalho na fisioterapia, como o próprio nome supõe, resgata uma interpretação da natureza desta profissão: a terapia do corpo com o uso dos recursos físicos como o calor, o frio, a eletricidade e, principalmente, pelo uso das mãos e do movimento para a melhora da função. Também se poderia dizer que o fisioterapeuta é um intérprete ou facilitador nas re-descobertas do corpo, pois ensina a ressignificar as suas funções, a encontrar-se socialmente, e a vivenciar da melhor forma sua nova condição corporal e mental. No processo de ressignificação do corpo, a fisioterapia, apoiada na antropologia, procura interpretar de maneira densa o sentido semiótico de cultura ampliando o discurso humano, observando os acontecimentos, processos sociais e a conduta da partir de uma imersão cultural (Geertz, 2012). Ou seja, o fisioterapeuta deve conhecer o contexto

sociocultural do paciente para então compreender as suas representações simbólicas de corpo, saúde, enfermidade e função. A interpretação das simbologias intrínsecas no corpo do paciente dependerá da capacidade do fisioterapeuta de perceber a intenção e o significado das expressões corporais de cada paciente.

Por fim, o profissional fisioterapeuta mais do que tratar, reabilitar ou educar, ele deve sentir o outro. Sentir o que representa o sofrimento, a incapacidade, a dor e, principalmente, como esses aspectos irão afetar a dimensão psicossocial do paciente, seja por uma reabilitação por uma lesão ou patologia, seja por uma cirurgia plástica. Portanto, a sensibilidade do fisioterapeuta contribuirá para que a escolha da sua conduta seja apropriada e que assim promova uma melhora não somente da função do corpo, mas também da função social do indivíduo que busca reaver seus direitos de cidadão para poder desfrutar do seu tempo de lazer com qualidade de vida e bem-estar.

5.4 O psicólogo e as cirurgias plásticas

O estudo da psicologia é tão vasto e antigo que necessitaria uma tese inteira para resumir a sua história. Implicaria estudar as religiões primitivas e sofisticadas, a Grécia antiga, as correntes filosóficas que tratam da alma e do ser humano, as perspectivas médicas da área da saúde, as ciências sociais e suas relações com o mundo, enfim, necessitaria mais do que este estudo pretende abordar. Assim, para que se possa compreender a psicologia como profissão e a sua associação com as cirurgias plásticas, centrou-se esse tópico no papel do psicólogo clínico e nas suas contribuições socioculturais no mundo moderno.

A Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, regulamentou a profissão de psicólogo no território brasileiro, estabelecendo os critérios legais e civis para desempenhá-la. Essa regulamentação da

profissão garantiu o seu exercício e delimitou a sua prática e competências a pessoas graduadas em um curso superior de Psicologia. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (1992), as atribuições do psicólogo clínico é:

Atuar na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realizar pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. (Conselho Federal de Psicologia, 1992, p. 1)

Ademais, o psicólogo, com o objetivo de promover o respeito à dignidade e à integridade do ser humano, pode atuar tanto no âmbito da educação, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades, comunicação como na saúde (CFP, 1992). Segundo Martín-Baró (1996), o trabalho profissional do psicólogo deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender. Para o autor, o horizonte do seu *quefazer* é a conscientização, isto é, o psicólogo deve ajudar as pessoas a superarem a sua identidade alienada, pessoal e social, ao transformar as condições opressivas do seu contexto ajudando as pessoas a chegarem a um saber crítico sobre si próprias e sobre sua realidade.

Além disso, criou-se um consenso entre os psicólogos de que para definir a sua identidade profissional e o papel que eles desenvolvem nas sociedades modernas, faz-se mais importante examinar a situação histórica dos povos e suas necessidades do que estabelecer o âmbito específico da psicologia como ciência ou como atividade. Neste contexto, até mesmo a *American Psychiatric Association* (1975) reconhece na DSM³⁰ III, IV e V que o comportamento humano envolve uma dimensão social, e, portanto, o psicólogo não pode limitar-se ao plano abstrato do individual, mas também deve confrontar os fatores socioculturais que constroem a individualidade humana.

Também considerar-se importante enfatizar que o comportamento humano deve ser visto à luz

30 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Disponível em:
<http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

de seu significado pessoal e sociocultural, o saber psicológico que põe-se em manifesto deve também dar um sentido baseado em uma perspectiva histórica. Assim, para compreender o outro, o psicólogo busca, sobretudo, estruturar uma forma de relação da pessoa com o seu meio, configurando o lugar no mundo onde o indivíduo ocupa, materializa seus interesses sociais e conscientiza-se a respeito de si mesmo.

Por outro lado, Braunstein et al. (1979) aponta que a psicologia está servindo de ajuda aos interesses da ordem social em vigor, ou seja, está convertida em um instrumento útil para o desenvolvimento do sistema social frente às exigências que levam o sujeito a buscar soluções para os problemas de modo individual e subjetivo, mas, ao mesmo tempo, com um viés na coletividade. Portanto, a psicologia pode ser usada como uma ferramenta de controle social partindo do individual, mas pensando no coletivo.

Nesta mesma época, Didier Deleule (1972) também enfatizava que a psicologia podia oferecer uma solução alternativa para os conflitos sociais, pois tentava mudar o indivíduo para preservar a ordem social ou, talvez, gere a ilusão de ao mudar o indivíduo, também estar mudando a sociedade. Para o autor, a proliferação da psicologia se deve à função que está assumindo na sociedade contemporânea, ao converter-se em uma ideologia de reconversão em que a sociedade é formada pelo somatório de indivíduos pensantes.

Sem embargo, para compreender melhor o papel do psicólogo na sociedade considera-se interessante voltar brevemente às raízes históricas da própria psicologia. Assim, ao invés de limitarmos a análise psicológica referente ao comportamento humano observável comumente usando atualmente, seria necessário nos dirigirmos o olhar para a consciência humana para que as pessoas possam recuperar a memória histórica para logo compreender a sua identidade, assumir o seu passado, vivenciar o seu presente e projetar um projeto de futuro pessoal e social. Para Martín-

Baró (1996) essa conscientização é:

A consciência não é simplesmente o âmbito privado do saber e sentir subjetivo dos indivíduos, mas, sobretudo, aquele âmbito onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social. A consciência é o saber, ou o não saber sobre si mesmo, sobre o próprio mundo e sobre os demais, um saber prático mais que mental, já que se inscreve na adequação às realidades objetivas de todo comportamento, e só condicionada parcialmente se torna saber reflexivo. (Martín-Baró, 1996, p.12)

De acordo com Émile Durkheim (1984 [1895]), considerado um dos pais da sociologia, a consciência é uma realidade psicossocial relacionada com a consciência coletiva. Para o autor, a consciência consiste na imagem que as pessoas criam de si mesmas, como o produto da história de cada um, mas inclui, de alguma maneira, as representações sociais. O conceito de representações sociais elaborado por Durkheim estabeleceu uma distinção entre representações individuais e coletivas diferenciando a sociologia da psicologia social.

Posteriormente, o psicólogo Serge Moscovici (1978) retomou o conceito de representações sociais de Durkheim para desenvolver uma teoria das representações sociais no campo da Psicologia Social. Para o autor, as representações sociais referem-se ao posicionamento da consciência subjetiva nos espaços sociais, com o sentido de constituir percepções coletivas por parte dos indivíduos. Deste modo, as representações sociais de algum aspecto passam por um processo formado por fenômenos interativos, oriundos de processos sociais observados no mundo moderno. Ou seja, os aspectos conceitual e epistemológico são tomados em referência à interrelação entre os sistemas de pensamentos e as práticas sociais, para que seja possível compreender os fenômenos complexos do senso comum e a eficácia destas representações na orientação dos comportamentos e na comunicação, entendendo assim a representação social como um sistema de recepção de novas informações sociais.

As representações sociais, segundo Jodelet (1985), são modalidades práticas de conhecimento

orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social em que vivemos. Manifestam-se em elementos cognitivos como imagens, conceitos, categorias, teorias, porém não se reduzem somente a esses componentes cognitivos. Como são socialmente construídas e compartilhadas, contribuem para a elaboração de uma realidade comum permitindo a comunicação. Assim, as representações sociais também podem ser consideradas fenômenos sociais formados a partir das funções simbólicas e ideológicas, ou seja oriundos do conteúdo cognitivo, que servem para a comunicação onde circulam na sociedade.

Além disso, como as representações sociais são formas de conhecimento, também são consideradas uma vertente teórica da psicologia social que discutem aquilo que é compartilhado por outras disciplinas, como pela filosofia, história, sociologia e psicologia cognitiva, fazendo com que as representações sociais sejam também um campo interdisciplinar. Também podem ser abordadas, como representações mentais, estudadas pela psicologia cognitiva e pela psicanálise, como elementos da comunicação, sendo então representações públicas, objeto de estudo da psicologia social, ou, ainda, como elementos coletivos, comunicados repetidamente e distribuídos igualmente numa determinada formação social, sendo então representações culturais, objeto de estudo da Antropologia (Jobelet, 1985), como o que estudamos nesta tese com as representações culturais das cirurgias plásticas.

Desta maneira, considerando as representações sociais como resultados da interação homem-sociedade e a importância do senso comum nas relações sociais, Moscovici (1988) chega a conclusão de que o processo de representar um objeto social ou um conceito é mais do que uma cópia de saberes sociais, mas também é a transformação de um saber simbólico, ou científico, em um instrumento que os indivíduos possam fazer uso. Portanto, para ele, a função da representação social no mundo moderno, seria uma função transformadora. E os psicólogos buscam entender essa

transformação social coletiva, porém de uma maneira individual.

A cultura pode ser entendida como uma construção de representações sociais resultantes da relação do sujeito com o meio social. Assim, o seu estudo é importante na observação de fenômenos psicossociais geralmente construído e reconstruído a partir da comunicação. Para Jovchelovich (1995), a construção simbólica individual é gerada no meio social em que as representações sociais são compartilhadas pela coletividade da vida pública na relação de um indivíduo com os outros.

Por outro lado, pensando-se que a psicologia toma como um de seus objetivos os processos da consciência humana, também deverá atender o saber das pessoas sobre si mesmas, enquanto indivíduos e enquanto membros de uma coletividade. Ou seja, o quanto são conscientes de suas ações e pensamentos e de suas influências externas. Deste modo, o saber mais importante do ponto de vista psicológico não é o conhecimento explícito e formalizado, mas o saber inserido na prática cotidiana, implícito, estruturalmente inconsciente, e ideologicamente naturalizado, enquanto adequado ou não às realidades objetivas, enquanto humaniza ou não às pessoas, e enquanto permite ou impede os grupos e povos de manter o controle de sua própria existência.

Quando trata-se de representações sociais e simbologias relacionadas com as cirurgias plásticas, o trabalho psicológico desses pacientes busca conhecer os principais aspectos de personalidade que irão influenciar na percepção dos resultados cirúrgicos, pois os desejos e as expectativas podem interferir em sua valorização (Copetti & Copetti, 2005). Deste modo, o acompanhamento psicológico possibilita a construção do vínculo e a concepção do paciente como um todo, relacionando os aspectos da autoimagem e da autoestima com as relações sociais com o mundo.

Além disso, o psicólogo que trabalha com esse público deve ter cuidado para diferenciar uma autoimagem de um ponto de vista saudável de uma necessidade de reconhecimento relacionada a um narcisismo patológico ou a um transtorno psicológico como o TDC. Assim a entrevista

psicológica será baseada em um referencial multifocal e poderá seguir a teoria e a técnica psicanalítica vincular, humanista e sistêmica associada à aplicação de testes projetivos, como o DFH usado neste estudo, mas com um fim de compreensão da personalidade do paciente.

O tratamento psicológico realizado no pré-operatório de uma cirurgia plástica constará de um meio do paciente expressar suas motivações, insatisfações, desejos, fantasias, expectativas e sentimentos em relação à cirurgia que será submetido. Ademais, poderá aclarar-se se realmente é necessária a cirurgia e se os motivos são para uma melhora realmente corporal e não de um outro aspecto de suas vidas, como foi visto em minha dissertação de mestrado (Masiero, 2014). Também poderá ser feito um acompanhamento psicológico com familiares ou pessoas próximas dos pacientes sempre que o psicólogo considerar importante, já que a cirurgia pode despertar sentimentos ambivalentes em um familiar como inveja, culpa ou ciúmes inconscientes.

No entanto, no tratamento psicológico no pós-operatório, o psicólogo verificará a importância da comunicação entre o paciente e seu cirurgião plástico. Se esta relação foi construída harmonicamente, o paciente geralmente possuirá uma melhor capacidade para suportar e vivenciar alguns desconfortos cirúrgicos decorrentes das cirurgias, mas que fazem parte da recuperação como as dores, edemas, equimoses, etc. Também deve-se saber que algumas ansiedades são características desse período, como por exemplo, acordar no pós-operatório imediato, o dia da retirada de pontos e a primeira vez que se olham no espelho (Copetti & Copetti, 2005). Nesse período, a paciência é fundamental para posteriormente se permitir desfrutar do resultado da cirurgia plástica realizada. O psicólogo também, auxiliará o paciente a desenvolver sua capacidade suportar sensações e emoções desconfortáveis.

Observa-se que o trabalho psicológico é muito mais complexo do que parece quando se trata de um paciente que se submeterá ou já se submeteu a alguma cirurgia plástica. Isto porque existe uma

variabilidade de situações que podem influenciar de maneira decisiva na reabilitação e ressignificação corporal do paciente. As relações de transferências do paciente com a equipe cirúrgica, sabotagens inconscientes, ou conscientes no pós-operatório para não melhorar e continuar sobre cuidados e o centro de atenções, algumas datas significativas que os pacientes escolhem para se operarem, pacientes que fazem a cirurgia escondidos de seus familiares, pacientes que entram numa compulsão de cirurgias ou insatisfeitos por algum transtorno psicológico, entre outras situações que podem ocorrer.

Também é necessário esclarecer a diferença entre psicólogos e psiquiatras que, muitas vezes, causa dúvidas nas pessoas que buscam uma terapia. O psicólogo é o profissional formado no curso de psicologia que não é habilitado para receitar medicamentos e o psiquiatra é o profissional formado no curso de medicina que fez a especialização em psiquiatria e que pode tanto tratar pelo diálogo como também através de medicamentos. Tanto um quanto o outro podem indicar o paciente para...

Considera-se, portanto, uma abordagem interdisciplinar, incluindo o psicólogo, em equipes de cirurgia plástica para a avaliação e acompanhamento pré e pós-operatórios, possibilita uma maior valorização dos resultados cirúrgicos, uma melhor comunicação e resolução de alguma intercorrência e também pode prevenir sabotagens inconscientes por parte do paciente. Desta maneira, o trabalho interdisciplinar, através de reuniões de equipe e estudo de casos clínicos, instrumentaliza todos os profissionais de saúde envolvidos para melhor lidar com os pacientes e centrar-se no indivíduo como um todo e não apenas no resultado cirúrgico.

5.5 O antropólogo como conector na interdisciplinaridade em saúde³¹

Em uma palavra, o ofício do antropólogo teria como principal característica a capacidade de desvendar ou de interpretar evidências simbólicas. (Oliveira, 2007, p.10)

De acordo com Oliveira (2007), o trabalho do antropólogo está marcado pelo foco em situações sociais empíricas concretas, bem delimitadas geograficamente, através das quais são discutidos aspectos universais da vida social. Portanto, se busca entender de uma maneira universal as visões individuais e coletivas a partir de uma interpretação holística, ou seja, se observa como as diversas sociedades se vêem e qual o significado simbólico de suas atitudes, sem etnocentrismo e comparando-as umas com as outras (Dumont, 1985, p.201-236).

Além disso, uma das características do antropólogo é a sua prática no trabalho de campo e na etnografia. Malinowski (1976), em Nova Guiné, e Boas (1883/2004), com os esquimós, foram os primeiros antropólogos a realizarem um trabalho de campo que se baseia na imersão do antropólogo durante um período de tempo em uma comunidade ou grupo de estudo para conviver, observar, escutar e dialogar com o outro. Ou, como dizia Malinowski, deve-se “entrar” na vida do outro. Segundo DaMatta (1981) o antropólogo precisa, num primeiro momento, fazer um esforço para transformar o exótico em familiar, para dar um sentido lógico e coerente às práticas que está observando. Lévi-Strauss (2003) também explorou essa transformação do exótico em familiar em suas interpretações antropológicas.

O trabalho de campo seria, portanto, a participação do antropólogo na vida de um grupo para coletar informações que sirvam para a sua investigação (Hammersley & Atkinson, 1994, p.3). Para Margaret Mead (1971, p.11) não havia outra maneira de formar um antropólogo do que enviá-lo ao trabalho de campo, pois esse contato com o “material vivente”, como ela descreve, é a marca

31 Este tópico transformou-se no capítulo do livro: Masiero, L.M. (2015). “Educação em saúde e as suas Nuances Antropológicas”. En: Educação, ecoturismo e cultura em Ibero-América. Espina Barrio, A.B.; Correa, L. N; Vieira, T. P. (p.244-265).

distintiva da antropologia para as outras disciplinas. Quer dizer, segundo ela, a sociologia trata dos signos que estão no papel baseados em senso e questionários e a psicologia se ocupa de situações criadas artificialmente no laboratório. Portanto, Mead considera que o antropólogo por realizar suas anotações no papel a medida que escuta e aceita os fatos surgidos, ele não precisa esperar que esses fatos sejam comprovados em laboratórios de pesquisa acelerando as publicações científicas.

Posteriormente ao campo, o antropólogo organiza os materiais e descreve-se a experiência através da etnografia. Para Baztán (1995, p.3), a etnografia é o estudo descritivo da cultura de uma comunidade ou de alguns de seus aspectos fundamentais através de uma perspectiva global de compreensão. Neste sentido, Clifford Geertz (2012), afirma que a escrita deve ser uma tradução formal das experiências vividas com o maior número de informações possíveis, portanto, deve ser uma descrição densa da sua vivência.

Desta maneira, entendendo a antropologia como uma maneira de interpretar o mundo social, se observa a dimensão empírica e simbólica que existe no trabalho do antropólogo (Oliveira, 2007). Podendo, assim, acessar às representações, as visões de mundo, os valores e as crenças do grupo estudado pela conexão da história com a cultura e pelo ponto de vista do observado. No entanto, a maioria dos antropólogos se encontram em atividades acadêmicas, porém existe um número crescente de profissionais trabalhando nos diversos campos das relações humanas, inclusive na área da educação e na saúde (Harris, 2006, p.8).

Segundo Gusmão (2009), os programas de ensino e de formação em diferentes áreas têm assumido a antropologia como necessária, em razão de seu escopo humanitário e de seus métodos no campo da pesquisa. Contudo, também afirma que uma das dificuldades encontradas é a ausência de antropólogos no campo do ensino e da pesquisa na área da educação. Para a autora, o olhar para o ensino da antropologia não deve ser apenas em cursos universitários, mas também na Educação

Básica a partir de conceitos antropológicos e dos temas transversais presentes nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Portanto, se deve buscar uma formação mais humanista utilizando a sensibilidade especial do antropólogo para compreender os aspectos da vida social, resgatar a cultura de modo crítico e, ainda, das pesquisas qualitativas e seu papel.

Contudo, segundo Mead (1971), a antropologia da década de 1960 era pobremente articulada com as outras ciências. Atualmente, o número de antropólogos aumentou paulatinamente com a atuação em ajudas técnicas, relações internacionais, processos de integração de minorias étnicas e em mudanças educacionais, porém até mesmo dentro da antropologia se encontram, em muitos casos, certa repugnância para cruzar os limites da disciplina (p. 14-15). Ela cita que em 1960 já existia o interesse dos antropólogos pela medicina e pelo campo da saúde mental o que significava que existia uma necessidade de contato com as outras ciências, mas que ao mesmo tempo, isso acabava afastando o antropólogo da sua área.

Neste sentido, a sociologia e a psicologia eram geralmente vistas como ciências paralelas à antropologia. Contudo, com o passar do tempo cada área foi reivindicando seus conhecimentos próprios deixando cada vez mais claro o papel de cada uma delas no mundo acadêmico. Mead (1971) também menciona cinco áreas que considera intimamente ligadas à antropologia: a cibernética, a etologia, a instrumentação, a genética e a evolução humana e cultural, porém infelizmente elas possuíam pouca comunicação entre si.

Deve-se destacar que, em 1980 as ciências sociais em saúde passaram a articular-se com o campo da saúde coletiva avançando cientificamente. Essa relação possibilitou estudos sobre medicina preventiva, medicina comunitária, políticas de saúde, as relações com o Estado e organização dos serviços de saúde (Nunes, 2006).

Neste contexto, pensa-se ser essencial para a integralidade de uma avaliação antes de uma

cirurgia plástica, ou anamnese, o conhecimento de todos os processos da história de vida de um indivíduo. Assim, a escuta e o diálogo são ferramentas essenciais dos profissionais em saúde para a busca de informações sobre crenças, valores e significados que certas condutas e doenças podem representar para uma determinada população. As estratégias da avaliação de um paciente que busca uma cirurgia plástica em saúde, portanto, podem ser elaboradas em conjunto com antropólogos, que ademais de serem especialistas no estudo das culturas e simbologias, podem contribuir com as suas habilidades nas entrevistas e observações, que seriam fundamentais na coleta dessas informações em saúde evitando cirurgias desnecessárias.

Considera-se que o antropólogo que trabalha com saúde, familiarizado com o trabalho de campo, com as entrevistas, com a observação participante e com a etnografia poderá coletar o máximo de informações acerca das pessoas que realizam cirurgias plásticas buscando informações sobre os hábitos de vida, alimentação, higiene, saneamento básico, vacinação, noções do corpo, beleza, saúde e de doença. Ou seja, nestes casos, o antropólogo investigará porque as pessoas querem operar-se visando soluções rápidas para os problemas socioculturais envolvidos nesta decisão que podem ser tanto por fatores ambientais e econômicos como também por crenças e valores que influem nas suas atitudes, pois cada grupo social terá sua cultura refletida nas suas ações, podendo ser observada na realização ou não de uma cirurgia plástica.

De Miguel (1978), afirma que os primeiros profissionais que se interessaram pela sociologia da medicina foram os sociólogos que utilizavam dados médicos para demonstrar hipóteses sobre a estrutura social, educação ou teorias sociológicas em equipes multidisciplinares ou em instituições médicas. No entanto, os médicos, principalmente psiquiatras, começaram a interessar-se pela sociologia da medicina dirigindo-se para área sanitária na aplicação de conhecimentos para a solução de problemas concretos, como a engenharia social ou antropologia aplicada.

Arthur Kleinmann, médico e psiquiatra, segue na antropologia da saúde a linha da fenomenologia interpretativa geertziana e o Interacionismo Simbólico e apresenta um modelo denominado de Sistemas de Cuidado de Saúde (Bohes et al, 2007). Em tal modelo, as atividades de cuidado à saúde são respostas sociais organizadas frente às doenças e seus cuidados, e podem ser estudadas como sistemas de cuidado. Este modelo pode ser utilizado em políticas de educação em saúde onde o antropólogo contribuirá com suas interpretações na resolução de problemas sociais relacionados à saúde.

Partindo deste pressuposto, é preciso compreender o funcionamento básico do corpo humano dentro de um contexto sociocultural para que o entendimento do processo saúde-doença seja completo. Desvendando os significados, a antropologia da saúde tem abordado o fenômeno da doença a partir de duas perspectivas: o processo experimentado pelos doentes e a experiência de como os profissionais de saúde atuam e compreendem esta manifestação no exercício de suas práticas (Laplantine, 1999).

De acordo com Gazzinelli et al (2005), para o entendimento global da saúde deve-se apresentar uma articulação entre representações sociais e a experiência da doença em si. A representação social incluirá uma análise da dimensão da experiência individual e coletiva dos sujeitos com relação à saúde e à doença. Desta maneira, o antropólogo que trabalha com saúde buscará transmitir informações para que as pessoas possam, através dos seus recursos combinados com o apoio social, conhecer os seus problemas e decidir sobre a ação mais apropriada para manter uma vida saudável.

No estudo de Briceño-León e Vlassof (2000), ao descreverem os fatores de intervenção das doenças tropicais, os autores apontaram que se conhecem muito sobre como combater o parasita e o vetor, porém muito pouco sobre o ser humano que deveria ser o foco de todos os estudos. Assim, entende-se que conhecer os diversos fatores que podem influir na preservação de uma vida

saudável, associados aos aspectos sociais, culturais, econômicos, biológicos e ambientais tornam-se os principais pontos a serem analisados, pois o indivíduo responde de acordo com o meio em que vive. Desta maneira, entender os aspectos simbólicos envolvidos nas cirurgias plásticas são primordiais já que interferem de maneira decisiva nos cuidados com o corpo e com a saúde de uma determinada população.

A partir deste enfoque, o antropólogo que trabalha com a saúde visa promover, prevenir e tratar pela eleição de estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável ou não (Machado et al., 2007). Porém, respeitando seus costumes, valores e crenças.

Denis e Bixio (1980) consideram fundamental que os conhecimentos sobre o corpo sejam cada vez mais lúdicos, começando dentro do espaço escolar. Ele considera a educação física umas das primeiras ferramentas para a consciência do corpo pela psicomotricidade de Piaget, porém crítica a pedagogia dirigida e institucionalizada que busca um corpo político ensinado. Ou seja, pensa que deve-se buscar uma educação em saúde pedagógica, porém mais informal, com representações multidisciplinares evitando a distância do grupo com o profissional envolvido. Neste aspecto, o antropólogo pode colaborar com seus conhecimentos culturais e simbólicos para um ensino mais amplo voltado para a prevenção, o autocuidado e para o entendimento dos estereótipos de corpos criados socialmente.

Assim, o trabalho do antropólogo em saúde funciona de forma similar à antropologia aplicada, pois esta também busca, com suas investigações culturais, encontrar soluções práticas para problemas sociais e econômicos contemporâneos (Guerreiro, 2007; Harris, 2006; Mair, 2007). Inclusive no tocante às cirurgias plásticas e o seu público-alvo, porém as técnicas para transmissão das ações em saúde e, também troca de conhecimentos com as populações, variam de acordo com

os recursos disponíveis e com a forma de comunicação do grupo em questão.

Mercer (1986), apontou uma característica comum a médicos e cientistas sociais que é a necessidade de denunciar, conhecer e contribuir para a solução dos problemas a partir um modelo da história natural da doença. Para isso, é importante que os profissionais criem um sentimento comunitário marcado pela convergência de interesses, necessidades, valores e responsabilidades compartilhadas com outras pessoas que convivem dentro de um mesmo espaço (Kisnermam, 1984, p. 70).

Ademais, existe um grande interesse em investigações que vinculem a antropologia com os discursos que englobam tanto questões culturais do corpo como suas repercussões em fenômenos sociológicos como as cirurgias plásticas. Desta maneira, se pensa que o antropólogo que trabalha com o corpo e a saúde também deve ter noções mínimas de economia, política e de análises de estruturas, mas, principalmente, de compreender as relações pessoais. Ou seja, Esse profissional precisa refletir de forma interdisciplinar para entender o sentido que o corpo possui dentro de uma cultura e sociedade.

Desta maneira, torna-se fundamental para o antropólogo envolvido com as cirurgias plásticas conhecer o contexto sociocultural da população em questão para, assim, atender as necessidades básicas eficazmente. Partindo deste pressuposto, o antropólogo buscará analisar os hábitos que estejam afetando negativamente a saúde através de um trabalho entre médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, entre outros profissionais da saúde. E, logo, reflexionarão para formular soluções possivelmente efetivas, mas que evitem que ocorra uma mudança brusca de crenças e valores nas comunidades.

PARTE III

Resultados e discussões



6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Um pouco do trabalho de campo: a rota do antropólogo

O primeiro contato que tive com os participantes do estudo foi em Barcelona numa clínica de cirurgia plástica muito conhecida e luxuosa. Logo que estacionei o carro, fui surpreendida por uma estátua enorme diante do edifício, totalmente espelhado, que parecia um hospital de elite. Era uma obra de arte de um artista espanhol famoso que representava, de um lado, um homem e, de outro, uma mulher, mas ambos segurando o planeta terra de maneira que juntando as duas partes, a obra se completava formando um círculo branco, preto e metálico. Como se o corpo do indivíduo fosse um pouco de cada gênero, mas que só poderia ser uma pessoa inteira com essas duas partes juntas, pelo menos foi isso que a obra representou para mim.



Fotografia 1: Clínica de Cirurgia Plástica em Barcelona. Fonte: minha autoria.

Passando essa primeira impressão, fui encaminhada para a recepção onde fizeram a minha identificação e me dirigiram para o segundo andar por uma grande escada sinuosa. Logo sentei e observei a sala ao meu redor com móveis modernos que tinham lindas vistas de uma parte mais distante da cidade de Barcelona, com muito verde no jardim. A médica cirurgiã plástica, com quem eu tinha marcado uma entrevista, passou pelo corredor com roupa de bloco cirúrgico e disse-me: “em alguns minutos, falo contigo”. Essa médica foi um importante elo do meu trabalho de campo, pois, além das informações transmitidas durante a entrevista, ela apresentou-me um enfermeiro, uma paciente transexual e uma fisioterapeuta.

Eu tive a oportunidade de conversar com a mulher transexual, que estava internada porque havia realizado uma cirurgia de redesignação sexual de homem para mulher, e obtive as primeiras informações sobre um local *cross-dressing* famoso em Barcelona. A partir disso, pensei que poderia ser um tema relevante para a minha tese pelas transformações de gênero, primeiramente de roupas e logo cirurgicamente de corpo, que ocorrem com as pessoas que frequentam o local. Assim, mandei um e-mail para a diretora do estabelecimento e marcamos uma entrevista no dia de um dos encontros semanais dos sócios.

Tratava-se de um grupo de apoio a pessoas transgêneros localizado em Barcelona, porém o seu endereço é restrito aos sócios e frequentadores. Esse sigilo é proposital, pois garante a privacidade e evita que pessoas com outros objetivos provoquem situações constrangedoras. Esse grupo, aberto há dez anos, procura contribuir com a inserção da transexualidade no contexto social, proporcionando um lugar agradável e discreto de encontro de pessoas *trans* que vão uma vez por semana para vestir-se e comportar-se de maneira mais feminina ou, simplesmente, para conversar.

O perfil dos participantes desse grupo é variado, encontra-se desde profissionais respeitados até desempregados. Ademais, a maioria dos participantes está criando coragem para iniciar a transição

completa de gênero, com tratamentos hormonais e cirurgias de redesignação sexual, e buscam no grupo um apoio e confiança de outros indivíduos com casos similares. No entanto, também existem os *cross-dressers*, homens respeitados casados com mulheres cisgênero³² e com filhos, que querem trocar de roupa apenas por umas horas na semana e depois voltar para as suas vidas socionormativas.

Nesse lugar, eu pude conversar com diversas mulheres transgêneros (sem cirurgia) e algumas transexuais (com cirurgia). Embora exista uma diferenciação na terminologia, todas se consideram transgênero e algumas, também, transexuais independente da submissão à cirurgia de mudança de sexo ou não. Posso dizer que essa experiência foi um divisor de águas em meu estudo, pois não passava pela minha cabeça investigar a transexualidade, um tema tão oportuno quando falamos de ressignificações geradas pelas mudanças corporais e mentais ocasionadas pelas cirurgias plásticas.

Sabendo que durante o trabalho de campo surgem novas ideias e informações (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014), embarquei cuidadosamente no mundo do gênero e da transexualidade, já que existe uma imensidão teórica que eu desconhecia (Bento, 2006; Arán & Murta, 2009; Galli et al., 2013; Carvalho, 2014; Preciado, 2008; Butler, 1998). Porém, eu já estava cativada pelo novo rumo que o trabalho de campo estava me levando.

Além disso, apesar do Brasil parecer um país liberal, foi no Rio de Janeiro que encontrei as maiores dificuldades em conversar com alguma pessoa transexual. Tanto que só pude obter informações sobre o tema com os profissionais, pois a maioria dos *blogs* ou páginas da internet disponíveis que tratavam de transexualidade eram relacionados com prostituição e sexo. Ou seja, mesmo sendo na cidade do carnaval mais famoso do mundo, a transexualidade ainda parecia ser um tabu social.

Sem embargo, em Barcelona a transexualidade me pareceu mais aceitável e comum tanto pelos

32 Mulheres que se identificam com o gênero com que nasceram.

profissionais como para a população com vários estabelecimentos distribuídos pela cidade específicos para pessoas *trans*. Não digo apenas os grupos de apoio, mas também os bairros e bares em que as pessoas transexuais andavam livremente. No entanto, os participantes *trans* dessa investigação relataram que já sofreram algum tipo de humilhação pública, mas que a sociedade espanhola, segundo seus relatos, estava evoluindo e tornando-se mais aberta. Entretanto, mesmo assim, as participantes do grupo de apoio a pessoas transexuais só aceitaram aparecer nas fotografias de costas (Figura 7), pois ainda tinham bloqueios internos que precisavam vencer até a sua transição completa e a sua total ressignificação do corpo e da mente.



Fotografia 2: Grupo de Apoio a pessoas transgênero em Barcelona. Fonte: minha autoria.

Em outro dia, fui conhecer uma clínica de cirurgia plástica que um médico cirurgião plástico de Porto Alegre me indicou. Foi nessa clínica que ele e outro cirurgião plástico com quem trabalha

tinham realizado a sua especialização há duas décadas atrás. É importante ressaltar que foi um grande desafio marcar as entrevistas com os cirurgiões plásticos em Barcelona e no Rio de Janeiro porque os médicos demonstraram não estar abertos a conversar com uma investigadora que eles não conheciam, sendo necessário, na maioria das vezes, a indicação de alguém de confiança para que eles se disponibilizassem em abrir as suas agendas para mim. Infelizmente, quase todos os cirurgiões plásticos que entrevistei foi por indicação, tanto em Barcelona como no Rio de Janeiro. Isso também ocorreu com outros profissionais participantes desse estudo.

Não obstante, na clínica da fotografia a seguir, apesar da prévia indicação que tive e contatos que fiz, não me deixaram entrevistar nenhum cirurgião plástico, pois não mostraram-se disponíveis, mesmo com a minha insistência em literalmente bater na porta da clínica. Deste modo, somente pude conhecer a recepção da clínica e os jardins por fora.



Fotografia 3: Clínica de Cirurgia plástica em Barcelona. Fonte: minha autoria.

Continuando o trabalho de campo, um pouco decepcionada com esse obstáculo, estive na Universidade Autônoma de Barcelona (UAB), pois tinha conseguido uma entrevista com um professor do curso de medicina na disciplina de cirurgia. Chegando na universidade, me deparei com as manifestações dos alunos escritas em catalão nas paredes da faculdade. Fato que me surpreendeu muito, já que eu pensava que a administração da UAB pintaria qualquer parede pichada rapidamente, mas não, a universidade permitiu a livre expressão da opinião dos alunos. Como também deveria ser em todo o mundo, porém isso deu um aspecto de sujeira para a Universidade. A seguinte fotografia mostra dois exemplos das paredes da universidade na entrada da biblioteca de Ciências Sociais.



Fotografia 4: Manifestações nas paredes da Universidade Autônoma de Barcelona (UAB).Fonte: minha autoria.

Também estive no Hospital Clínico de Barcelona para entrevistar uma psicóloga e alguns pacientes. O hospital estava lotado com pessoas por todas as partes caminhando em várias direções. O aspecto da decoração demonstrava limpeza e simplicidade, como um centro de saúde costuma ser. Perguntei no setor de informações o caminho do setor de psiquiatria e psicologia e me dirigi para a Área de Saúde Mental do Hospital. Estive sentada alguns minutos esperando a entrevista. Uma mulher transexual e um homem de idade adulta também estavam esperando. A entrevista com a psicóloga foi breve, mas coletei dados importantes para o estudo, como as expectativas das cirurgias, as adaptações pré e pós-operatórias e outras informações que descreverei nas próximas categorias de análise.



Fotografia 5: Hospital Clínico de Barcelona. Fonte: minha autoria.

No Rio de Janeiro, o trabalho de campo foi mais complicado, mesmo sendo o meu país de origem e com o meu idioma. A cidade maravilhosa estava em festa, era época de jogos olímpicos e todas as pessoas estavam alvoroçadas torcendo e planejando quais os jogos que iriam assistir. O

lado bom disso, foi que muitos policiais estavam vigiando as ruas da cidade e a Brigada Militar também estava escoltando as pessoas e zelando pela segurança da população e dos turistas. Assim, me senti um pouco mais segura do que de costume. Entretanto, o Rio de Janeiro é enorme e as clínicas estavam localizadas bem longe de onde eu estava hospedada, fato que me custou bastante dinheiro em transportes para os diversos deslocamentos que fiz.

Chegando no meu primeiro destino do estudo no Rio de Janeiro, encontrei uma fisioterapeuta muito conhecida no Brasil por ter criado uma técnica fisioterapêutica que auxilia na recuperação de pacientes que fizeram cirurgias plásticas através da terapia manual. Essa profissional ministra diversos cursos em todo o Brasil atuando na melhora de complicações pós-operatórias como as fibroses, aderências, deiscências, má cicatrização e seromas, por exemplo. Foi uma grande conquista entrevistá-la. Eu já havia realizado um de seus cursos anos atrás e conhecia bem o seu trabalho.



Fotografia 6: Paciente que fez lipoaspiração antes e depois de algumas sessões de fisioterapia no Rio de Janeiro.
Fonte: minha autoria.

Em outro dia, encontrei uma psicóloga com quem havia combinado de conversar. Seu consultório era moderno e localizado em Ipanema. Com vistas para a praia, esperei deslumbrada para que ela me recebesse. A conversa foi muito produtiva e me levou a pensar em situações e comportamentos que eu não imaginava. O Rio de Janeiro com o seu clima quente praiano gera uma certa pressão social para que as pessoas estejam com os seus corpos sempre em forma. E para conquistar esse aspecto, as pessoas se sacrificam e se comportam de maneira impressionante e, em alguns casos, preocupante.

Na semana seguinte, depois de muitos telefonemas e e-mails sem respostas, fui conhecer a clínica de cirurgia plástica do Dr. Ivo Pitanguy. A minha intenção inicial era conhecer esse grande médico e para isso eu vinha me correspondendo com a sua auxiliar meses antes de chegar no Rio de Janeiro. Ela inclusive tinha me permitido investigar na clínica do Pitanguy em Botafogo. Porém, a saúde do Dr. Ivo estava muito frágil e no primeiro dia dos Jogos Olímpicos de 2016, após ele ter segurado a Tocha Olímpica sentado em sua cadeira de rodas, ele faleceu.

Desta maneira, infelizmente, eu não tive a oportunidade de conhecê-lo. Além disso, depois da sua morte, a auxiliar de Pitanguy deixou de me responder os e-mails que eu enviava. Eu estava bem decepcionada quando decidi passar na frente da clínica para tirar algumas fotografias da fachada da clínica de cirurgia plástica mais famosa do Rio de Janeiro e que também era uma Escola de Especialização Médica em Cirurgia Plástica. Sem nenhum contato, essa era a única coisa que me restava fazer.

Sem embargo, como num toque do destino, enquanto eu tirava umas fotografias de fora da clínica, a porta de entrada se abriu. Apareceu um segurança da clínica que vigiava qualquer perigo de roubos e assaltos à propriedade. Ele me perguntou com curiosidade: “O que você está buscando na clínica de Pitanguy?”. Eu surpreendida, disse que era estudante de doutorado e que investigava

as cirurgias plásticas, mas que, infelizmente, com a morte do médico eu tinha perdido todos os contatos que estava fazendo com a sua assistente. Foi então que ele disse para eu esperar um minuto. Logo ele reapareceu com uma senhora muito simpática que me perguntou: “Você é a Luciana? Era comigo que você falava por telefone”. Meus olhos brilharam no mesmo instante, eu não acreditava que isso estava acontecendo, eu estava falando com a assistente do Ivo Pitanguy sem nem mesmo ter uma hora marcada. Ela perguntou se eu gostaria de entrar e conhecer a clínica, que apesar de não estar mais funcionando, estava sendo conservada até a sua futura venda.



Fotografia 7 : Fotografia retirada no momento em o segurança veio me perguntar por que eu estava tirando fotos da fachada da Clínica do memorável Ivo Pitanguy. Fonte: minha autoria.

Por dentro, a clínica era branca e com muitas árvores no jardim (Fotografia 8). Observei que por toda a clínica haviam retratos do médico com pessoas ilustres que ele tinha conhecido. Quadros de títulos, cursos e prêmios que ele havia ganhado ao longo de sua vida profissional também estavam pendurados .



Fotografia 8: Fachada da parte de dentro da Clínica do Ivo Pitanguy. Fonte: minha autoria.

Entrar no escritório do Ivo foi emocionante. Parecia uma biblioteca com altos armários de madeira, muitos livros e uma grande mesa no centro. A sua mesa era modesta perto da grandiosidade de ideias que surgiram diante deste móvel. Foi então que perguntei para a auxiliar do Pitanguy: “Como foi trabalhar com esse grande médico?” e ela me respondeu:

O professor (Ivo Pitanguy) era muito apaixonado pelo que fazia, trabalhava todos os dias, inclusive, uma semana antes de que ele falecera, estávamos organizando uma palestra em um congresso que ele iria fazer no fim do ano. Ele era mais que médico era um professor porque gostava de ensinar e transmitir tudo que sabia para os seus alunos. (Auxiliar de Pitanguy, Rio de Janeiro)



Fotografia 9: Fotografia da mesa do Dr. Ivo Pitanguy no Rio de Janeiro. Fonte: minha autoria.

Também notei que na clínica haviam setores de fisioterapia e de psicologia demonstrando que Pitanguy realmente se preocupava com o trabalho interdisciplinar na sua clínica, bem como apontava os seus numerosos artigos (Tournieux, Aguiar, Almeida, Prado, Radwanski & Pitanguy, 2001; Pitanguy, Alexandrino, Almeida & Caldeira, 1985). Neste sentido, ele escreveu sobre a importância da psicologia médica enfatizando que “o cirurgião plástico é um psiquiatra com o bisturi na mão”, frase usada por outro antropólogo em seu estudo sobre as cirurgias plásticas no Rio de Janeiro (Edmonds, 2007).

Depois desse primeiro contato com a auxiliar de Pitanguy, eu consegui o telefone de uma médica cirurgiã plástica da sua equipe e combinamos uma entrevista na sua clínica na Barra da Tijuca. Era um conjunto comercial composto por prédios bem novos com profissionais de diversas especialidades. O trânsito do Rio de Janeiro fez com que o meu percurso levasse mais de uma hora de Copacabana até a Barra e como eu não estava acostumada, cheguei atrasada na entrevista.

Sem embargo, ainda assim, a médica me recebeu com muita simpatia e hospitalidade, o que eu não esperava de uma profissional tão ocupada e requisitada. Conversamos por cerca de uma hora sobre a sua experiência e, principalmente, sobre o que ela pensava sobre o processo de ressignificação do corpo e da mente gerado pelas cirurgias plásticas. Obtive com essa profissional muitas informações e contribuições pertinentes.

Em outro momento, marquei de conhecer a clínica e *studio* de pilates de uma fisioterapeuta que me proporcionou o contato com algumas de suas pacientes que fizeram cirurgia plástica e outras que não tinham feito nenhuma cirurgia. Me senti muito bem-vinda nesse estabelecimento, pois o clima era acolhedor e descontraído. Diferente das outras clínicas em que estive que me pareciam mais formais. Passei muito tempo nessa clínica e tive a possibilidade de voltar sempre que eu precisasse, fato que facilitou o trabalho de campo e permitiu-me ter um lugar de livre acesso durante toda a investigação.



Fotografia 10: Clínica e *Studio* de pilates na Barra da Tijuca no Rio de Janeiro. Fonte: minha autoria.

Também estive na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para entrevistar alguns professores e conhecer a sua famosa biblioteca. A descontração dessa cidade se refletia na Universidade. A princípio, eu não encontrava os prédios, mas logo fui conversando com os alunos que me indicaram a direção do lugar que eu buscava. Não posso dizer que essas entrevistas foram facilmente marcadas. De três professores que eu esperava encontrar, apenas um teve a disponibilidade de receber-me e de responder aos meus e-mails. Porém, acredito que a entrevista com esse participante, devido a sua vasta experiência, compensou a ausência dos outros professores. Ademais, aproveitei esse período de investigações na UFRJ para validar o meu título de mestrado, que também realizei na Universidade de Salamanca.



Fotografia 11: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fonte: minha autoria.

O último lugar em que estive no trabalho de campo foi na clínica de um cirurgião plástico, que também era professor de anatomia. Sua clínica era muito bonita e luxuosa. Sua esposa, outra cirurgiã plástica, trabalhava com ele em conjunto. O interessante dessa experiência foi a abordagem das cirurgias plásticas em pacientes que fizeram, anteriormente, uma cirurgia bariátrica³³. Essas pessoas transformavam todo o seu corpo, e muitas vezes, segundo o cirurgião plástico, mudavam a sua forma de ser e de agir.

De acordo com Meira, Andrade & Ferreira (2001), os pacientes que realizam cirurgias bariátricas, ou gastroplastias, costumam apresentar uma perda ponderal de 65 a 80% nos primeiros meses, deixando assim grandes excessos cutâneos por todo o corpo. As cirurgias plásticas possuem

³³ Cirurgia de redução do estômago que promove grande perda de peso.

um papel de destaque no tratamento de possíveis distúrbios posturais, higiênicos, dermatites e restrições sexuais, entre outras privações psicossociais dessas pessoas. Deste modo, a cirurgia plástica torna-se uma etapa importante do tratamento interdisciplinar do ex-obeso, pois promove uma restituição da harmonia corporal e uma reintegração em seu meio social. A interação entre o médico gastrologista e o médico cirurgião plástico deve ser contínua para evitar futuras complicações e ter a certeza de que o paciente irá se comprometer em não aumentar de peso novamente.

As cirurgias plásticas mais realizadas após uma bariátrica são abdominoplastia, mamoplastia, braquioplastia e cruroplastia³⁴. Sem embargo, não existe uma técnica cirúrgica ideal para todos os casos, sendo o tratamento totalmente individualizado. Ademais, deve-se levar em conta o momento adequado para o início das cirurgias plásticas com uma liberação do gastrologista assegurando que existe um controle de doenças concomitantes, como a hipertensão arterial sistêmica, distúrbio da tireóide, diabetes e a própria obesidade, e um período de estabilidade do seu peso.

Além disso, nesse tipo cirurgia plástica os aspectos psicológicos do paciente deverão ser levados em consideração (Segal, 2003). Portanto, uma abordagem criteriosa e diferenciada do cirurgião plástico, junto a um acompanhamento interdisciplinar com o psicólogo, será fundamental para a obtenção de bons resultados, que visam a melhora física e emocional do paciente com a prevenção de complicações cirúrgicas e também de possíveis frustrações (Meira, Andrade & Ferreira, 2001).

³⁴ Após uma lipodistrofia local acentuada, se realiza uma lipoaspiração e ressecção de pele sem descolamento de braços (braquioplastia) e pernas (cruroplastia).



Fotografia 12: Clínica de Cirurgia Plástica de um casal de cirurgiões. Fonte: minha autoria.

Depois desses contatos que obtive no trabalho de campo, no Rio de Janeiro (Brasil) e em Barcelona (Espanha), parei para refletir sobre os relatos dos pacientes acerca das suas experiências, vivências e opiniões. Desta maneira, observei que as diferentes percepções dos participantes variavam de acordo com a sua cultura e com o tipo de cirurgia plástica realizada.

Devo ressaltar que, ademais dessas cidades, eu também estive em Salerno (Itália) para a realização de uma estância acadêmica na Universidade de Salerno (UniSa). Também estive no Hospital *San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona*, onde fiz uma entrevista com um cirurgião plástico. Ele já esteve no Brasil e conhecia renomados cirurgiões plásticos brasileiros. Esse cirurgião enfatizou que a sua maior especialidade eram as cirurgias plásticas reconstrutivas,

diferentemente dos outros cirurgiões plásticos que entrevistei em Barcelona e no Rio de Janeiro. Além disso, Salerno é uma cidade muito especial, pois possui diversos museus que contam a história da Escola Médica Salernitana de Hipócrates, resultando tão informativo e interessante que escrevi um artigo sobre esse aprendizado³⁵.



Fotografia 13: Hospital *San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona* em Salerno (Itália). Fonte: minha autoria.

Também estive três meses em Porto Alegre (Brasil) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em outra estância acadêmica ou estágio docente. Foi uma das melhores experiências acadêmicas que tive em todo o doutorado, pois convivi com excelentes professores que dividiram comigo suas aulas, práticas universitárias e que, em alguns momentos, permitiram que ministrasse aulas e palestras sobre a minha linha de investigação em fisioterapia nas cirurgias plásticas. A

35 Masiero, L. M. (2016). Escola Medica Salernitana, procedimentos cirúrgicos estéticos e Trotula De Ruggiero: Um trabalho de campo em Salerno (Itália). *TRIM*, 11, pp. 27-44.

Disponível em: http://www5.uva.es/trim/TRIM/TRIM11_files/Salerno.pdf

interação e amizade que adquiri nesse período de estudo foram responsáveis por grande parte do meu amadurecimento profissional como professora e investigadora.



Fotografia 14: Aula em conjunto com uma professora da UFRGS sobre os aspectos socioculturais do idoso. Fonte: minha autoria.

Além disso, também participei de aulas teóricas e práticas do curso de medicina da Universidade de Salamanca (Usal). Acompanhei disciplinas interessantes relacionadas com o meu tema de investigação, como cirurgia, anestesia e epidemiologia, que me proporcionaram bibliografias e vivências únicas. Sem falar nas contribuições e palestras do Máster em Antropologia Iberoamericana em que também convivi com professores de grande prestígio acadêmico.



Fotografia 15: Prática de cirurgia e anestesia do curso de medicina da Universidade de Salamanca (Usal).Fonte: minha autoria.

Além de todas essas experiências descritas, não posso deixar de citar a vivência que aconteceu comigo durante a realização desta tese. Eu me submeti a uma cirurgia nos seios que poderia ter sido evitada se eu não tivesse feito uma cirurgia plástica de mamoplastia de aumento anteriormente. Como o tema é pertinente para essa investigação, farei um breve relato do caso.

Há sete anos atrás eu realizei uma mamoplastia de aumento com colocação prótese de silicone com um objetivo puramente estético de aumentar os seios. Entretanto, há dois anos, eu comecei a sentir algumas dores nas mamas, mas como a minha vida sempre foi corrida, eu acabei não me preocupando com isso. Somente quando fui realizar uma visita aos meus familiares no Brasil, que resolvi procurar um médico mastologista e fazer um *check up*. Eu pensava que poderia ser algo com a minha prótese de silicone, que ela poderia estar “contraturada, encapsulada ou dobrada”, termos que eu costumava escutar quando conversava com os cirurgiões plásticos nas entrevistas.

Assim, já no consultório médico, depois do exame físico, a médica mastologista disse-me que a prótese estava íntegra e no seu devido lugar, porém que ela sentia um nódulo e que seria bom

realizar alguns exames, ressonância magnética e ecografia mamária, para descartar qualquer outra hipótese. Foi então que senti medo pela primeira vez e pensei que algo poderia não estar bem.

Após receber o laudo dos exames, levei-os para a médica analisá-los. Segundo a mastologista, apareciam nos exames três nódulos, dois no seio esquerdo e um no direito, mas ela ressaltou que eu não deveria preocupar-me porque, pela minha idade e formato dos nódulos, provavelmente eram fibroadenomas³⁶. Sem embargo, para confirmar o diagnóstico, a médica disse que seria bom que eu fizesse uma biópsia guiada com ecografia, pois um dos nódulos não se visualizava bem nas imagens dos exames.

Sentindo-me mais confortável, fui realizar o procedimento que aparentemente era simples e indolor. No entanto, quando o médico iniciou com a ecografia disse que seria muito arriscado seguir com a biópsia, pois o nódulo suspeito estava próximo da prótese de silicone e ele poderia romper a cápsula que a envolve e provocar uma intercorrência desnecessária. Ele perguntou se eu tinha histórico familiar de câncer de mama e disse que passaria todas informações para a mastologista para decidir qual seria a melhor opção, porém que a cirurgia poderia ser uma delas.

No consultório, a mastologista comentou que seria bom operar, mas que a decisão final era minha. Afirmou que provavelmente não era nada grave, mas que eu sempre teria essa dúvida porque a prótese impediu que a biópsia fosse realizada. Nunca pensei que a minha vaidade fosse interferir na saúde. Foram dias de sofrimento, eu só tinha mais duas semanas no Brasil e tinha que decidir logo para dar tempo de tomar as providências necessárias.

Desta maneira, decidi submeter-me à cirurgia e retirar os três nódulos, mesmo que somente um fosse suspeito. Realizei os exames necessários, mas faltava um detalhe importantíssimo devido a minha cirurgia plástica anterior. Eu precisava buscar a garantia da marca da prótese de silicone, pois a médica pediu que novas próteses estivessem dentro do bloco cirúrgico, de reserva, caso ela as

36 Nódulos mamários benignos.

rompesse durante o procedimento. Por sorte, eu tinha guardado o documento da prótese que o cirurgião plástico havia me fornecido na época em que me operei.

Assim, contatei a marca das próteses e descobri que a garantia só era válida se a prótese tivesse se deteriorado sozinha, mas como poderia ser uma lesão provocada pela cirurgia, eu teria que pagar novamente em caso de troca. Porém, eles entrariam em contato com a médica para combinar de levar as próteses para o hospital e somente iriam cobrá-las se fossem usadas.

Felizmente, a cirurgia ocorreu bem e a médica não rompeu as próteses antigas, não sendo necessário trocá-las e nem pagar por isso. A mastologista, enviou o material coletado para a análise anatomopatológica. O resultado foi de nódulos benignos, ou fibroadenomas, e eu só necessitaria fazer os exames de rotina³⁷.

De acordo com Márquez-Acosta (2012), as patologias da glândula mamária ocupam grande número de procedimentos cirúrgicos. Sem embargo, ele ressalta que afortunadamente nem todos os pacientes possuem câncer, mas sim outras patologias próprias do seio como mastalgia, nódulos mamários, fibroadenomas, processos inflamatórios, anomalias no desenvolvimento das mamas, mudanças fibroquísticas, secreções nos mamilos, crescimentos de tecido mamário axilar, entre outras que podem ter diagnósticos diferenciados do câncer.

As cirurgias plásticas, bem como o número de mamoplastias de aumento com próteses de silicone, crescem em todo o mundo (ISAPS, 2017). Porém, pouco se aborda sobre a dificuldade que uma prótese de silicone pode causar na hora de uma biópsia guiada por imagem. Quando os nódulos mamários com suspeita clínica estão localizados próximos da cápsula de silicone, o médico geralmente não realiza a biópsia para evitar o rompimento da prótese e uma possível cirurgia de intercorrência para a sua troca. Nesses casos, o médico mastologista e a paciente deverão decidir, de

³⁷ Esse meu relato se transformou no artigo “Diagnóstico e Reconstrução: um estudo antropológico sobre os usos da prótese de silicone no câncer de mama” que juntamente com Gabriela Poltronieri Lenzi foi enviado para publicação na Revista Século XXI.

acordo com o exame físico, a mamografia e o histórico familiar, se é necessário operar ou apenas manter-se alerta e fazer os exames de rotina anuais para o acompanhamento do caso. Essa decisão, um pouco subjetiva, é baseada na prática e na experiência médica e pode ser benéfica evitando uma cirurgia desnecessária quando trata-se de um tumor benigno, mas também pode permitir que o câncer se desenvolva no caso de não operar e ser um tumor maligno.

Geralmente, as equipes oncológicas trabalham com especialistas que discutem os casos suspeitos de câncer e a sua melhor abordagem. A comunicação com o Departamento de Diagnóstico por Imagem é fundamental para que o plano de tratamento seja estabelecido antes da cirurgia, como a biópsia de gânglio sentinela, tratamentos conservadores da mama e abordagens oncoplásticas para a reconstrução mamária. Algumas equipes de mastologistas trabalham interdisciplinarmente em conjunto com cirurgiões plásticos que buscam harmonizar o aspecto da mama operada e promover um bem-estar à paciente, que na maioria das vezes, sente-se mutilada e pouco feminina após uma mastectomia (Inocenti *et al.*, 2016).

Destarte, depois de descrever a rota do trabalho de campo da investigadora, optou-se por dividir os resultados encontrados em categorias de análise a partir das similaridades, e às vezes discrepâncias, das observações, discursos e visões dos participantes do estudo. Também utilizou-se comparações com os estudos já existentes, pois, pensa-se que a descrição e interpretação dos resultados obtidos torna-se mais compreensível através da discussão simultânea dos temas abordados, visando-se sempre suprir as respostas dos problemas centrais da tese e também abordando novas questões que surgiram durante o processo etnográfico.

6.2 O PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO: “Não foram as cirurgias plásticas que me mudaram, foram as minhas experiências”

O processo de ressignificação do corpo e da mente, refere-se às mudanças de percepções simbólicas do corpo que ocorrem depois da realização de uma cirurgia plástica. Esse processo, que inicia-se antes mesmo da cirurgia plástica, mostrou-se ser subjetivo, individual e diferente para cada pessoa, porém as similitudes, bem como as maiores discrepâncias encontradas, foram separadas em três fases a seguir:

6.2.1 Fase 1: É no pré-operatório que se criam as expectativas

Eu sempre quis fazer cirurgia no nariz desde o colégio, mas eu tinha vergonha de dizer isso em voz alta, tinha medo dos outros pensarem que eu me achava feia, sei lá, tinha um bloqueio de ir no médico. Até que fui morar fora e voltei com coragem de fazer tudo que queria, não tinha mais vergonha de nada e nem me importava com o que iam pensar, também tinha dinheiro para fazer. (Paciente, Rio de Janeiro)

A primeira fase do processo de ressignificação, diz respeito à preparação cirúrgica do paciente. Quando a pessoa decide que deseja e pode fazer a cirurgia plástica, ela cria uma expectativa em relação a essa mudança corporal. Sem embargo, nesta fase, a mudança de significados, perspectivas e motivação parece ser totalmente mental, pois nada foi tocado e transformado no corpo. Neste período, a pessoa imagina sua nova aparência e cria expectativas, nem sempre reais, em relação a sua forma corporal que será transformada.

No momento inicial desta fase, geralmente, as pessoas comentam sobre o seu desejo por submeter-se a uma cirurgia plástica para suas amigas(os) e familiares. A partir dessa primeira conversa com as pessoas mais próximas, ou com alguém que tenha realizado o mesmo procedimento, o indivíduo vai sentindo que a sua vontade vai materializando-se e tornando-se cada

vez mais real. Nessas conversas, os futuros pacientes perguntam sobre como foi a recuperação cirúrgica, o preço e, principalmente, acerca do resultado da cirurgia plástica (Masiero, 2014).

A minha mãe fez com um cirurgião de confiança e eu fui no mesmo. Gostei do resultado e ele me pareceu sério. Não pude ver muitos outros resultados, mas confiei na escolha da minha mãe que foi comigo na primeira consulta e tudo certo, logo marcamos exames e o dia da cirurgia. (Paciente, Rio de Janeiro)

A pesquisa de Ferraz & Serralta (2007) mostra que, apesar da maioria dos pacientes afirmar que decidiram sozinhos fazer a cirurgia plástica, grande parte das pessoas são impulsionadas pela opinião de pessoas próximas ou famosas, bem como foi visto nessa investigação. Além disso, parece ser necessário que exista uma espécie de modelo a imitar, pois os comportamentos que obtiveram êxitos ressaltados, tanto pela mídia como por comentários de amigos, são vistos como padrões de sucesso em que a cópia é prestigiosa e deve ser notada (Goldenberg, 2005).

Neste contexto, o corpo, considerado imagem e produto de comparação, expõe os sujeitos a uma febre de cuidados estéticos que acabam incorporando-se nas suas rotinas naturalmente. Também é certo que esses esforços pela aparência visam um reconhecimento social em que o corpo continuamente torna-se parte da identidade e um objeto de espetáculo. De acordo com Débord (1997), a maioria das relações em sociedade são baseadas em um espetáculo proporcionado pelo excesso de exposição de imagens em que os sujeitos passam a representá-las através do corpo sem qualquer reflexão. Assim, toda a satisfação pessoal concentra-se no desejo de conquistar um corpo ideal que anseia ser visto pelos outros.

Logo, por indicação e opinião de pessoas conhecidas, o sujeito começa a buscar um cirurgião plástico baseando-se nos resultados e no preço. Os pacientes, muitas vezes, não investigam o histórico do médicos e nem se estão inscrito na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCEP) ou na Sociedade Espanhola de Cirurgia Plástica, Reparadora e Estética (SECPRE). O principal parâmetro que seguem são os comentários das vivências das pessoas próximas e o preço que

pagaram. Busca-se um bom resultado com preço justo, mas nem sempre os melhores médicos cirurgiões plásticos se enquadraram nessa descrição, pois seus preços geralmente são mais elevados.

Passando por essa etapa de exploração do cirurgião plástico, o indivíduo marca uma consulta para conhecer o médico e conversar sobre as suas intenções e possibilidades cirúrgicas. Comumente, o paciente já vem decidido e sabe o que quer fazer, necessitando apenas do consentimento do médico, como se ele fosse um meio para conquistar o seu objetivo. A partir desse momento, de acordo com a opinião do cirurgião plástico, o paciente vai emocionar-se com a ideia de operar-se aumentando a sua primeira expectativa ou vai irritar-se e buscar uma segunda opinião quando o que escutou na consulta não condiz com o seu desejo. Nesse momento, a postura do cirurgião plástico será decisiva.

Para Foucault (2003), a medicina moderna, que provém do século XVIII, passa a dirigir-se ao indivíduo através de um discurso de estrutura científica. O raciocínio baseado nos princípios da reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e de matematização dos eventos aliado ao conhecimento de situações íntimas dos pacientes transformam o médico em um formador de opiniões respeitado pelo embasamento científico. Portanto, a primeira consulta ao cirurgião plástico é fundamental na construção da expectativa do novo corpo do indivíduo, podendo ser incentivadora ou, ao contrário, uma situação deprimente para o paciente que escuta que o resultado que busca não será alcançado.

Além disso, a medida em que o discurso médico vai ganhando força pelos meios de comunicação, as cirurgias plásticas vão sendo discutidas e acessadas por um público cada vez maior que deseja ser, como aponta Bordo (1993, p.26) “(...) atingível através de cirurgias cosméticas contínuas na qual a superfície do corpo deixa de envelhecer fisicamente à medida que o corpo envelhece cronologicamente”. Ou seja, procura-se um resultado rápido que possa vencer as marcas do tempo e causar sensações de satisfação, felicidade ou contentamento. De acordo com Le Breton

(2012), também podem ser instrumentos de mudança de identidade, de um modo novo de transformar-se, de reinventar-se para assim conquistar outros objetivos com mais autoconfiança.

Ademais, esses dados confirmam com os resultados encontrados na pesquisa de Menegassi & Guimarães (2012), na qual eles verificaram que a maioria dos participantes que realizaram cirurgias plásticas revelaram terem sido bem informadas acerca das vantagens e desvantagens da cirurgia e, que as informações mais relevantes foram obtidas na clínica e não pela mídia ou por pessoas próximas. O presente estudo também apontou que as explicações fornecidas pelos médicos foram de suma importância na tomada de decisão em realizar a cirurgia, trazendo a relevância de que a decisão seja discutida entre médicos, enfermeiros e paciente para que assim seja tomada de forma consciente e que, conseqüentemente, resulte nos objetivos esperados.

Assim, quanto melhor for a explicação do procedimento para o paciente, melhor será a recuperação e o resultado cirúrgico. Além disso, essa conversa inicial também ajudará na compreensão do paciente quando a cirurgia não é indicada. Segundo, a cirurgiã plástica da equipe do Pitanguy do Rio de Janeiro, é mais difícil negar uma cirurgia do que aceitar, em suas palavras:

(...) a grande importância é a primeira consulta, explicar bem para não fazer a indicação incorreta, para não deixar o paciente insatisfeito e infeliz para sempre, pois você causará um ônus de uma cicatriz, você pode tornar um caso clínico, um transtorno psicológico mais grave e aí está a grande responsabilidade do médico. Eu acho muito importante, muitos colegas têm esse cuidado, mas muitos infelizmente não têm e vão para o lado de ganhar dinheiro, mercantilismo: 'se o paciente quer fazer, vamos fazer porque se eu não fizer outro ali vai fazer e então beleza. Sempre tem um que vai fazer'. Então essa é a grande questão, a gente tem que ir buscar e a Sociedade de Cirurgia Plástica tem buscado isso, eu acho que os profissionais que são bem formados devem entender a responsabilidade do que a gente faz e a gente pode também negar e informar bem o paciente porque não é só negar e dizer eu não vou fazer isso, é explicar. Eu comento isso porque dá muito mais trabalho negar uma cirurgia que aceitar porque aceitar é o que o paciente quer, faz o exame, marca a cirurgia e acabou, não acabou porque tem o pós, mas é isso. Na hora que o paciente chega para mim e eu considerado inadequado ou que não é indicado, às vezes preciso de duas horas, uma hora e meia para explicar porque você precisa ser sutil e delicada e é muito delicado. (Cirugiã Plástica, Rio de Janeiro)

Nessa etapa, também pode ser necessário um encaminhamento a um psicólogo ou a um psiquiatra para que ele valora o real motivo da cirurgia plástica, que, muitas vezes, pode ser algo além da cirurgia, pode ser emocional ou sentimental e, deste modo, não se resolverá com a intervenção cirúrgica. Sem embargo, passado esse contato inicial com o cirurgião plástico, se for indicada a cirurgia, inicia-se a realização de exames para verificar o estado de saúde do paciente e marca-se o dia da cirurgia.

Sarwer, Wadden, Pertschuck & Whitaker (1998) realizaram uma revisão da literatura acerca da psicologia e a busca de cirurgias plásticas. Eles verificaram que, a partir dos anos 1940 e 1950, os estudos voltaram-se para as avaliações psiquiátricas conduzidas baseadas na corrente da psiquiatria americana da época. Também constataram que os pacientes que buscavam cirurgias plásticas eram, predominantemente, caracterizados de neuróticos e/ou narcisistas, sendo as queixas sobre as suas aparências interpretadas como conflitos intrapsíquicos que eram transformadas em preocupações somáticas. Já os estudos encontrados entre 1960 e 1980, desenvolvidos através de entrevistas clínicas, identificavam uma alta taxa de psicopatologia, chegando a 70% de diagnósticos incluírem algum transtorno psiquiátrico. Entretanto, os autores afirmaram que o método era subjetivo e não tão confiável quanto os métodos mais padronizados de avaliação psicológica.

Outro estudo, realizado no Japão por Ishigooka et al. (1998), também constatou que 47,7% dos pacientes que procuraram cirurgia plástica estética foram categorizados como tendo um transtorno psiquiátrico e uma inadequação no ajustamento social. Neste sentido, Ribeiro et al (1992), avaliaram mulheres em pré-operatório de Mamoplastia Reducional, concluindo que essas pacientes sinalizaram grande ansiedade, fobia, necessidade de controle, meticulosidade, perfeccionismo, labilidade afetiva, necessidade de ser o centro das atenções e excessiva dependência dos outros. Babuccu et al. (2003) também observaram que os pacientes no pré-operatório de cirurgia plástica

apresentavam sinais paranóides como egocentrismo, competitividade e impulsividade. Meningaud et al. (2001), também avaliaram esse tipo de pacientes e encontraram resultados sugestivos de que possuem maiores índices de depressão e ansiedade social, além de uma grande preocupação com a própria aparência e com o que os outros pensam sobre ela.

Entretanto, outras investigações que utilizaram uma avaliação psicológica em pessoas que iriam submeter-se a cirurgias plásticas em comparação com um grupo controle, não encontraram resultados significantes como, por exemplo, o estudo de Vargel & Ulusahin (2001), que buscava detectar a possível presença do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). O trabalho de Özgür, Tuncali & Gürsu (1998) também não comprovou a hipótese de que as pessoas que buscam uma cirurgia plástica apresentariam um maior índice de distorção da imagem corporal, baixa autoestima e reduzida satisfação com a vida quando comparados com um grupo que não realizaria cirurgia plástica.

No entanto, apesar de existirem estudos que afirmam a presença de psicopatogenia em pessoas que realizam cirurgias plásticas e outros que questionam qualquer alteração psicológica, observa-se uma tendência nas investigações em considerar que esses indivíduos desejam reduzir uma possível inconsistência entre sua autoimagem e uma autoavaliação negativa sobre as partes corporais em específico, diante das quais se encontrariam insatisfeitos (Mélega, 2002). Por outro lado, também encontra-se na literatura muitos estudos empíricos que demonstram que esses sujeitos são saudáveis e satisfeitos com a sua autoestima no geral (Sante & Pasian, 2011). Entende-se, portanto, que os trabalhos científicos nesta área não são uniformes em suas interpretações, podendo até mesmo parecerem, em alguns casos, contraditórios e pouco conclusivos.

Neste contexto, Ferraro, Rossano, & D'Andrea (2005) apontam que mais investigações fazem-se necessárias, sobretudo pela importância da avaliação dos aspectos psicológicos de tais pacientes no

momento do pré-operatório, visto que eventuais psicopatologias poderiam ser detectadas e previamente tratadas para se evitar sofrimentos desnecessários neste processo, este dado coincide com as informações constatadas nesse estudo.

Sante & Pasian (2011, p.432) também afirmam que conhecer as características internas dos solicitantes de cirurgias plásticas, principalmente estéticas, poderia vir a otimizar os resultados, poupando infrutíferos desgastes pessoais e profissionais. Nesse contexto, o uso de técnicas de avaliação psicológica seria um recurso propício à investigação destes aspectos, oferecendo instrumentos padronizados, válidos e precisos para a compreensão das características psíquicas.

Isso porque o sujeito que está mais próximo da realidade cirúrgica pode entrar em uma crise de ansiedade e também de medo ou pânico. Essa fase mostrou-se ser cheia de expectativas e sentimentos, sendo considerada uma fase mental ou psicológica do processo de ressignificação do paciente, pois cria-se uma nova imagem mental de seu corpo que poderá ou não concretizar-se. Assim, desde o sim do médico até a cirurgia, passam mil coisas na cabeça dos sujeitos, inclusive, podem desistir de se operarem. No entanto, geralmente, no dia da cirurgia quando chegam no hospital, ou na clínica, e conversam com o anestesista e com os enfermeiros é porque já estão preparados para a segunda etapa da ressignificação do corpo e da mente.

Neste contexto, o estudo de Menegassi & Guimarães (2012) também corroborou com as informações obtidas nesse estudo, pois foi demonstrado que, com grande frequência, no período pré-operatório aparecem sentimentos negativos como o nervosismo, a apreensão, o medo de ficar estranho e de sentir dor, preocupação com os filhos pequenos e a ansiedade. Entretanto, passados os períodos pré e pós-operatório, os sentimentos passam a ser de contentamento e felicidade por terem um corpo como desejavam a longo prazo.

6.2.2 Fase 2: A cirurgia e o pós-operatório

Essa fase abrange o dia da cirurgia plástica até o período pós-operatório que varia de três semanas a dois meses, dependendo do tipo de cirurgia que o paciente se submeteu, podendo chegar até um ano para a completa recuperação dos tecidos. É o momento da cirurgia plástica que podem aparecer sentimentos de arrependimento, angústia, medo, insegurança, carência, ansiedade, entre outros, devido ao trauma emocional que a cirurgia plástica pode proporcionar se o indivíduo não estiver preparado psicologicamente, como já foi visto na fase anterior.

Também pode ser um período tranquilo em que o paciente se recupera bem já sabendo anteriormente da importância de cuidar-se, seguindo os cuidados e indicações do médico cirurgião plástico para que os resultados sejam os melhores possíveis. Ou seja, nessa fase, as informações de consultas prévias que os pacientes adquiriram antes da cirurgia com os profissionais envolvidos, principalmente com o cirurgião plástico, farão toda a diferença no modo do indivíduo encarar o período pós-operatório. Segundo Sebastiani & Maia (2005, p.54), a efetivação de um bom acompanhamento psicológico no pré-operatório tem influência direta nas reações do paciente no trans e pós-operatório, já que existem relações entre o estado emocional do paciente nessa fase da cirurgia.

Neste contexto, Pitanguy (1976) ressaltava que o médico cirurgião plástico possui um importante papel na detecção de todos os aspectos, inclusive os escondidos, na fala dos pacientes durante as consultas. Ele afirmava que é fundamental uma boa avaliação, com explicações do pré e do pós-operatório através de um diálogo claro para que o médico possa conhecer o indivíduo e observar se ele realmente se comprometerá com a cirurgia plástica. Ele apontava que essa habilidade geralmente é adquirida com a prática clínica aliada à sensibilidade do cirurgião plástico, que

dependerá da sua forma de comunicar-se e de transmitir confiança para o sujeito que quer operar-se. Deve-se destacar que Pitanguy também afirmava que alguns pacientes que estão realizando tratamentos psicológicos poderiam se beneficiar com a cirurgia plástica pelo aumento da autoestima que a cirurgia costuma promover, não sendo o procedimento totalmente contra-indicado. Porém, ele afirmava ser fundamental uma boa interação entre o psicólogo e o cirurgião plástico.

Geralmente, segundo os participantes, os primeiros dias pós-cirúrgicos são os piores. Os incômodos da cirurgia, como as dores, hematomas, equimoses, suturas e a dificuldade de dormir em uma boa postura, por exemplo, fazem com que muitos pacientes pensem no motivo que os levaram a realizar tal procedimento, pois eles estavam bem de saúde antes de passar pela cirurgia.

Segundo Flores, Brum & Carvalho (2011), as complicações mais comuns relatadas em cirurgias plásticas são hematomas, seromas, infecções de ferida operatória, deiscências, necroses do retalho abdominal, epidermólises e outras. Essas intercorrências também coincidem com as informações encontradas nessa investigação pelos participantes investigados. Sem embargo, outros problemas relacionados com os aspectos psicológicos também foram relatados como os episódios de tristeza, baixo astral e falta de ânimo. Por isso, é fundamental que o indivíduo esteja preparado tanto fisicamente como mentalmente para submeter-se a uma cirurgia plástica porque se ele não estiver bem, as chances de cair em uma depressão aumentam exponencialmente. O discurso da cirurgia plástica explica essa afirmação:

O paciente deve saber realmente o que vai fazer, que é uma mudança física e tudo isso, só que se ele está num momento mais frágil, ele pode até estar bem antes, só que eu sei que logo que fez a cirurgia, no primeiro mês, a chance de um humor normal ficar para baixo, ficar *down* para uma pessoa que tem depressão é maior que uma pessoa que está saudável e que não tem transtorno, pois essa pessoa vai lidar com aquilo como uma chateação, um incômodo temporário e vai entender isso, mas quem tem um transtorno obsessivo não controlado, vai ter uma chance de ter uma recaída nesse período. É uma situação delicada porque a chance é muito grande e aumenta a probabilidade da pessoa ter uma recaída, um momento depressivo mesmo. Então, é super importante que a pessoa entenda que ela precisa estar super bem, que ela tem que entender o que ela vai passar porque aí ela vai se preparar antes da cirurgia, vai

saber que vai ficar inchada, roxa com a cirurgia e que não vai poder fazer atividades físicas e algumas atividades da vida diária. E a pessoa fica mal porque ela não sabia: 'eu não achava que era assim, achava que era mais fácil', aí é mais difícil dela lidar com isso. Agora se ela já sabe que vai ter restrições e que vai realmente ter que mudar a sua vida nesse período inicial, mas que vai passar, vai se recuperar bem e voltar ao ponto em que parou. (Cirurgiã Plástica, Rio de Janeiro)

Sem embargo, a primeira visita ao cirurgião plástico após a cirurgia muda o estado de espírito do paciente. Ele escuta que a sua cirurgia está bem e que tudo está se encaminhando como o previsto, tirando o peso dos ombros que tinha, o medo e as preocupações. Logo, comumente, o paciente começa a realizar os tratamentos fisioterapêuticos e esse contato diário com o fisioterapeuta auxilia na promoção de bem-estar e de segurança que o sujeito tanto anseia. Durante essas sessões, além do tratamento em si, os pacientes perguntam sobre suas dúvidas da cirurgia e ficam mais tranquilos em relação a sua recuperação.

Os tratamentos fisioterapêuticos no pós-operatório devem ser elaborados individualmente de acordo com o paciente e o tipo de cirurgia plástica realizada (Macedo & Oliveira, 2011). Os seus principais objetivos são prevenir fibroses e aderências, reduzir o edema e mobilizar o tecido (Medeiros et al, 2003). Sem embargo, o fisioterapeuta que trabalha com cirurgias plásticas necessita uma especialização em dermatofuncional ou de cursos específicos de pré e pós-operatórios em cirurgias plásticas.

De acordo com as resoluções COFFITO³⁸ 80 e 362, a fisioterapia dermatofuncional, atua na prevenção, promoção e recuperação do sistema tegumentar. A sua base está fundamentada em conceitos científicos que contribuem nos períodos pré e pós-operatórios, prevenindo e/ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas tanto de cirurgias plásticas como de outros tipos de cirurgias (Guirro & Guirro, 2004).

No entanto, nem sempre os pacientes fazem esses tratamentos fisioterapêuticos no pós-

38 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

operatório de cirurgia plástica por desconhecimento ou falta de indicação do médico. Porém, em outros caso, as pessoas deixam de tratar-se por não ter como pagar os tratamentos, pois a cirurgia costuma ser um grande investimento financeiro e elas não haviam planejado esses “gastos extras”. De acordo com Flores, Brum & Carvalho (2011), ainda é preciso que os médicos cirurgiões plásticos confiem e reconheçam mais a atuação do fisioterapeuta para que encaminhem os pacientes com uma maior frequência.

Além disso, muitas pessoas buscam tratamentos mais baratos com profissionais que não são qualificados para esse fim, prejudicando enormemente o resultado cirúrgico e podendo causar diversas complicações. Neste contexto, uma fisioterapeuta apontou que até mesmo na graduação de fisioterapia os professores, na maioria das vezes, não possuem a experiência necessária em dermatofuncional no pré e pós-operatório de cirurgias plásticas e ensinam técnicas que acabam prejudicando a cicatrização dos pacientes.

(...) Aqui no Brasil a dermatofuncional tem um apelo estético muito grande e os docentes não sabem de cicatrização. Eu sei porque vejo quando dou aula eu ensino e falo isso, eu tive a possibilidade de estudar dentro de um laboratório de reconstituição tecidual, então eu estudei afundo isso. E para mim foi um grande marco entender que a cicatrização não era aquilo que eu aprendi na fisioterapia. E quando eu vejo essas propostas, eu vejo que as pessoas não sabem o que estão fazendo. E quando me dizem: 'gente o corpo não está respondendo', digo: 'está, sim respondendo ao que você está fazendo', mas o pessoal não tem ideia e também entra o apelo comercial dos equipamentos porque para o cara vender um equipamentos tem que dizer que o aparelho dele faz tudo. Então o grande problema é esse, as pessoas não buscam se aprofundar na área básica com conhecimentos de fisiologia e querem protocolos de atuação. Aí é que está o problema, você não sabe o que está fazendo e não conhece o problema do paciente e você sai fazendo um monte de coisas às cegas. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Neste sentido, Borges (2010) afirma que durante a cirurgia é comum que ocorra alguma alteração estrutural ou funcional dos tecidos e vasos linfáticos por laceração ou compressão gerando a aparição de edemas e lesões teciduais. De acordo com a minha dissertação de mestrado (Masiero, 2014), os principais tratamentos fisioterapêuticos realizados no pós-operatório de cirurgias plásticas são as técnicas de terapia manual que auxiliam na cicatrização e no reparo do tecido como, por

exemplo, a Drenagem Linfática Manual (DLM) (Leduc & Leduc, 2003; Guirro & Guirro, 2004), as mobilizações miofasciais e a Liberação Tecidual Funcional (LTF®) (Altomare, 2011). Outros tratamentos como a crioterapia (gelo) (Felice & Santana, 2009), a eletroterapia (ultrassom e o laser) (Macedo & Oliveira, 2011; Migotto & Simões, 2013), as correntes elétricas (Silva, 1997) e a cinesioterapia (movimentos, alongamentos e trações) também são indicados.

Por outro lado, essa fisioterapeuta entrevistada comenta que as pessoas também procuram tratamentos estéticos no pós-operatório, como a carboxiterapia, a radiofrequência e o ultrassom de alta potência que para ela são tratamentos que vão incentivar ainda mais os níveis de colágeno e agredir o tecido devendo ser usadas apenas em um tecido sadio. Ao contrário dos outros autores que afirmam que esses tratamentos são indicados em pós-operatórios de cirurgias plásticas (Macedo & Oliveira, 2011; Migotto & Simões, 2013; Silva, 1997).

Considera-se importante que o fisioterapeuta conheça o grau de agressão tecidual e todas as fases de cicatrização para que possa utilizar os recursos de maneira eficiente e o indivíduo possa voltar mais rapidamente para as suas atividades da vida diária. Só assim o tratamento será eficaz e o indivíduo se beneficiará com os recursos fisioterapêuticos. O fisioterapeuta também deve orientar o sujeito sobre os cuidados em casa, dando indicações, contra-indicações e detectar complicações, comunicando-se com o médico cirurgião plástico sempre que for necessário.

Ademais, é importante salientar que nesse período podem aparecer a maioria das complicações cirúrgicas do transoperatório³⁹, mas principalmente, do pós-operatório, mais detalhadas na categoria “Problemas biopsicossociais das cirurgias plásticas”. Portanto, além da técnica cirúrgica, os cuidados e a responsabilização do paciente nessa fase são fundamentais para uma boa recuperação e, logo, para o resultado final da cirurgia plástica.

39 No momento da cirurgia.

E isso (o bom resultado cirúrgico) também depende do cirurgião. Escolher um cirurgião plástico certificado que tenha experiência e uma boa mão. Também depende dos cuidados da pessoa, se tem cuidados pós-operatórios, se é uma pessoa fumante que não cicatriza corretamente, se tem repouso, se faz mal gesto ou um movimento que causa uma hemorragia, pois isso já são complicações que não dependem de nós, mas sim do próprio paciente. (Cirurgiã Plástica, Barcelona)

Nesta fase, o corpo debilitado pode provocar sensações de desconforto tanto físico como emocional. Assim, para evitar futuros problemas, deve-se realizar uma adequada valoração clínica que também inclui os aspectos psicossociais. Isso porque desde um simples desequilíbrio passageiro e circunstancial até uma verdadeira psicose pode ser a causa de uma indicação errônea do médico ou de uma complicação pós-operatória que poderia ter sido evitada (Abreu-de La Torre, 1997).

Deste modo, um bom equilíbrio mental fará toda a diferença na recuperação completa da cirurgia e na sua volta às atividades da vida diária. Deste modo, essa etapa pode ser considerada uma das principais fases no processo de ressignificação do corpo e da mente, pois sendo bem manejada trará repercussões positivas, mas se for repleta de preocupações e intercorrências poderá influir negativamente neste processo.

6.2.3 Fase 3: as ressignificações “A pessoa quando se sente bonita, é vista como bonita, a atitude é tudo”

Posteriormente, passado o período pós-operatório, o indivíduo começa a ver os resultados da cirurgia e o seu humor, autoestima e confiança começam a mudar visivelmente. Nessa etapa, os resultados da cirurgia começam a aparecer e as novas significações corpóreo-mentais começam a materializar-se. É o período final do processo de ressignificação após uma cirurgia plástica e, nesta etapa, o antropólogo pode atuar utilizando as suas habilidades de interpretação comportamental para entender as mudanças de representações simbólicas dos indivíduos.

Durante o trabalho de campo, foi observado que a cirurgia plástica molda. Assim como sua

nomenclatura “cirurgia plástica” indica, existe uma plasticidade cirúrgica, não só do corpo, mas também das características psicológicas do sujeito que realiza a cirurgia. Essa mudança foi representada pelos discursos dos participantes, principalmente, por uma mudança de atitude em relação ao seu modo de agir e ser perante os outros e com relação a si mesmo. A palavra atitude foi a principal mudança comportamental observada após a cirurgia plástica. A fala a seguir exemplifica essa constatação:

Acredito que o bisturi do médico não mudou tanto o meu corpo como a minha atitude. Agora eu me relaciono com mais segurança, sou uma pessoa mais simpática e atuo como uma pessoa capaz de tudo. Eu sei que ainda sou a mesma pessoa, mas a minha personalidade, a minha atitude não é mais a mesma. Me valorizo, me respeito e noto que quando comecei a me amar de verdade, as pessoas também fizeram. Terminei um relacionamento que me fazia mal e antes não era capaz, mudei de emprego e saiu muito mais com as minhas amigas. A pessoa quando se sente bonita, é vista como bonita, a atitude é tudo. (Paciente, Rio de Janeiro)

Nesse discurso, o modo de agir do participante acabou incorporando-se na sua maneira de ser tanto para si, uma pessoa que se valoriza, como para os outros que passaram a considerá-la realmente uma pessoa de valor. Pode-se pensar que ocorre também uma mudança de identidade como também afirma Le Breton (2012). Também notou-se que a autoconfiança que os participantes adquiriram repercutiu nas suas antigas significações e representações de corpo que eles tinham de si mesmo.

Agora, como exemplo do caso de uma das participantes, o peito já não era mais um motivo de preocupação pela flacidez gerada pela amamentação, mas sim uma exposição de feminilidade e da sensualidade de uma mulher que além de mãe, também queria sentir-se atraente. Ou, como em outro caso: “o perfil do meu nariz não é mais uma vergonha e uma sensação de mal-estar, mas uma nova posição possível do corpo nas fotografias em família”. Ademais, aquela blusa justa e curta que estava bem guardada devido às gorduras localizadas, “agora está na primeira gaveta do armário e já foi usada duas vezes essa semana”, como citou uma outra participante do estudo.

Essas pequenas modificações de comportamentos após uma cirurgia plástica, foram as citações de atitudes que mais me chamaram a atenção porque apesar de aparentemente sutis, fizeram diferença para esses participantes que antes sentiam vergonha do próprio corpo e se escondiam em roupas largas e posturas discretas para evitar o olhar crítico que a sociedade impõe. A frase a seguir mostra isso:

Eu acho até que melhorei um pouco a minha postura depois de colocar a prótese, eu me sinto mais confiante e fico mais reta, eu não tenho vergonha e não me encolho mais como antes. Então eu acho que também me ajudou muito na autoestima, todas as cirurgias que eu fiz (rinoplastia e duas mamoplastias de aumento) me ajudaram na confiança, eu sou mais segura agora do que antes. (Paciente, Rio de Janeiro)

Para compreender melhor o processo de ressignificação das pessoas que fizeram cirurgias plásticas, eu perguntei para todos os participantes do estudo se as cirurgias plásticas mudavam mais a parte corporal ou a mental dos sujeitos e obtive as mais variadas respostas. No entanto, para a maioria dos entrevistados que haviam realizado alguma cirurgia plástica a modificação era de fundo emocional. Já para os profissionais investigados, principalmente os cirurgiões plásticos, era uma transformação corporal que podia repercutir no estado mental dos pacientes, de forma positiva se cumpria as expectativas ou de maneira negativa se a expectativa irreal não fosse alcançada. Veja a diferença das percepções a seguir. A primeira resposta defende a ideia de que a modificação é mental e a segunda fala refere-se à mudança corporal:

Eu acho que é algo mental, eu de verdade não vejo que seja necessário uma cirurgia em mim porque eu sei que meu corpo não é e nem será perfeito. É mental, como me vejo, e também de educação de acordo como te educaram e como viveu. Se fosse mais por corporal que mental eu agora mesmo queria fazer o meu nariz mais reto e talvez endurecer mais as tetas ou aumentar. (Participante que não fez cirurgia plástica, Barcelona)

Basicamente, a cirurgia plástica muda o corpo. A diferença é você entender o que causa um desconforto e melhorar através da cirurgia plástica. Na reparadora existe um percurso patológico diferente do normal. Na cirurgia plástica o problema está no objetivo, a cirurgia muda o corpo, mas se essa modificação muda a sensação de desconforto, então está indicada. Porém, ela não muda prioritariamente a mente. É importante entender o percurso do paciente,

sua história anatômica. Se isso auxilia está bem, mas se o objetivo é exclusivamente na mente a cirurgia não funciona porque muda basicamente o corpo, seria uma indicação incorreta. (Cirurgião Plástico, Salerno/Itália)

Foi observado nesse estudo que ocorre uma modificação primeiramente visual de corpo e, logo, uma modificação simbólica da mente. Considera-se que esses processos andam juntos, porém com temporalidades diferentes que variam de acordo com as percepções dos indivíduos. Ademais, possivelmente, uma pessoa que está com um nível de autoestima baixo notará uma maior mudança mental do que uma pessoa com autoestima mais elevada, que já se sente bem consigo mesma e deseja apenas melhorar algo que lhe desagrada.

Nesse mesmo sentido, uma participante afirmou que a cirurgia plástica que fez a deixou mais segura e isso refletiu na sua forma de se comunicar com os outros. Para ela, quando ela não gostava de seu corpo era uma pessoa mais tímida e logo que fez a cirurgia plástica ficou mais extrovertida e comunicativa. A sua afirmação, assim como esse estudo, demonstra que o processo de ressignificação é tanto corporal como mental, pois a mudança de comportamentos sociais dependem de uma alteração interna da participante que pode ser influenciada por diversos fatores e experiências da sua vida, mas especificamente neste caso, por uma modificação corporal causada pela cirurgia plástica. Ou seja, além da mudança corporal e mental, ocorre também uma alteração nas relações sociais.

Eu acho que realmente eu fiquei muito mais segura com a cirurgia, já faz seis anos que fiz a cirurgia, então naquela época eu era muito insegura e muito retraída até em relação com a autoestima, eu achava que eu era até inferior que as minhas amigas. Então eu acho que me senti mais segura, me senti mais bonita, me senti mais proporcional, com um corpo mais proporcional e também acho que isso refletia até no convívio com as pessoas porque você se torna mais alegre, mais segura e quem sabe até mais comunicativa. (Paciente, Rio de Janeiro)

Em outro contexto, uma antropóloga espanhola afirma que após uma cirurgia plástica não acontece necessariamente uma ressignificação do corpo ou da mente, mas que certamente ocorre uma mudança na autopercepção corporal e nos níveis de satisfação sobre o próprio corpo. Para ela,

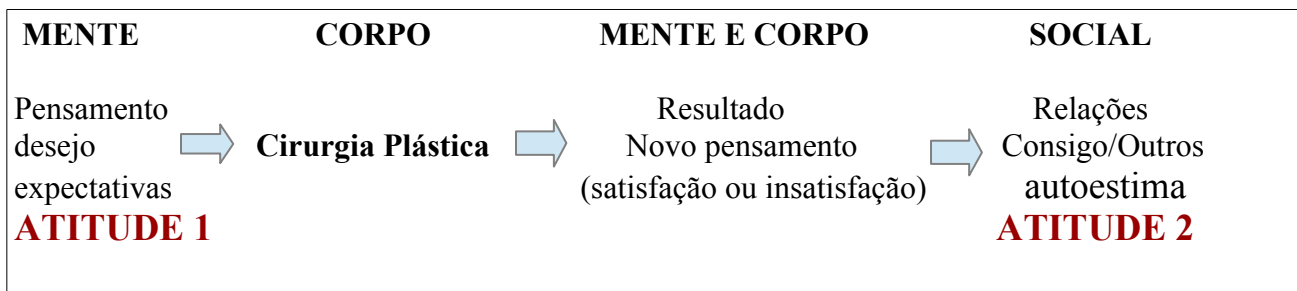
se os resultados da cirurgia forem positivos proporcionarão um aumento de autoestima mas, pelo contrário, se forem insatisfatórios gerarão uma diminuição da autoestima. Porém, ela acredita que nas cirurgias de mudança de gênero ocorrerão as maiores ressignificações corporais relacionadas com as cirurgias plásticas. Assim como aponta os estudos de Butler (2009), Benedetti (2005) e Bento (2006).

Por outro lado, uma antropóloga do Rio de Janeiro afirmou que a ressignificação corpóreo-mental gerada por uma cirurgia plástica é tão evidente como também pode ocorrer mudando-se uma roupa ou fantasiando-se. Para ela:

O simples fato de olhar-se no espelho, com um corpo que agora é diferente do que se reconhecia, faz que a pessoa se ressignifique, refaça seu comportamento e seus pensamentos. Um roupa, que não altera tão profundamente quanto uma plástica, já proporciona tal ressignificação no ser humano. Basta observar as festas à fantasia, por exemplo, onde uma vestimenta dá a permissão para que o indivíduo mude de personalidade pelo simples fato de usá-la, e para tal, não é preciso que ninguém lhe diga para mudar. Ele simplesmente muda, de forma natural, encarnando tal personagem. (Antropóloga, Rio de Janeiro)

Neste contexto de moda e comportamento, Lenzi (2015) escreve sobre o chapéu como um elemento de moda que além da funcionalidade que possui, é um objeto de adorno, carregado de simbolismo e de um forte peso estético. A autora também considera, tanto o chapéu como outros acessórios, as roupas e as modificações corporais, como fortes indicadores temporais, funcionais e também identitários de gênero ou de personalidade. No entanto, ela afirma que com o passar do tempo, as mudanças da moda também aparecem apresentando novos símbolos que costumam representar características de distinção e de comunicação.

O seguinte quadro resume esquematicamente como foi observada a mudança de atitude no processo de ressignificação corpóreo-mental após uma cirurgia plástica.



Quadro 1: Mudança de atitude no processo de ressignificação corpóreo-mental após uma cirurgia plástica.

Além da atitude, outras modificações foram citadas nas entrevistas pelos participantes como a melhora da autoestima, bem como foi visto no meu anterior estudo (Masiero, 2014). Com a cirurgia plástica, cria-se uma nova percepção de si mesmo em que a pessoa se gosta e se cuida mais do que antes, prestigiando-se e dando valor para si. Neste sentido, uma paciente relatou que tinha escoliose e teve que usar coletes por anos e que de nada adiantaram, sendo que para piorar o seu estado de ânimo, os peitos pequenos a deixavam complexada. Porém, como ela não podia modificar a sua escoliose, pelo menos os seios ela podia aumentar com as cirurgias plásticas e aumentar a sua autoestima. Portanto, nesse caso, ela ressignificou a sua postura com uma novo tamanho de sutiã e afirma que: “Me beneficiou muito minha maneira de me relacionar com os outros com mais autoestima, sou uma pessoa mais aberta e sociável.” (Paciente, Barcelona)

Em outra perspectiva, uma participante que não fez cirurgias plásticas afirma que o corpo pode expressar a insegurança da pessoa e que ela trabalha a aceitação de si mesmo, valorizando suas qualidades e agindo com autoestima e confiança. Para ela, o corpo é a primeira parte do indivíduo que a sociedade observa, porém não é a definição completa do sujeito, pois o que irá definir a sua personalidade são suas atitudes e ações:

O corpo expressa uma insegurança que tu tens por dentro. Eu se eu por ter nariz grande tenho uma insegurança e uns complexos porque penso isso, o resto também irá me julgar por eu ter um nariz fora de padrão, pois eu transmito essa insegurança e meu nariz, então, se vê feio. Sem embargo, se eu estou contente com o meu nariz, desde o princípio, porque determino que ele não terá nenhuma influência sobre mim e sobre minhas ações, então as pessoas vão considerar o meu nariz interessante, mesmo que seja grande ou esteticamente feio para a

sociedade e para as revistas de moda. Não será lindo e nem vão a cair de joelhos a meus pés, mas vão entender como um nariz diferente porque eu vou dar a volta por cima pela minha personalidade. (Paciente que não fez cirurgia plástica, Barcelona).

Além disso, essa participante afirma que quando uma pessoa não está a gosto com uma parte do seu corpo, provavelmente ela julgará aos demais, pois se esse sujeito não aceita a imperfeição em si mesmo, tampouco a aceitará no corpo dos outros, em suas palavras, “tamanho a exigência que sente”. Também relata, ao contrário dos outros participantes, que as cirurgias plásticas não aumentam a autoestima e a segurança em si mesmo, pois, de acordo com ela, a pessoa só mudou a parte externa e por dentro está absolutamente igual e buscando outro defeito que a deixará insegura novamente. Portanto, a ressignificação, para ela, deve começar pela parte mental antes da cirurgia para que a mudança corporal possa ser frutífera e satisfatória.

O estudo antropológico realizado por Antonio (2008) também investigou os aspectos psicológicos relacionados com as cirurgias plásticas, principalmente sobre a autoestima. A autora constatou que ocorre uma “psicogenização” da vida social através desses procedimentos, pois observou aspectos subjetivos incorporados nos discursos dos entrevistados que, geralmente, tinham um componente psicológico influenciado pela sociedade e mídia na motivação de submeter-se a uma cirurgia plástica.

Essa mesma autora, também comenta que a busca por uma mudança emocional pela cirurgia plástica é evidente tanto que, muitas vezes, os pacientes procuram nas cirurgias plásticas uma cura para todos os seus males. Além disso, ela aponta que algumas pessoas consideram a baixa autoestima como uma enfermidade em que a cirurgia plástica é capaz de curar curar.

Alves (2007), também investigou os aspectos psicológicos inseridos nas motivações das pessoas que se submetem a cirurgias plásticas. Para a autora, as pessoas buscam as cirurgias plásticas não só para as curas emocionais como afirma Antonio (2008), mas também motivadas por um sentimento

de estar bem consigo mesmo ou por estímulos de comentários de familiares, de amigos e, principalmente, dos conjugues.

Foi visto no estudo, que a modificação da imagem corporal é outra transformação que os pacientes costumam ter. Se antes eles se viam com defeitos e complexos corporais, agora estavam confiantes, pois eliminaram o estigma que eles mesmos haviam criado influenciados ou não pelos outros. Segundo um dos participantes, agora eles se olham no espelho e enxergam uma pessoa diferente, mais cuidada, mais harmônica e mais feliz.

Outros autores também associaram as cirurgias plásticas com a imagem corporal, como Sante & Pasian (2011) que realizaram um estudo sobre a imagem corporal e as características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. Eles constataram que existe uma suscetibilidade dessas mulheres à internalização do padrão de beleza difundido atualmente na sociedade ocidental levando-as a uma rejeição da própria imagem corporal e uma supervalorização da aparência física que pode suscitar desejos por modificações corporais externas. Também concluíram que estas mulheres sinalizaram maior sensibilidade e sinais de desconfiança nos contatos interpessoais, associados a maior insatisfação com a própria aparência. Maiores discussões sobre a autoestima e a imagem corporal estão nos seguintes tópicos que abordam os resultados referentes na Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e o teste do Desenho da Figura Humana.

Mudando de aspecto, segundo Le Breton (2006), quando se realiza uma cirurgia plástica busca-se uma transformação que proporcione uma certa felicidade através de uma mudança física imediata. Porém, após a resignificação, se alcançado o resultado e as expectativas esperadas, esse procedimento virará não só um meio de modificação corporal, mas também de modificação da representação mental, pois acaba, conseqüentemente, solucionando reparações psíquicas de sentimentos de tristeza e insatisfação (Ferraz & Serralta, 2007).

Essas teorias estão de acordo com as hipóteses desse estudo de que as cirurgias plásticas provocam ressignificações tanto nas alterações provocadas pelo bisturi no corpo como na parte mental dos pacientes. Ademais, segundo a maioria dos participantes do estudo, as cirurgias plásticas também moldam a mente no sentido de representação simbólica, da imagem corporal, da ressignificação do corpo e da mudança identidade, assim como foi suposto nas hipóteses centrais dessa investigação de que as cirurgias plásticas também poderiam ser chamadas, arriscadamente, de cirurgias “psicoplásticas”, já que além do corpo também modificam aspectos psicológicos dos indivíduos que influem diretamente nas suas relações socioculturais.

Sem embargo, nenhum dado observado pode comprovar que as modificações causadas pelas cirurgias plásticas fossem de cunho neurológico através de plasticidade neural. Isto porque os métodos utilizados no estudo não tinham um nível científico que pudesse analisar modificações neuronais, como tomografias, por exemplo, sendo apenas possível uma interpretação antropológica das mudanças comportamentais relatadas pelos pacientes. Deste modo, a hipótese de que as cirurgias plásticas não abrangem aspectos da plasticidade neural não pôde ser conclusiva sugerindo-se outro tipo de investigação que aborde tais aspectos.

Outro dado interessante encontrado na mudança de comportamento e ressignificação refere-se aos cuidados com o corpo e com a saúde depois da cirurgia plástica. A maioria dos pacientes e profissionais do Brasil falaram que as pessoas se cuidam muito mais depois do procedimento, elas fazem mais atividades físicas e visam manter o corpo em forma. Notou-se que a cirurgia plástica, é vista como um estímulo para que os indivíduos mantenham-se saudáveis, pois, de acordo com um participante: “as pessoas se exercitam muito no Rio de Janeiro e a cirurgia plástica como a lipoaspiração é feita quando os outros tratamentos não surtiram efeito”. Aliás, foi constatado no estudo que uma das preocupações dos pacientes no pós-operatório é saber quando eles vão poder

voltar para as suas atividades físicas. A frase da fisioterapeuta comprova isso:

Na verdade as pessoas fazem exercícios físicos também, eu tenho vários pacientes que fazem uma lipoaspiração para retirar o que ficou e que não saiu com o exercício e a dieta e esses são os melhores resultados. Aqui no Rio de Janeiro o pessoal faz exercício, inclusive o pessoal fica agoniado para saber quando é que elas podem voltar para a academia. A maioria faz. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Já em Barcelona, as pessoas parecem ser mais tranquilas em relação aos exercícios físicos e não cultuam o corpo “malhado” como no Brasil. Os indivíduos fazem atividades físicas, mas os objetivos são bem-estar, saúde e lazer. Deste modo, viu-se que os participantes de Barcelona são mais tranquilos ao esperar o período de recuperação para voltar às suas atividades físicas do que os brasileiros. Além disso, alguns participantes, espanhóis e brasileiros, afirmaram que a sua vida sexual também havia melhorado, pois agora atuavam com mais ousadia e desinibição.

Também na linha de sexualidade, gostaria de comentar que a ressignificação corpóreo-mental mais aparente que encontrei no meu trabalho de campo foi a de pessoas que fizeram cirurgias de redesignação sexual, discutido na parte dos resultados que aborda transexualidade. Porém, a identidade, o gênero e a sexualidade são as características mais transformadas desses sujeitos que buscam equilibrar o seu corpo externo com a sua mente interna.

Para Butler (1999), o gênero masculino e feminino é representado simbolicamente através dos corpos que identificam, mas ao mesmo tempo, taxam e podem discriminar. Com objetivo de manifestar indignação pela diferença de gênero pelos corpos, Haraway (1991) escreveu, metaforicamente, sobre os ciborgues que seriam criaturas sem gênero que manifestam seus ideias políticas sem interferência do gênero. Neste sentido de Haraway, durante o trabalho de campo, eu também pude conhecer pessoas que não se enquadravam em nenhum gênero, assim como os ciborgues, e se autodefinem como “pessoas sem gênero”.

Por outro lado, para Le Breton (2011, p.194), “cada indivíduo é dono de sua sexualidade, da

aparência, de sua presença no mundo, assim como de sua sexualidade”. No entanto, apesar dessa responsabilidade individual do corpo que aponta Le Breton, a sociedade continua impulsionando as mulheres para buscarem nas cirurgias plásticas características de mais feminidade do que aos homens de masculinidade. Essa afirmação confere com os dados encontrados no trabalho de campo, pois as cirurgias de redesignação sexual de homem para mulher também eram mais frequentes que as de mulher para homem.

Neste sentido, Garcia (2010) relaciona as cirurgias plásticas com o poder, a corporalidade e o gênero da cultura ocidental. Para a autora, geralmente as mulheres realizam cirurgias plásticas para apagar qualquer diferença discriminatória. Segundo ela, essas práticas acabam produzindo um efeito paradoxal, pois homogeneizam o corpo feminino pela instrumentalização modificável através de cirurgias plásticas em busca de aceitação social, sendo isso já um ato de discriminação de si mesmo por sentir-se diferente. Essa mesma autora, também escreve sobre as cirurgias de redesignação sexual como sendo um tipo de etnocirurgia, tema abordado por Masiero (2016)⁴⁰.

Uma das fisioterapeutas entrevistadas afirmou que ela notava uma mudança até mesmo no tom da voz do paciente que chegava no segundo dia de pós-operatório deprimido e tímido, mas que no final do tratamento, quando o resultado coincidia com a sua expectativa, parecia ser outra pessoa, com outro tom de voz, mais falante e possivelmente mais feliz.

Me atrevo a dizer, portanto, que o processo de ressignificação é tanto corporal como mental, como pode-se comprovar no quadro que resume os resultados encontrados no estudo.

40 Masiero, L. M. (2016). Etnocirurgias no Brasil: identidade, multiculturalismo e globalização. *Revista De Estudios Brasileños*, 5 (3), p. 99-110. <https://reb.universia.net/article/view/2240/etnocirurgias-brasil-identidad-multiculturalismo-globalizacion>

RESSIGNIFICAÇÕES	MUDANÇAS
1. Atitudes com mais autoconfiança	Atuar
2. Comunicação com segurança	Relacionar-se
3. Aumento da autoestima	Sentir-se
4. Melhora da percepção da imagem corporal	Ver-se
5. Melhora nas relações sociais	Relacionar-se
6. Aumento das atividades físicas e cuidados com o corpo	Cuidar-se
7. Relações sexuais	Atuar e relacionar-se

Quadro 2: Resumo das principais ressignificações encontradas no estudo.

O quadro anterior mostra que, apesar da cirurgia plástica modificar diretamente o corpo do paciente com o bisturi do médico, as principais mudanças observadas pelos participantes referem-se a uma alteração na maneira de pensar e agir com relação aos outros e também a si mesmo. Entende-se que a cirurgia plástica promove uma transformação nas representações simbólicas de ser e existir no mundo do indivíduo e por mais que promova um resultado visual inquestionável, a mudança que prevaleceu foi comportamental.

Ademais, o processo de ressignificação corpóreo-mental começa na preparação para a cirurgia, mas termina apenas meses depois da cirurgia, quando a pessoa volta a sua rotina diária e cria uma nova maneira de ver-se, sentir-se e, conseqüentemente, de atuar. Portanto, altera-se também a identidade da pessoa que agora encontra-se mais confiante e feliz. Para finalizar essa parte dos resultados, colocarei uma frase que parece traduzir tudo que observei no trabalho de campo sobre o processo de ressignificação do corpo e da mente:

Fiquei mais confiante e feliz. Satisfeita comigo mesmo e disposta a fazer sacrifícios para me sentir bonita, me sentir é diferente de ser. Me sinto satisfeita com meus defeitos e qualidades. Aprendi a lidar comigo e a valorizar o que fica melhor em mim, não me importo muito com o que dizem. Sei que sou mais interessante por minha personalidade que por minha aparência e tento manter meu humor e minha positividade em alta. Se uma coisa me incomoda eu mudo, tento mudar ou aceito aprendendo algo. Não julgo ninguém e não quero ser julgada, me sinto livre e também presa nas obrigações que me proponho fazer, tento fazer sempre tudo que

quero da melhor maneira possível sem passar por cima de ninguém. Não foram as cirurgias que me mudaram, foram as experiências e acho que isso que é viver, aceitar o que não se pode mudar e tentar mudar o que se pode e incomoda, tanto do corpo como na vida. (Paciente, Rio de Janeiro)

6.3 A relação interdisciplinar dos profissionais: “cada profissional vende o seu peixe”

O antropólogo seria o elo entre a medicina e a sociedade e os resultados de seus estudos seriam fundamentais para a saúde pública. (Antropóloga, Rio de Janeiro)

Durante o trabalho de campo, notei que a relação entre os profissionais que trabalham com cirurgias plásticas era muito variável. A maioria das equipes interdisciplinares que vi no Rio de Janeiro eram bem integradas com diversos profissionais que trabalham em conjunto. Por outro lado, as equipes que observei em Barcelona eram mais individualizadas, sendo que apenas uma delas tinha uma equipe bem articulada.

Além disso, geralmente as equipes das clínicas do Rio de Janeiro estavam formadas por cirurgiões plásticos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, anestesistas, fisioterapeutas e, em uma delas, havia uma psicóloga trabalhando junto. As outras clínicas que não tinham fisioterapeutas ou psicólogos em suas equipes, tinham um profissional de confiança ao qual indicavam os pacientes que consideravam ter necessidade, geralmente indicavam mais para o fisioterapeuta que para o psicólogo.

Já em Barcelona, só uma clínica tinha um fisioterapeuta na equipe, além dos cirurgiões plásticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e anestesistas. Essa clínica, apesar de não ter um psicólogo no grupo, também tinha um dentista, uma nutricionista e um educador físico, profissionais que eu não havia visto antes em nenhuma outra clínica de cirurgia plástica, nem na Espanha e nem no Brasil. Esse estabelecimento mostrava-se ter um trabalho interdisciplinar bem forte e estabelecido. A frase a seguir descreve bem o trabalho multiprofissional da clínica:

(...) temos um *chef* de cozinha e um departamento de nutrição. Na clínica temos os serviços muito completos, está a fisioterapeuta, a nutricionista, a parte de medicina estética não-cirúrgica facial e corporal e também os dentistas. Dependendo do que teve o paciente se indica alguns serviços. Há pouco se implementou um bônus, ou um cartão, que se pode fazer múltiplos tratamentos aqui, também há um assessoramento de imagem e um esportivo que estimula os músculos com sessões de 20 minutos para definir a musculatura. O conceito que tem o dr. é fenomenal.” (Cirurgião Plástica, Barcelona)

O estudo de Auricchio & Massarollo (2007) investigou a percepção do cliente com relação ao esclarecimento da cirurgia plástica na hora de tomada de decisão. Os profissionais citados no estudo foram o médico cirurgião plástico e os enfermeiros, não sendo citados nem psicólogos, nem fisioterapeutas e muito menos antropólogos. Os autores constataram que a maioria dos pacientes mostrou-se satisfatoriamente bem informada com percepção positiva da compreensão dos dados necessários fornecidos pelos profissionais de saúde. As principais informações transmitidas referiam-se às alternativas de tratamento, aos cuidados pré e pós-procedimento, ao motivo do tratamento, aos possíveis riscos, às reações e às vantagens do procedimento.

O trabalho de Castilho (2001) aponta que existe uma grande responsabilidade e influência do profissional de saúde sobre o seu cliente ao prestar informações claras, precisas e atualizadas. O autor não especifica qual é profissional de saúde em questão, porém dá a entender que é o cirurgião plástico. Comenta também o quanto é importante clarear as expectativas pré-operatórias do paciente e que a decisão pela cirurgia plástica não deve ser tomada de forma impulsiva, devendo-se avaliar os prós e os contras.

Considera-se que os profissionais da saúde podem ser agentes facilitadores das boas decisões dos clientes ao tentar descobrir suas preocupações e interesses, fazer perguntas e estabelecer uma atmosfera que os encoraje a realizar o procedimento. Desta forma pode-se favorecer o entendimento do sujeito acerca do procedimento e também conhecê-lo a partir das informações que estão sendo reveladas (Beauchamp & Childress, 1994).

Ademais, foi visto que os profissionais relacionados com as cirurgias plásticas que trabalham em conjunto devem ter uma linha de pensamento similar que transmita conhecimento e confiança ao paciente. Nenhum estudo foi encontrado que incluía na equipe de profissionais que trabalham com cirurgias plásticas educador físico, dentistas ou nutricionistas. Somente o trabalho de Witt & Schneider (2011), referiu-se a um trabalho interdisciplinar entre nutricionistas, psicólogos e educadores físicos quando trata-se da estética do corpo, mas nada relacionado com os cirurgiões plásticos, apesar desses profissionais terem sido citados como importantes dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas.

Além disso, o enfermeiro da clínica de Barcelona afirmou que todos os profissionais que trabalham ali estão bem integrados e que, inclusive, ele fazia várias tarefas extras sem preocupar-se se são trabalhos de um auxiliar de enfermagem ou de um técnico:

Eu sou enfermeiro e trabalho aqui desde que abrimos (...), estou muito feliz somos como uma família. Temos de todos profissionais e fazemos de tudo, eu faço tarefas de auxiliar e não me importa é meu trabalho também. Tem enfermeiras que dizem: 'eu sou enfermeira e tu é auxiliar', mas aqui não, aqui todos somos tudo. É organizado e integrado, é mais que multidisciplinar, é interdisciplinar. E também se temos uma lipoaspiração, por exemplo, passa antes por nutricionistas, *personal trainer*, uma grande sequência até estar preparado para a cirurgia plástica. (Enfermeiro, Barcelona)

Esse dado comprova que a cooperação dos profissionais que trabalham nessa clínica era evidente, porém também aponta que os papéis dos profissionais se misturam, o que pode significar que não está bem definida qual a tarefa de cada membro da equipe interdisciplinar. Para enfrentar essas situações e diminuir os conflitos de valores morais entre profissionais da área da saúde, os trabalhadores podem refletir sobre o seu ato e concluir a respeito da melhor conduta a ser seguida, valendo-se de seus recursos cognitivos que abrangem conhecimentos dos elementos que integram a bioética e dos valores que fazem parte das experiências transmitidas por sua família, escola, religião e a cultura de seu meio.

Neste contexto, Francisconi, Goldim & Lopes (2009) apontam que os profissionais da área da saúde também podem recorrer ao auxílio de um Comitê de Bioética que avalia questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito das instituições. Eles defendem a idéia de que um profissional competente é aquele que reúne qualificações científicas, tecnológicas e éticas e que um Comitê de Bioética serve justamente para auxiliar os profissionais que enfrentam dilemas morais cuja decisão individual revele-se difícil. Sem embargo, esse Comitê serve mais para hospital do que para clínicas de menor porte.

Em outro dia, nessa mesma clínica citada antes, estive no setor de fisioterapia e conversei com os profissionais que estavam ali trabalhando. Vi três pacientes sendo atendidas realizando Drenagem Linfática Manual (DLM) no pós-operatório. Nesse dia, também encontrei com o enfermeiro que havia entrevistado, pois ele estava acompanhando a evolução dos pacientes que estavam realizando fisioterapia, duas com pós-operatório de lipoaspiração e uma de ritidoplastia (*lifting* facial).

Foi observado que todos os cirurgiões plásticos, tanto em Barcelona como no Rio de Janeiro, disseram que indicam a fisioterapia no pós-operatório e alguns até mesmo no pré-operatório quando possuem tempo para isso, pois a maioria dos pacientes quer a cirurgia o mais rápido possível. A fisioterapeuta do Rio de Janeiro disse que a fisioterapia no pré-operatório tem um papel importante no diagnóstico de problemas posturais para evitar que as assimetrias do paciente sejam agravadas após a cirurgia, sendo o contato com o cirurgião plástico essencial para o sucesso dos resultados cirúrgicos.

Corroborando com esses dados, Guirro & Guirro (2004) ressaltam que o papel do fisioterapeuta tem início no pré-operatório, objetivando uma recuperação cirúrgica mais rápida, eficiente e funcional. Os autores destacam que a intervenção da fisioterapia no pós-operatório imediato também é muito importante, pois evitam complicações respiratórias e melhoram a função das vias

aéreas além de movimentar o paciente e prevenir a trombose venosa profunda (TVP)⁴¹. Esses tratamentos geralmente são realizados no mesmo dia da cirurgia ou nos próximos dias em que o paciente se encontra internado na clínica ou no hospital. Sem embargo, pouco abordou-se nas entrevistas sobre o pós-operatório imediato que concordasse com esses autores, já que a maioria dos participantes realizou os tratamentos após a internação, em períodos geralmente posteriores às 48 horas da cirurgia.

No pré-operatório da fisioterapia seria avaliar uma postura errada. Eu hoje atendi uma paciente que tem todo o lado esquerdo mais baixo que o direito, inclusive a mama. Então o cirurgião estava colocando um monte de faixa para colocar a mama para baixo e ele não percebeu no pré que se ela tem uma alteração postural a cirurgia plástica não vai corrigir, ao contrário, vai potencializar porque se ela não tem mama e não aparece muito a postura porque a mama é pequena, se ele colocar uma prótese vai ficar mais evidente. Então eu acredito que o ideal de um pré-operatório seria uma bela avaliação postural para sinalizar o cirurgião e não fazer hidratação e limpeza de pele como as pessoas fazem, eu acho que isso seria muito mais interessante. E no pós-operatório sem dúvida nenhuma o resultado depende da fisioterapia. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Neste sentido, Borges (2010) escreve sobre a fisioterapia dermatofuncional, fundamentada em conceitos científicos que cooperam tanto no pré quanto no pós-operatório, prevenindo e/ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas, proporcionando ainda a diminuição da ansiedade pós-operatória. Ademais, os fisioterapeutas objetivam preparar os tecidos para a intervenção cirúrgica, acelerar a recuperação pós-operatória e prevenir e controlar algumas complicações comuns.

Sem embargo, com relação aos psicólogos, a cirurgiã plástica entrevistada em Barcelona me disse que eles encaminhavam os pacientes com algum transtorno ou distúrbio importante para um serviço psiquiátrico ou psicológico. Falou também que os cinco cirurgiões plásticos da equipe tinham muita prática e experiência para detectar em uma consulta quando os pacientes estavam mentindo, dissimulando ou quando iriam causar algum futuro problema, mas que sempre poderiam equivocarse em seus diagnósticos.

⁴¹Ver significado no Glossário.

Para Sebastiani & Maia (2005), a presença do psicólogo na equipe soma uma importante ajuda ao cirurgião plástico, pois a identificação dos medos, dúvidas e expectativas do paciente, fazem parte do escopo e da formação técnica deste profissional, identificando situações potencialmente patogênicas e criando estratégias preventivas e terapêuticas que auxiliem no resgate da qualidade de vida do paciente. Segundo os autores, o psicólogo minimiza a angústia e a ansiedade, favorece a expressão dos sentimentos e auxilia na compreensão da situação vivenciada, proporciona também, um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde. Também atua na adaptação à nova imagem corporal.

Além da atuação dos psicólogos nas cirurgias plásticas, as pesquisas acerca da psicologia hospitalar vem crescendo com o desenvolvimento de teorias e técnicas específicas para o cuidado de pessoas hospitalizadas que apresentam demandas psicológicas associadas ao processo da doença e da internação que podem agravar o quadro destes pacientes ou causar sequelas dificultando ou mesmo inviabilizando o seu processo de recuperação (Maia & Sebastiani, 2003).

Por outro lado, outro cirurgião plástico em Barcelona considerou muito importante uma triagem psicológica antes da consulta com o médico, mas disse que ainda não tinha esse profissional em sua clínica e só era essencial em caso de cirurgias de mudança de sexo. Falou também que muitos pacientes mentem e que a experiência do médico que facilitará essa detecção porque na especialização isso não se aprende. Bem como disse a outra médica.

Neste sentido, percebe-se que a psicologia vem trazendo às cirurgias plásticas contribuições que favorecem um modelo biopsicossocial em saúde, a partir de ações interdisciplinares que contemplam a compreensão da pessoa como um todo. Na atualidade, vários procedimentos cirúrgicos têm em seus protocolos a previsão de avaliação e acompanhamento psicológico, desde a indicação da cirurgia até os programas de reabilitação e reintegração sócio-familiar. Destaca-se

nesse campo os protocolos de cirurgias bariátricas (Oliveira, Linardi, & Azevedo, 2004), cirurgias plásticas de redesignação sexual (Vieira, 2000) e algumas modalidades de reconstrutivas (Almeida, 2006).

Já no Rio de Janeiro, um cirurgião plástico disse que trabalha em conjunto com esse profissional e quando sente a necessidade, encaminha os pacientes:

Geralmente a eu faço uma triagem e vejo, até tem uma psicóloga que pode fazer um apoio se a gente achar que o paciente não está entendendo. Geralmente eu não vou adiante, eu não vou operar um paciente que não tenha uma boa cabeça. Temos uma psicóloga na equipe porque tem tudo a ver a cirurgia plástica e psiquiatria ou psicologia. Temos que ver se a pessoa está preparada, ver se a expectativa é real, ou seja, não adianta uma pouca conversa ou uma conversa muito rápida. Em uma consulta você não vê se a paciente criou uma expectativa que não vai ser alcançada, aí no pós-operatório existe o descontentamento e começam a gerar os problemas. Então tem que canalizar bem o perfil desses pacientes. (Cirurgião plástico, Rio de Janeiro).

Outra cirurgiã plástica do Rio de Janeiro disse que é muito importante um profissional de psicologia estar dentro de uma equipe de cirurgia plástica, pois, apesar de ter tido uma especialização com um professor que ensinava questões de cunho emocional, diz que às vezes sente uma dificuldade em negar uma cirurgia e perde muito tempo com isso. Nesses casos, uma psicóloga poderia interferir e resolver o caso de uma maneira mais adequada.

É eu acho que no curso do professor Pitanguy a gente tinha algumas coisas de, não só lidar com esse cuidado psicológico do paciente, não era para transformar, era mais uma experiência de cada cirurgião. E na verdade você tratava e o serviço sempre teve uma avaliação psicológica e todos os pacientes e tinha uma ou mais psicólogas por serviço que são da 38 enfermaria da Santa Casa e que elas faziam as avaliações dos pacientes antes de se operarem. Claro que a gente sabe que quando o paciente quer esconder alguma coisa, a pessoa simula, mente e fala coisas que não são a realidade, e isso também é um problema, a paciente que mente, porque ela mente também para o cirurgião, ela mente para o psicólogo e ela mente para todo mundo para conseguir operar e depois que opera aí a coisa vai aparecer. Aparecem umas que tomam ansiolíticos e dizem que não tomam nada, várias, são várias questões, aí você tem várias formas, tem uns protocolos que a própria paciente tem que responder com um questionário de próprio punho e assinar porque aí ela está assim, isso está até no termo de consentimento nosso de cirurgia que no de psicologia ela está se comprometendo na verdade que ela estava afirmando ali e que no caso de não ser verdadeiro ela poderia incorrer um risco a própria pessoa, e isso é importante. Mas a pessoa que tem uma consciência, ela vai mentir para o médico? Uma coisa é você mentir para um amigo e mesmo assim né a mentira tem que

cuidar e você mentir para o médico, a pessoa que vai te cuidar e que vai estar se preocupando com o seu bem-estar, mas acontece. (Cirurgiã Plástica, Rio de Janeiro)

Neste contexto, um cirurgião plástico de Barcelona disse que seria melhor que o paciente que faz cirurgias plásticas tivesse um acesso aos tratamentos psicológicos, principalmente em cirurgias plásticas oncológicas, mastectomias e queimaduras. Porém, também afirmou que é muito importante para todos os tipos de cirurgias, inclusive, em cirurgias plásticas estéticas. Nesse sentido, uma antropóloga entrevistada disse que:

Não deveriam permitir cirurgias plásticas aos pacientes sem receber previamente assessoramento pré-operatório, especialmente quando se trata de cirurgias invasivas (no rosto ou genitais) que podem gerar um forte impacto na identidade e autoestima dos indivíduos. (Antropóloga, Barcelona)

Desta maneira, constatou-se que a presença do psicólogo na equipe interdisciplinar mostra-se fundamental, pois podem detectar fantasias, medos, depressão dos pacientes e trabalhar de forma que não prejudiquem os resultados cirúrgicos e nem a sua volta à vida diária. Corroborando com os dados encontrados, Sebastiani & Maia (2005) afirmam que as experiências, os sentimentos de invasão, agressão e as distorções oriundas da cirurgia plástica são aspectos significativos para fundamentar a necessidade do psicólogo na equipe interdisciplinar de qualquer modalidade cirúrgica.

Uma fisioterapeuta do Rio de Janeiro, afirmou que, além dos profissionais já citados, também é importante ter um clínico geral e um dermatologista na clínica para que o tratamento seja completo, mas disse que esse serviço especializado não é muito comum, pois encarece muito o preço final da cirurgia plástica. A frase abaixo exemplifica isso:

A gente tem uma equipe que tem, inclusive uma equipe que eu acho uma das mais completas, com psicólogo, clínico geral e dermatologista. É bem completa para o paciente estar cercado de cuidados. Uma lipoaspiração se faz a hemodiluição para transfusão, então é uma das equipes exemplo, que se preocupa e vai além acerca dos cuidados para evitar qualquer problema, mas é difícil porque isso encarece muito, não é qualquer paciente que está disposto a pagar por isso. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Entretanto, observou-se que nenhum dos médicos cirurgiões plásticos entrevistados nesse estudo disse ter algum contato com um antropólogo, apesar de acharem interessante seus conhecimentos sobre o homem e a cultura. Para uma fisioterapeuta de Barcelona o antropólogo poderia auxiliar no trabalho do médico, pois, para ela: “como a antropologia abrange quase tudo, acho que seria um profissional holístico que daria uma visão geral dos problemas em saúde pelos comportamentos e culturas de uma sociedade.” Já uma antropóloga de Barcelona considera que:

Para os antropólogos as cirurgias plásticas seguem sendo um campo pouco explorado, sobretudo aquelas que atendem a meras razões estéticas. A maioria dos antropólogos se dedicou ao estudo daquelas cirurgias plásticas dirigidas aos coletivos transexuais (Antropóloga, Barcelona)

Ademais, o antropólogo que trabalha com a saúde, comumente, domina um grande arsenal de conteúdos como ética médica, gênero, políticas de saúde, processo saúde e doença, a educação em saúde e também sobre a cultura das cirurgias plásticas (Goldenberg, 2011; Davis, 2002). Esses conhecimentos o ajudam a elaborar teorias e/ou estratégias de temas acerca dos mais diversos âmbitos da sociedade. Desta maneira, esse profissional busca conhecer todos o processo da história de vida do indivíduo para entender como suas atitudes e crenças podem interferir na sua saúde e refletir na dos demais (Martínez-Heraez, 2008). Nesse caso em concreto, compreender como as noções de corpo do sujeito podem influenciar o seu comportamento em relação a modificações corporais geradas por cirurgias plásticas.

Também deve-se destacar que o antropólogo que trabalha com a saúde, em uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas, aproxima o seu trabalho ao uso da antropologia aplicada, pois emprega conceitos teóricos com o objetivo de evitar futuros problemas biopsicossociais como uma complicação cirúrgica, um arrependimento ou um isolamento social por vergonha do resultado (Guerrero, 1997). Entretanto, nessa investigação não foi encontrado nenhum antropólogo trabalhando em uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas, nem mesmo os próprios

profissionais entrevistados consideravam-se essenciais nesta área através da antropologia aplicada, mostrando existir pouco entendimento de seu trabalho fora da parte teórica de investigações sobre o tema.

Para entender esses aspectos, perguntei aos participantes antropólogos do estudo se eles tinham claro o seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas e a maioria deles disse que sim. Entretanto na hora de descrever como seria esse trabalho, alguns, ficaram um pouco confusos. Por exemplo, a maioria dos profissionais entrevistados, apesar de considerar importante um trabalho interdisciplinar com um antropólogo integrado, não sabia exatamente a função que eles teriam dentro de uma equipe de cirurgia plástica. Inclusive, um dos antropólogos entrevistados desconhecia qual seria o seu papel de uma maneira aplicada, pois possui uma perspectiva muito mais teórica. O discurso da antropóloga confirma:

Dada sua vocação holística, um antropólogo poderia especializar-se em qualquer área do que fazer humano e poderia contribuir na mesma. No caso concreto das cirurgias plásticas, considero que os antropólogos poderiam ajudar a conscientizar a população sobre os benefícios e problemas derivados das cirurgias, ainda que certamente o labor mais importante deve ser realizado pelo psicólogo ao estudar o caso individual do paciente. (Antropóloga, Barcelona)

Nesse discurso, nota-se que existe uma falta de conhecimento de como um antropólogo poderia atuar diretamente numa equipe interdisciplinar. O antropólogo pode atuar não só apontando os benefícios, mas também explicando sobre os problemas em saúde e em como a diversidade sociocultural poderia influir na realização de cirurgias plásticas tanto para a população como para os profissionais que estão envolvidos com essas práticas. Sem embargo, uma psicóloga de Barcelona disse que leu estudos de antropologia e pensa que podem ser muito relevantes para um trabalho interdisciplinar:

E sem dúvida a antropologia é importante na equipe, eu não sei tecnicamente, mas vendo estudos assim, acho que podem aprofundar muito essas questões do ser, do homem e das demandas. Eu acredito muito que ela possa contribuir bastante com pesquisas sobre essa coisa

do culto, dos desejos eu acho que a antropologia pode unir muito essa questão do homem e dos seus desejos e acho que existem muitos estudos que falam disso. (Psicóloga, Barcelona)

Neste sentido, a antropóloga do Rio de Janeiro apontou que seria muito enriquecedor uma equipe de cirurgia plástica que integrasse um antropólogo, pois esse profissional seria um elo entre a medicina e a sociedade trazendo os resultados de seus estudos para o uso da saúde pública. Ou seja, apesar de ter uma visão teórica, essa antropóloga afirma que os conhecimentos obtidos em pesquisas podem ser usados posteriormente de maneira aplicada no âmbito da saúde.

Além disso, o antropólogo poderia atuar como um conselheiro dos profissionais quando alguma questão socioculturais interfere nos procedimentos cirúrgicos de rotina. Para isso, o antropólogo deve ser um profissional muito especializado e atento ao meio em que trabalha, pois, assim como afirma Bourdieu (2007), compreender as diferenças das noções de corpo de cada classe social pode ser decisivo na hora de interpretar um comportamento que pode afetar a saúde e o bem-estar do indivíduo.

Desta maneira, conforme foi visto nesse estudo, entende-se que o trabalho de um antropólogo dentro de uma equipe de cirurgia plástica ainda não está sendo implementado, mas que poderia ser uma solução rápida para os diversos problemas sociais que se incorporam no desejo, na recuperação e na aceitação do indivíduo que busca esses procedimentos cirúrgicos. No entanto, o maior labor do antropólogo nas sociedades modernas ainda seria o de promover um maior reconhecimento de sua importância dentro dessa área de trabalho de uma maneira aplicada e não somente através de materiais teóricos, como foi demonstrado nessa investigação.

Por outro lado, os psicólogos tinham bem claro qual era o seu papel dentro de uma equipe de cirurgia plástica, mesmo que esses profissionais não estivessem incluídos na maioria das clínicas e equipes de cirurgia plástica:

Eu acho que o meu papel dentro da psicologia seria discutir casos, a expectativa do paciente,

levar questões da personalidade do paciente, de estimulá-lo. Enfim acho que têm vários pontos que quando a gente está falando com uma pessoa e buscando uma harmonia, é isso que eu vejo, de pegar o ser humano como um todo. Não tornar a coisa automática porque isso acaba sendo um incentivo ao paciente e quando tu não conversa e torna muito mecânico é ruim. (Psicólogo, Rio de Janeiro)

Os fisioterapeutas também tinham bem definidos qual o era o seu papel em relação às cirurgias plásticas. Contudo, os fisioterapeutas entrevistados eram especialistas em dermatofuncional e possuíam um conhecimento maior na área. Não se sabe, se outros fisioterapeutas sem essa especialização também teriam esse entendimento.

O meu papel é devolver aquele indivíduo o mais rápido possível para a vida dele normal, tirar ele do repouso, fazer com que ele fique bem e que eu consiga potencializar os resultados da cirurgia. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

O papel do fisioterapeuta é importante na cirurgia plástica fazendo com que o paciente sofra o menos possível conseguindo que os tecidos voltem a sua normalidade com o menor tempo possível. Os tratamentos terão como o objetivo voltar a recuperar o bom funcionamento do organismo depois da cirurgia através de diversas técnicas dependendo do objetivo que se queira conseguir. Tanto o fisioterapeuta como os demais profissionais integrantes do tratamento devem colaborar juntos para obterem objetivos comuns (Fisioterapeuta, Barcelona)

Eu acho que é claro, tem a drenagem, ver a função do paciente, do movimento, de resgatar o movimento que vai se perder. E não deixar ficar com edemas verificando os nódulos linfáticos, eu acho que é a visão de todo o corpo em si de voltar a função que tinha antes. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Para finalizar, ficou evidente nas entrevistas que os profissionais que mais conhecem o seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgia plástica são os próprios cirurgiões plásticos, talvez pela sua atuação direta com os pacientes ou pela história da medicina que há séculos vem esclarecendo o trabalho do médico. Os médicos cirurgiões plásticos respondiam que o seu papel era o de ser um mediador entre um desejo e uma realidade e que para isso, eles deveriam ser racionais usando o conhecimento científico, o domínio técnico, a seriedade e a responsabilidade.

O papel do cirurgião plástico é ser um mediador de sonhos e desejos. Quando o paciente chega no consultório, não somos mágicos, mas devemos saber se é possível ou não transformar esse sonho/desejo em realidade. Devemos ser racionais, realistas, moderadores e sensíveis para interpretar intenções e saber se poderemos indicar ou não uma cirurgia plástica.

(Cirurgião Plástico, Rio de Janeiro)

Quando o médico abordou o termo “mediador de sonhos” ele acabou remetendo a medicina as suas origens históricas onde a medicina era comparada com a magia e o médico era visto como um descendente de feiticeiros e curandeiros (Frazer, 1999). Neste sentido, Sebastiani & Maia (2005) apontam que para que os médicos compreendam o seu papel, devem entrar no imaginário dos pacientes recordando que a doença pode, em diversas culturas, ser percebida como uma punição, que resulta na introdução de um elemento maléfico e estranho no corpo, que pode ser a feiúra, um estigma ou até mesmo a perda do bom senso.

Para esses autores, é comum que este lado mágico ainda esteja presente no imaginário de muitos indivíduos que buscam cirurgias plásticas, pois, muitas vezes, a simples consulta com o cirurgião plástico faz como que a pessoa se sinta melhor e com mais autoestima. Também afirmam que este lado mágico pode levar o indivíduo a enxergar o médico com reserva, prudência e desconfiança. Ademais, o respeito perante o médico está consequentemente associado ao acesso desse profissional aos segredos da vida, da morte, do corpo e até do sexo dos pacientes. Sem embargo, esses autores evidenciaram que a diferença na forma de interpretar o processo cirúrgico e a relação cirurgião-paciente, demonstrou que os pacientes apresentavam uma visão mais emocional e afetiva enquanto os cirurgiões plásticos eram mais racionais e técnicos. O mais surpreendente deste estudo foi que, embora os profissionais envolvidos estivessem no mesmo processo de comunicação, médicos e pacientes não foram efetivamente capazes de comunicarem-se claramente uns com os outros.

Outro aspecto que também observado foi que os médicos não se consideravam os líderes das equipes interdisciplinares, mas se viam como os principais profissionais para que esse equipe funcionasse. Isto porque, segundo eles, geralmente era ao redor de suas clínicas ou de suas equipes

cirúrgicas que o trabalho interdisciplinar ocorria. No entanto, nem sempre os profissionais eram funcionários dos médicos, podendo ser autônomos, sócios ou funcionários do hospital. Porém, na maioria dos casos, eles possuíam um contato direto com o médico que organizava as agendas e buscava estabelecer uma equipe. A frase citada por um dos cirurgiões plásticos de Barcelona explica isso:

Se é para colocar os profissionais em ordem de atuação eu colocaria primeiro o médico Cirurgião Plástico, logo as Enfermeiras e os técnicos, o Anestesiista, o Fisioterapeuta, a Psicóloga e talvez um Antropólogo se fosse uma super equipe completíssima, coisa que quase não ocorre. (Cirurgião Plástico, Rio de Janeiro)

Esse discurso, descrito na figura 5, mostra a ordem de atuação dos profissionais nas cirurgias plásticas encontrada no estudo, com o cirurgião plástico na base da pirâmide e o antropólogo por último, quando entrava em uma equipe interdisciplinar.



Neste sentido, observa-se que na equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas, o médico está no topo da pirâmide e o antropólogo é profissional menos envolvido nesse processo. Nesse mesmo contexto, Mello et al (1992), criaram uma classificação dos cirurgiões diante dos seus grupos demonstrando que os traços mais evidentes da sua personalidade eram: o exibicionista, o neurótico, o displicente, o anatomista e o inseguro de si próprio.

Essa caracterização proposta por esses autores auxilia na compreensão de determinados padrões

de comportamento dos médicos que podem influenciar na sua relação com o paciente, na própria postura do cirurgião numa equipe interdisciplinar e nos estereótipos que são passados aos acadêmicos na graduação ou residência, sobre o que é ser cirurgião. Entretanto, deve-se destacar, que nem todos os médicos cirurgiões se enquadram nesta tipologia, mas considera-se interessante que se conheçam todos os aspectos que possam influenciar no trabalho de uma equipe interdisciplinar que busca redimensionar os critérios de cuidados e os protocolos de procedimentos em pré, trans e pós-operatórios.

A frase da antropóloga resume o que pude observar nesse estudo a respeito do trabalho interdisciplinar dos profissionais envolvidos com cirurgias plásticas:

Pese a que em todas estas profissões possuem ramos relacionadas com o corpo e a estética do mesmo, acredito que existe pouca relação entre esses coletivos profissionais, o qual deriva em prejuízos aos pacientes que não recebem os tratamentos pré e pós-operatórios adequados. (Antropóloga, Barcelona)

Observa-se que, apesar de existir uma relação entre os profissionais, existe um trabalho mais multidisciplinar que interdisciplinar porque a maioria dos participantes faz o seu trabalho independente, mesmo trabalhando na mesma clínica. Nota-se que pode haver discussões de casos, mas que poucas são as mudanças de condutas em casos de intercorrências operatórias, pois cada um faz o seu trabalho individualizado (cirurgiões plásticos, fisioterapeutas, psicólogos e antropólogos), sem acrescentar para a equipe um novo conhecimento usado por todos na solução dos problemas. Isso porque, geralmente, os problemas são resolvidos primeiro pelo médico e logo pelos outros profissionais em questão, sem uma solução integral de toda a equipe, pois, de acordo com um paciente do Rio de Janeiro “cada profissional vende o seu peixe”.

Ademais, os profissionais da saúde e os cirurgiões plásticos, principalmente, sofrem com pressões dos pacientes de conseguir um resultado estético com excelência, porém necessitam impor alguns limites diferenciando a realidade das expectativas. O avanço do conhecimento dos

profissionais da saúde podem provocar certos conflitos que, muitas vezes, dificultam o exercício das suas funções técnicas e, sobretudo, na adequada harmonização das equipes interdisciplinares de saúde (Sebastiani & Maia, 2005). O modelo biomédico cobra o pleno domínio do conhecimento, mas de certa forma, impõe a formação de especialidades que fracionam as ações em saúde e consequentemente negam a possibilidade de um modelo biopsicossocial completo.

Portanto, pensa-se que as ações integradas e interdisciplinares ainda padecem de amadurecimento enquanto modelo de trabalho, pois na própria formação dos profissionais de saúde existe uma hierarquização que dificulta o relacionamento interdisciplinar dos profissionais que trabalham com cirurgias plásticas. Ou seja, o trabalho interdisciplinar ainda precisa associar e usar as informações de todos os profissionais envolvidos com a prática de cirurgias plásticas para obtermos assim uma eficiente atenção às demandas sócio-sanitárias das pessoas que buscam operar-se.

6.4 O que as cirurgias plásticas representam no Rio de Janeiro e em Barcelona

“A cirurgia plástica é uma estratégia sociocultural empregada por alguns indivíduos para corrigir algum elemento corporal que não lhe agrada”. (Antropóloga, Barcelona)

A frase acima, dita por uma antropóloga espanhola, representa uma descrição das cirurgias plásticas a partir de um âmbito cultural. Deste modo, pensando-se ser interessante conhecer as diferentes percepções dos participantes acerca das cirurgias plásticas, considero oportuno descrevê-las comparando os discursos obtidos no Rio de Janeiro e em Barcelona. Apesar de tratar-se de cidades localizadas em países distantes, existe uma similaridade entre essas cidades pelo clima quase sempre quente e por tratar-se de cidades costeiras e cheias de praias e também, grandes metrópoles com uma população considerável e um grande número de cirurgiões plásticos registrados (SBCP, 2017; SECPRE, 2017).

Entretanto, ademais do grande número de cirurgias plásticas em ambas cidades, as diferenças de comportamentos e da cultura mostrou-se bastante relevante. A primeira delas, que despertou-me grande curiosidade, está relacionada com a maneira que a maioria dos participantes falou sobre as cirurgias plásticas. Na Espanha, notei que existia uma certa resistência em aceitar esse procedimento como algo puramente estético, diferentemente do Brasil.

Digamos que aqui na Espanha não é tão fácil, não nos educaram desde pequenos para se te apetece fazer uma cirurgia tu faz, se tens dinheiro, pois empregamos em outra coisa. Então nunca nos preocupamos assim, esse chip não temos, mas mesmo se me sobrasse o dinheiro e eu pudesse fazer todas as cirurgias do mundo eu não faria porque penso que estou contente com o meu corpo e para me meter num bloco cirúrgico eu prefiro que seja por outra coisa que por meu aspecto físico, por questões de saúde ou o que seja. Em plano de bloco aqui na Espanha relacionamos com coisas de vida ou morte e não com aspectos físicos. (Paciente que não fez, Espanha)

Acho que o Brasil é um pouco fútil e as pessoas são muito superficiais com isso, deveriam pensar em outras coisas mais importantes, um dia todos serão velhos e isso não podemos mudar. (Paciente que fez, Brasil)

Para a maioria dos participantes de Barcelona, as cirurgias plásticas devem ser realizadas apenas em caso de real necessidade por algum acidente ou uma má-formação congênita, ou seja, aprovam somente a cirurgia plástica reconstrutiva: “eu acho que se uma pessoa sofre um acidente e quer voltar a ter a cara que tinha antes, eu nisso apoio uma cirurgia plástica” (Paciente, Espanha). Quando o motivo da cirurgia é somente para melhorar a aparência, aparecia um certo tabu e distanciamento para quem não a fez e, ao mesmo tempo, uma espécie de vergonha para quem fez, já que a maioria das pessoas entrevistadas mentia e escondia que havia se submetido a uma operação por vaidade. Os indivíduos eram taxados de fúteis e superficiais por não pensarem nos riscos que uma cirurgia pode provocar:

Aqui (Barcelona), os pacientes não gostam de dizer, é uma vergonha, te apontam de forma má, te criticam, por que essa pessoa fez? De fato teve uma paciente que não queria por nenhum motivo, ela operou a face, uma senhora maior e pediu para baixar pelo sótão. Imagina que aqui não tinha ninguém e ela dizendo: 'não quero que ninguém me veja saindo daqui, nem os vizinhos'. Saiu super coberta e baixou pelo sótão para seu carro. Nós dizíamos 'aqui não

tem ninguém, não passa nada', mas ela dizia 'não, não, não'. Isso é da própria pessoa que é marcada pela sociedade de que falarão mal dela, é um tabu. E no Brasil eu vejo que as mulheres querem que se notem a cirurgia, parece que é um símbolo de poder, de que tenho dinheiro, de status social, etc. Eu acho que é muito mais pressão de se cuidar lá (Brasil) do que aqui (Barcelona). E mais que tudo aqui em Barcelona as mulheres não se maquam, são supernaturais, é a cultura. (Cirurgiã Plástica, Barcelona)

Já no Brasil, a maioria dos participantes comentou que as cirurgias plásticas são procedimentos comuns, principalmente no Rio de Janeiro. A pressão de estar em forma é maior que qualquer sacrifício e as cirurgias se tornam uma alternativa corriqueira. Além disso, os participantes diziam que se sentiam orgulhosos em falar para as suas amigas que fizeram ou que iriam submeter-se a uma cirurgia plástica como um status social que demonstrava um determinado poder aquisitivo. Também trocavam experiências, indicações de médicos e mostravam os resultados cirúrgicos como uma forma de comparação e de incentivo.

Sobre esse aspecto, Edmonds (2007) e Bourdieu (2007) escreveram apontando que a beleza e o corpo no mundo moderno são considerados produtos de consumo, pois a cada dia torna-se mais comum agregar valor ao corpo, seja pelos acessórios externos, seja pelo procedimento cirúrgico. O corpo bonito passa a ser a maior vitrine do indivíduo que vive numa sociedade de imediatismo e em que as aparências e as relações são, geralmente, baseadas no aspecto físico. A brevidade das mesmas impede que se crie um vínculo maior em que se possa conhecer aspectos da personalidade das pessoas.

Neste sentido, Le Breton (2006) também afirma que o conceito de beleza das sociedades modernas projeta mensagens impregnadas de marketing representando o corpo como um capital simbólico em que sempre é possível transformar-se e moldar-se aos padrões estimulados pela indústria cosmética, têxtil e estética. As cirurgias plásticas são alternativas rápidas para adquirir o corpo que também é descrito como capital por Goldenberg (2011).

Essa mesma autora, Goldenberg (2007), também escreveu refletindo que cada indivíduo é

responsável ou culpado pela sua juventude, beleza e saúde. Ela considera, assim como foi relatado pelos participantes do Rio de Janeiro, que os indivíduos devem buscar realizar as correções necessárias de suas imperfeições, relacionando os resultados de sua aparência ao seu êxito pessoal. Nesta mesma linha, Antonio (2008) associa a pressão social ao fato de que a pessoa deve lutar para obter a aparência desejada, como se fosse um imperativo moral. Nas entrevistas foi visto que apesar de existir uma liberação corporal, esse tal imperativo moral citado por Antonio, influi nos modelos corporais que os sujeitos tentam seguir.

Outra diferença, diz respeito as expectativas dos pacientes. Os espanhóis de Barcelona buscam resultados mais naturais com seios menos volumosos, por exemplo. Por outro lado, as cariocas do Rio de Janeiro querem chamar a atenção e exibir as suas novas formas. Uma paciente no Rio de Janeiro que fez duas vezes mamoplastia de aumento, porque o primeiro resultado lhe parecia muito natural e quase igual ao anterior peito, demonstra que essa constatação é coerente:

Eu fiz no nariz e no seio. Duas vezes eu coloquei próteses, primeiro eu aumentei e depois eu fiz a segunda vez. E no nariz eu ia fazer já certo, o meu nariz era torto e eu já aproveitei e fiz a plástica, mas não me incomodava muito apesar de eu ver muita diferença depois que eu fiz. E o seio porque eu não gostava eu achava o ele muito pequeno então eu coloquei e depois eu continuava achando ele pequeno e botei a segunda vez. Eu só tenho receio quanto a lipo que eu acho muito agressivo, mas eu faria outras cirurgias sim. (Paciente, Rio de Janeiro)

Ademais, no presente estudo percebeu-se que existe uma certa preocupação das entrevistadas, tanto do Rio de Janeiro como de Barcelona, em justificar a insatisfação que sentiam em relação ao corpo, pois todas explicavam que fizeram a cirurgia plástica nos seios por considerarem que eram desproporcionais em relação à sua estrutura corpórea ou que devido à amamentação ficaram com uma aparência feia ou que já não eram tão bonitos quanto os seios das suas amigas e por isso se sentiam inferiores.

O tamanho do meu seio me incomodava, eu achava ele pequeno demais para o meu corpo, as roupas que usava não me favoreciam, eu usava sempre com enchimentos do sutiã e pouquíssimas roupas que não precisava usar o sutiã, mas eu queria aquele volume. Eu achava

que eu era até inferior que as minhas amigas. (Paciente que fez cirurgias, Rio de Janeiro)

Na fala acima, é possível verificar a insatisfação em relação aos seios, que também apareceu no discurso de outras participantes. Além disso, esse sentimento de inferioridade, revelado pela participante diante das outras mulheres, também apareceu no decorrer de outras entrevistas. Deste modo, pode ser apontado como o resultado da busca incessante por modelos de beleza irreais em sua maioria, pois, observamos que a todo momento a mídia mostra imagens de modelos que obtiveram êxito em sua trajetória para que sejam imitados e prestigiados assim como aponta Mauss (1979) que é através da “imitação prestigiosa” que os indivíduos de cada cultura constroem seus corpos e comportamentos.

Também existe uma associação do corpo, principalmente dos seios, com a feminilidade uma vez que devido a todo um processo histórico a beleza vem sendo intimamente relacionada à mulher bonita e sensual ao passo de que a feiura vem sendo apontada como forma de descuido (Goldenberg, 2005). Quanto às participantes que possuem filhos e realizaram a mamoplastia, os seus discursos direcionaram-se para a ideia de que a cirurgia serviu como uma forma de reparação dos seios que depois da amamentação foram “desconfigurados”, sendo a cirurgia colocada por uma das participantes como uma necessidade.

Outra diferença encontrada refere-se ao preço das cirurgias plásticas. Na Espanha, geralmente, essas operações custam mais caro que no Brasil. Fato esse, que faz com que muitas pessoas transexuais realizem as cirurgias de redesignação sexual em outros países como a Tailândia, por exemplo (SIC⁴²). Segundo, a cirurgiã plástica de Barcelona uma faloplastia particular em Barcelona custa em média trinta mil euros e uma vaginoplastia vinte mil, e mesmo sendo cara, ela recebe pessoas de toda a parte do mundo. Já as cirurgias de mamoplastia de aumento e rinoplastia estão entre dez e quinze mil euros (SIC). Esses dados estão coerentes com o discurso de uma participante:

42 SIC: Segundo Informações Coletadas.

(...) na Tailândia é uma passada, as pessoas fazem grupos e vão se operar lá por até mil e duzentos euros, muito mais barato. E a parte disso, como eles são médicos tão investigadores, são tão especialistas que fazem o melhor possível. Por exemplo, me comentaram aqui que o um cirurgião poderia conseguir até 5 pontos de sensibilidade na cirurgia de redesignação, mas é cara. Cobram oito mil o silicone e mudança de sexo de vinte a trinta mil euros. É como em Colômbia ou em Brasil com toda uma equipe.(Paciente, Barcelona)

Ainda nesse contexto, uma outra participante do estudo, que mora em Barcelona, disse que fez uma lipoaspiração no Peru, pois é seu país de origem e o preço foi mais acessível. Ela disse que mesmo tendo que comprar as passagens de avião foi mais barato fazer lá. Também comentou que confiava mais nos cirurgiões plásticos de seu país que nos espanhóis, pois, segundo ela, aqui não tinha nenhuma amiga que fez uma cirurgia plástica para ver os resultados e no Peru ela tinha várias, até mesmo de pessoas famosas que haviam se operado com o seu cirurgião plástico. Ademais, a participante ficou tão contente com o resultado cirúrgico que comentou comigo que já tem vontade de fazer outra cirurgia plástica e que quando achar que realmente necessita vai até o Peru novamente.

Com relação ao valor da cirurgia plástica, observou-se o preço na Espanha varia entre 2.900 e 9.000 euros⁴³ e no Brasil varia de 5.000 até 20.000 reais, além disso, nesses dois países, existe uma grande quantidade de turistas que vem apenas para opera-se tanto pelo preço como pela especialização dos médicos (De Freitas, 2010).

Por outro lado, outro aspecto que me chamou a atenção quando conversei com um médico participante do estudo foi que ele me disse que na Espanha as mamoplastias de aumento com próteses de silicone costumam ser colocadas por baixo do músculo e que muito raramente por cima. Já no Brasil, a cirurgia plástica que entrevistei me disse justo o contrário, que a maioria dessa mesma cirurgia plástica é feita por cima do músculo peitoral. Esse aspecto coincide com o comentário anterior da cirurgia plástica de Barcelona que falou que as mulheres espanholas buscam

43 Sedeño, E. P. | UNA TALLA 100, POR FAVOR!. Disponível em:
<http://www.oei.es/historico/congresoactg/memoria/pdf/PerezSedeno.pdf>

uma aparência mais natural e os peitos com menos volumes.

Segundo a ISAPS (2016)⁴⁴, a cirurgia plástica mais realizada no mundo é a mamoplastia de aumento com a colocação de próteses de silicone representando 15,4 % de todos os procedimentos com um total de 1.488.992 cirurgias plásticas realizadas no ano de 2015 em todo o mundo. Sem embargo, essa pesquisa não especifica a diferença da colocação da prótese de silicone na mamoplastia de aumento, se é por cima ou por baixo do músculo peitoral. Também não apresenta a diferença da cirurgia entre o Brasil e a Espanha. Porém, de acordo com esse mesmo estudo, o Brasil encontra-se como o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas e a Espanha como o décimo terceiro país.

Não posso deixar de comentar um aspecto interessante que os participantes me relataram nas entrevistas relacionado com a cirurgia plástica na orelha ou a otoplastia. Enquanto em Barcelona uma paciente me disse que fez essa cirurgia quando era criança porque seus pais consideraram que era algo importante e que lhe iria prejudicar na escola pelos *bullyings*, no Rio de Janeiro uma paciente que supostamente não havia realizado nenhuma cirurgia plástica, logo antes de começar essa entrevista comigo, lembrou-se de que tinha realizado essa cirurgia quando tinha vinte anos e que já não lembrava, sendo desconsiderada da amostra.

Porém, o que me chamou a atenção foi que os pais da criança na Espanha estavam preocupados com a aparência da filha antes mesmo dela sentir a necessidade de operar-se. A identidade da participante ainda estava em construção e ela não podia decidir por si só, sendo nesse momento, a decisão dos pais imperativa a respeito da submissão a uma cirurgia plástica. Antes dos 18 anos, no Brasil, o sujeito precisa da autorização dos pais ou responsáveis para a realização de um procedimento cirúrgico e na Espanha antes dos 16 anos de idade.

Por outro lado, a participante brasileira considerou a sua cirurgia tão natural e necessária que

44 Disponível em” <https://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2016%20ISAPS%20Results.pdf>

nem mesmo ela lembrava que tratava-se de um procedimento estético. Ela naturalizou a cirurgia como sendo algo que já fazia parte do seu corpo e de sua identidade que nem mesmo ela representava o procedimento como uma cirurgia plástica. Neste sentido, parece que essa participante incorporou a cirurgia plástica como sendo um tipo de *embodiment* citado por Csordas (1994).

6.5 Os problemas biopsicossociais das cirurgias plásticas

Durante o trabalho de campo, eu pude averiguar que existiam três categorias para os problemas relacionados com as cirurgias plásticas: biológicos, psicológicos e sociais. O primeiro deles possui um caráter biológico, pois refere-se às alterações anatômicas e químicas que ocorrem no corpo no período trans e pós-operatório de uma cirurgia plástica. Quando o organismo do paciente não responde da maneira esperada pela equipe médica e a cicatrização torna-se lenta, podem aparecer intercorrências cirúrgicas indesejadas.

Dentre elas, as mais comuns são as relacionadas com a qualidade da cicatrização. Quando uma pessoa não fez uma cirurgia anterior, fica difícil para os cirurgiões plásticos identificarem a tendência de desenvolver quelóides, cicatriz hipertrófica, entre outras. Deste modo, eles costumam avaliar o paciente identificando as probabilidades de surgir algum problema através da experiência clínica e também pelo tipo de pele do sujeito já que algumas etnias são mais propensas que outras.

Dentre as complicações pós-cirúrgicas mais comuns relacionadas com as cirurgias plásticas encontram-se os hematomas, seromas, infecções na cicatriz cirúrgica, deiscência, necrose cutânea e gordurosa, alterações cicatriciais, assimetrias, retrações, cicatriz quelóide, dormência ou formigamento, sangramentos, entre outras (Guirro & Guirro, 2004). Além disso, de acordo com

Borges (2010), os pacientes no período pós-operatório de cirurgias plásticas apresentam uma certa ansiedade em ver os resultados rapidamente, mas que a aparência dos tecidos em recuperação, no entanto, os desanimam e os entristecem. Também deprimem-se pela dor devido à grande quantidade de edema e inflamação, que são comuns no processo de reparo.

Além disso, a indicação dos tratamentos pós-operatórios de cirurgia plástica estética é muito importante para os próprios pacientes, pois eles são exigentes e não suportam qualquer tipo de complicação ou transtornos promovidos pela cirurgia. Desta maneira, quando esses tratamentos pós-operatórios não são indicados ou são encaminhados tardiamente (após 25 ou 30 dias de cirurgia) podem privar o paciente de obter uma recuperação rápida e com menos sofrimento físico, e talvez psicológico, além de poderem comprometer o resultado final da cirurgia sem os cuidados necessários (Lisboa, 2003).

Acho que o cirurgião mais se preocupa é que o paciente tenha uma cicatriz de boa qualidade. O que a gente quer é uma boa cicatrização, evitar que o paciente vai fique com uma cicatriz queloidiana, hipertrófica, pois a gente tem uma população com risco maior pela miscegenação, mas enfim não é tão frequente, e a gente até consegue identificar, antes, mas pode acontecer. (Cirurgiã Plástica, Rio de Janeiro)

Ademais, se o indivíduo é fumante, as chances de uma má cicatrização ou de uma deiscência da cicatriz aumentam de maneira importante. Sem falar na importância de conhecer os hábitos de vida do paciente que se submete a cirurgia plástica como a alimentação, atividades físicas e profissão, por exemplo.

Outra preocupação biológica comum dos médicos diz respeito às trombozes, rejeições, infecções e à formação de seromas e hematomas. Essas complicações, nem sempre, dependem do trabalho do cirurgião plástico, pois podem ser ocasionadas por uma reação espontânea do corpo do indivíduo diante de uma intervenção cirúrgica. Entretanto, algumas precauções, como seguir os protocolos médicos de cirurgia, podem minimizar os riscos do surgimento desses problemas, como uma boa

análise dos exames laboratoriais prévios a cirurgia, a indicação de antibióticos no pós-operatório e a indicação de cuidados específicos como repouso, higiene, boa alimentação, entre outras indicações dependendo do tipo de cirurgia. A frase abaixo identifica isso:

Na embolia eu até estou mais tranquilo porque a gente tem protocolos de prevenção que se baseiam em fatores de risco. Então usamos um anticoagulante e geralmente quando tem risco moderado vai ser feito doze horas depois da cirurgia ou em casos graves é feito até no pré-operatório uma ou duas horas antes da cirurgia. Então, seguindo esse protocolo e às vezes também com pressão pneumática, deambulação precoce e meias de compressão. Mas, o receio maior da cirurgia é a anestesia geral. Eu acho que o cirurgião se preocupa mais com uma cicatriz de boa qualidade, o que a gente quer é uma boa cicatrização, se o paciente vai ficar com cicatriz queloidiana, hipertrófica, temos uma população com risco maior pela miscegenação, mas enfim não é tão frequente e a gente até consegue identificar, antes, mas pode acontecer. Então a nossa preocupação é isso e acho que muito a satisfação do paciente, pode estar uma cirurgia linda e estar super feliz e tudo boca a boca e nesse entendimento do que ele vai ter de ele se satisfazer. (Cirurgiã Plástica, Rio de Janeiro)

Considera-se que o tromboembolismo venoso (TEV) com conseqüente embolia pulmonar é uma das complicações pós-cirúrgicas mais temidas que pode ser evitada com o conhecimento de sua fisiopatologia e algumas medidas preventivas simples. Neste sentido, deve-se saber que a fisiopatologia dos fenômenos tromboembólicos consiste na Tríade de Virchow que consiste em estase venosa, lesão de endotélio e hipercoagulabilidade. A presença desses fatores pode levar à trombose venosa profunda (TVP) e a logo à embolia pulmonar, esta última com índice de mortalidade de 40 a 50% (Elias & Fiessinger, 1995).

Desta maneira, são importantes a prevenção e o diagnóstico precoce. Segundo dados da *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), ocorrem 18.000 casos/ano de TVP em pacientes submetidos à cirurgia plástica (Pitanguy et al, 2010). De acordo com o trabalho de Pitanguy et al (2010), o grande número de TVP decorre do aumento da quantidade de cirurgias plásticas realizadas em todo o mundo o que aumenta a possibilidade de complicações deixando o cirurgião plástico mais vulnerável. A frase do cirurgião plástico entrevistado também concorda com essa

informação:

A complicação é uma coisa estatística, todos vão ter no momento que operam um volume X, as mais graves você sempre tenta evitar que é trombose e tromboembolismo. Hoje em dia usa aquela meia antitromboótica, se põe uma bomba de compressão, tem uma serie de fatores que todos os cirurgiões tem que estar atentos para evitar coisas mais graves. Então as complicações vão diminuindo, mas obviamente como a gente opera muito, uma coisinha ou outra, que não é tão grave, sempre vai ocorrer. (Cirurgião Plástico, Rio de Janeiro)

Para evitar essas complicações, tem-se utilizado protocolos de prevenção de TEV. Na antiga Clínica Ivo Pitanguy esse protocolo se mostrou um eficaz instrumento de prevenção com uma redução substancial de casos de TVP ou TEP. Ademais, a redução da incidência de hematomas com necessidade de revisão em centro cirúrgico foi reduzida (Pitanguy et al, 2010). A cirurgiã plástica da equipe do Pitanguy do Rio de Janeiro também falou sobre esses protocolos: “a gente tem protocolos de prevenção que baseia em fator de risco, se usa um anticoagulante e quando tem risco moderado vai ser feita 12 horas depois da cirurgia ou em casos graves é feito no pré-operatório 1 ou 2 horas antes da cirurgia.”

Portanto, mais uma vez, a consulta inicial do médico cirurgião plástico através de uma boa avaliação, pode detectar pacientes que não estão com boa saúde física, com propensão a complicações, e mental para que se comprometa com a sua recuperação. De acordo com um cirurgião plástico do Rio de Janeiro, quando um paciente busca uma lipoaspiração e não se compromete, quando necessita perder peso para poder realizar a cirurgia, ele entende que essa pessoa também não se cuidará no pós-operatório, muitas vezes, negando a indicação cirúrgica.

De forma resumida, a Cirurgiã Plástica de Barcelona explicou que existem complicações de tipo cirúrgicas e não-cirúrgicas. Para ela, as cirúrgicas, geralmente, são intra-operatórias e imediatas como uma hemorragia, uma perfuração de um órgão ou uma lesão nervosa. Já as tardias podem ser resultantes de complicações anestésicas, trombooses, técnica mal feita, entre outras. No entanto, as não-cirúrgicas referem-se aos cuidados do pós-operatório e dependem da responsabilidade e do

comprometimento do paciente.

Por outro lado, também encontramos os problemas psicológicos dos pacientes que interferem diretamente na satisfação do resultado da cirurgia plástica. A dificuldade mais citada pelos participantes do estudo, portanto, foi a expectativa irreal dos pacientes em relação à cirurgia plástica.

De acordo com uma psicóloga do Brasil: “o principal problema das cirurgias plásticas tem a ver com a expectativa irreal do paciente e do resultado técnico não alcançar essa expectativa”. Além disso, para ela, o trabalho do psicólogo é importante tanto no pré-operatório, para avaliar as expectativas do paciente, como no pós-operatório, para incentivar os cuidados do paciente e a assegurar a sua adaptação e volta à sociedade:

Acredito ser importante o tratamentos psicológico no pré- operatório trazendo o aspecto da psicologia de que é muito importante entender e saber o que o paciente está pensando, a questão da expectativa, de saber o que ele vai passar. Penso também que a questão psicológica tem a ver com o incentivo no pós do paciente, por exemplo, não só na cirurgia que fez e acabou, mas nos tratamentos que ele terá que fazer, principalmente na questão da fisioterapia, dele cuidar desse lado, pois isso está atrelado aos bons resultados também. Podemos ter uma vinculação e dar uma escuta para essa pessoa que talvez possa ter uma aderência melhor aos tratamentos no pós-cirúrgico, enfim no amplo cuidado que ele tem que ter. (Psicóloga, Rio de Janeiro)

Além disso, as expectativas irreais dos pacientes que não foram alcançadas poderão gerar níveis importantes de insatisfação ao paciente que não se contenta com o resultado cirúrgico. Neste sentido, a antropóloga espanhola afirma que:

Ademais das complicações que podem derivar-se de qualquer cirurgia, nas cirurgias plásticas se acrescenta a complicação dos níveis de satisfação estética do paciente. Dentro do mundo da estética em geral, é bem sabido que o prazer e o gosto estético é variável assim para o cirurgião que realiza a operação pode estar belo, mas pode estar horroroso para o paciente, lhe causando problemas de insatisfação corporal. (Antropóloga, Barcelona)

Deste modo, Edmonds (2009), afirma que a sociedade influi de maneira importante nos aspectos psicológicos dos pacientes que buscam cirurgias plásticas utilizando uma frase dita por Pitanguy

“O cirurgião plástico é um psiquiatra com um bisturi na mão” (1976, p.120). Para ele, muitos casos de pacientes que realizam cirurgias plásticas costumam ser mais psicológicos do que realmente corpóreos. Além disso, assim como foi visto nas minhas entrevistas e também no estudo de Antonio (2008), alguns pacientes atribuem à cirurgia plástica uma cura, que cria uma falsa expectativa sobre a intervenção sendo um dos problemas biopsicossociais importantes.

Nesse caso, o indivíduo cria uma ilusão de que a cirurgia plástica poderá modificar totalmente as suas características físicas e étnicas, como querer ter o nariz de um artista, como também pensa que mudará a sua personalidade e a sua identidade antiga resolvendo assim aspectos da sua vida que estavam mal, como um casamento em crise, uma depressão, um emprego perdido, entre outros.

Pela experiência do cirurgião se pode detectar um transtorno porque não é bom operar um paciente quando as suas expectativas são muito altas, ou quando querem mudanças muito extremas, ou quando pacientes que trazem com fotos de pessoas de revistas e querem ser como tal pessoa, ou por defeitos que não se podem modificar. Aí se trata de transtornos dismórficos, ou também pacientes que requerem muitas cirurgias e se voltam como uma obsessão e encaminham as cirurgias plásticas como solução de seus problemas pessoais, por exemplo, 'se eu opero os peitos eu não vou me divorciar'. E esses pacientes nunca estão satisfeitos, então nós temos que ter um olho clínico para poder identificar. (Cirurgiã Plástica, Barcelona)

Outro problema psicológico apontado pela cirurgiã plástica foi os transtornos psicológicos que estão a cada dia mais comuns. O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) foi o mais citado, esse transtorno causa no paciente um frequente descontentamento com o resultado cirúrgico independente de estar de acordo com a expectativa do médico, mas principalmente pela insatisfação constante ocasionada pela enfermidade psicológica.

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), é caracterizado pela grande preocupação por um defeito na aparência que interfere nas relações sociais (Marques et al., 2011). Ou seja, é um transtorno psicológico que altera a percepção da imagem corporal fazendo com que a pessoa se veja da forma diferente da realidade. Este é um problema grave, já que a pessoa com a alteração da sua

percepção podem recorrer a cirurgias plásticas desnecessárias que nunca alcançarão a expectativa do paciente.

De Sousa & de Araújo (2014) revisaram os estudos acerca dos pacientes que possuem TDC e se submetem a cirurgias plásticas, concluindo que esses pacientes apresentam maiores preocupações com a saúde, algumas vezes próximas da psicose, se dedicando muito ao corpo. Os autores constataram que, em geral, existe uma insatisfação das pessoas com a aparência, mas que os pacientes com TDC se preocupam mais com as pequenas imperfeições.

Me chamou a atenção que uma participante que não fez cirurgias plásticas de Barcelona disse que em uma cirurgia sempre pode haver complicações, então, ela considera essencial que o cirurgião plástico antes da cirurgia explique os efeitos secundários e os riscos para que o paciente esteja informado e possa “arrepender-se até o último momento”. Neste mesmo sentido, uma antropóloga do Brasil disse que o arrependimento e a falta de saúde mental do paciente podem ser um dos principais problemas relacionados com as cirurgias plásticas.

Para essa profissional, o próprio culto ao corpo, de senso comum ou pessoal, pode ser considerado um exagero, pois gera diversas doenças psicológicas ligadas ao corpo demonstrando os seus excessos. Ademais, para ela, a mudança contínua da moda pode ser responsável por esse fenômeno social das cirurgias plásticas e de tantos distúrbios psicológicos, pois a tendência estética costuma ser momentânea e muda rapidamente.

Acredito que o próprio culto ao corpo seja um exagero, e não digo isso pelo senso comum, ou por gosto pessoal. Falo isso pois as doenças psicológicas ligadas ao corpo estão ali para atestar tal afirmação. Bulimia, anorexia, vigorexia entre outras, nos apresentam o momento sombrio ao que a sociedade atravessa nesse sentido. O problema para mim é o extremo em que este fenômeno se apoia, analisando de um modo geral. Porém, deve-se considerar também os casos de modo individual. (Antropóloga, Rio de Janeiro).

De acordo com Citro (2009), a presença social influi na formação de um modelo de beleza que, apesar de exaltar a liberdade e a autodeterminação dos corpos, acabou se transformando em um

instrumento de controle exterior. Assim, as representações da cultura na sociedade levam as pessoas a comparar os seus corpos constantemente uns com os outros o que faz com que muitas pessoas busquem cirurgias plásticas para apagar as diferenças. Sem embargo, esse culto ao corpo pode fazer com que as pessoas compartilhem ideais sociais de corpos e de beleza que nem sempre são reais criando expectativas ilusórias que nunca poderão ser concretizados levando a sentimentos de frustração (Galarza, 2004, p.85).

Por último, considerei os problemas sociais relacionando-os com o profissionalismo tanto do médico como dos fisioterapeutas que trabalham com cirurgias plásticas. Escutei inúmeras vezes que as complicações operatórias são normalmente causadas por médicos que não são cirurgiões plásticos capacitados e que eles não seguem os protocolos e acabam levando o paciente, no pior dos casos, à óbito em clínicas irregulares.

A gente vê, muita exposição e às vezes nem são cirurgias plásticas, mas são procedimentos estéticos com outros profissionais não-médicos ou médicos de outras especialidades. Hoje em dia até dentista está colocando botox, preenchimento de olheira. Então tem muito isso. Tem médicos estéticos, que não é uma especialidade reconhecida é um cursinho, que geralmente fazem procedimentos e às vezes eles vão para uma área que complica, que é de cirurgia, dizem vou fazer uma hidrolipo ou uma minilipo e essas coisas e acabam fazendo procedimentos cirúrgicos sem nenhum conhecimento e cuidados. (Cirurgiã Plástica, Rio de Janeiro)

Edmonds (2007), em seu estudo também realizado no Rio de Janeiro em um hospital público, aborda as questões da popularização das cirurgias plásticas. Para ele, existe uma dificuldade de acesso às cirurgias plásticas, mas, ao mesmo tempo, um grande desejo dos indivíduos com situação financeira desfavorável de sentirem-se bonitos com a ajuda das cirurgias plásticas. Esse desejo pode levar muitas pessoas a buscar cirurgiões plásticos menos qualificados, que possuem um preço mais alcançável, mas que nem sempre proporcionarão bons resultados.

A frase dita por Pitanguy, “a beleza é um direito de todos” (Edmonds, 2007, p. 364), nem sempre é verdade, pois quando um sujeito se submete a uma cirurgia plástica com um profissional pouco

habilitado, atraído apenas pelo valor da cirurgia, ele corre o risco de ter a aparência piorada ou até mesmo de adquirir infecções, necroses, rejeições ou, infelizmente, chegar a óbito, como é visto em muitas notícias de hoje em dia⁴⁵. Ademais, as diferenças de classes, cuidados e gostos citadas por Bourdieu (2007) e Córdoba (2010) dificultam, de alguma maneira, o acesso ao público com menos condições financeiras de realizarem uma cirurgia com um médico cirurgião plástico credenciado na SBCP ou na SECPRE, portanto ainda podem ser comparadas a práticas de distinção social.

Neste sentido, baseando no grande número de cirurgias plásticas em todo o mundo, Elliot (2011) considera que está ocorrendo o fenômeno da democratização das cirurgias plásticas, pois diferentemente de antes, quando as cirurgias eram privilégios de uma elite, atualmente a maioria da população das grandes cidades está tendo acesso a esses procedimentos. Essa mudança de comportamento social também é discutida por Davis (2002), que aborda as cirurgias plásticas como sendo um recurso de beleza disponível cada vez mais a todos os públicos da sociedade.

Além disso, é importante destacar que realizar uma cirurgia plástica gratuita no Brasil é um grande desafio, pois são necessários diversos trâmites que comprovem a real necessidade da cirurgia plástica reconstrutiva para a saúde do paciente. Também é um processo lento que requer muitos exames médicos e um período de aprovação do governo para o financiamento da cirurgia plástica que deve ter um caráter funcional acima do estético. Uma participante entrevistada de Barcelona, que teve 65% do seu corpo queimado na infância, disse que sempre teve tratamentos gratuitos de qualidade e como morava em uma cidade pequena, tinha que ir até Barcelona para fazer as cirurgias e os tratamentos com médicos mais especializados. Também afirmou que as contas dos seus tratamentos eram enviadas para a sua cidade onde se encarregavam de pagá-las com os recursos disponíveis. Ou seja, diante de seu discurso, me pareceu que na Espanha o procedimento

45 Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/noticia/2016/11/empresaria-morreu-apos-cirurgia-plastica-devido-coagulo-diz-certidao.html>

para a obtenção de cirurgias plásticas públicas era mais rápido que no Brasil, sem embargo, meu parâmetro foi o depoimento de apenas uma participante, não podendo assim generalizar tal conclusão.

Também deve-se destacar, que outros profissionais pouco especializados, também foram citados pelos participantes como responsáveis de diversas complicações. Neste contexto, os fisioterapeutas sem conhecimentos de dermatofuncional ou cursos específicos em cirurgias plásticas, foram os mais citados seguidos pelos esteticistas que trabalham em salões de beleza. De acordo com a fisioterapeuta do Rio de Janeiro, os próprios professores dos cursos de graduação desconhecem o processo básico de cicatrização do tecido e ensinam técnicas terapêuticas baseadas em artigos publicados pelas marcas dos aparelhos mais vendidos. Para ela, o problema está na falta de conhecimentos básicos de fisiologia e histologia que asseguram a recuperação precoce e efetiva dos pacientes. Ela aponta que teve que criar uma técnica para utilizar as informações que obteve no período em que investigava em laboratórios. Hoje ela ministra cursos por todo o Brasil:

Eu acho que o problema aqui (Brasil) é maior, os docentes ensinam isso, a dermatofuncional tem um apelo estético muito grande e os docentes não sabem de cicatrização eu sei porque eu vejo quando eu dou aula. Eu tive a possibilidade de estudar dentro de um laboratório de reconstituição tecidual, então eu estudei afundo isso. E para mim foi um grande marco entender que a cicatrização não era aquilo que eu aprendi na fisioterapia e quando eu vejo essas propostas, eu vejo que as pessoas não sabem o que estão fazendo. Quando me dizem que o corpo não está respondendo eu digo está sim respondendo ao que você está fazendo, mas o pessoal não tem ideia e também entra o apelo comercial dos equipamentos porque para o cara vender tem que dizer que o aparelho dele faz tudo. Então o grande problema é esse, é que as pessoas não buscam se aprofundar na área básica com conhecimentos de fisiologia e querem protocolos de atuação, não sabem o que estão fazendo, não conhecem o problema do paciente e saem fazendo um monte de coisas às cegas. (Fisioterapeuta, Rio de Janeiro)

Outro problema social refere-se a motivação dos pacientes em realizar cirurgias plásticas influenciados pela sociedade, amigos, conjuge ou qualquer outra fonte externa à pessoa. Nas entrevistas do Rio de Janeiro, uma paciente disse que colocou silicone porque o namorado gostava de seios volumosos e depois se arrependeu, fazendo a cirurgia de redução de mama que deixa uma

cicatriz muito maior que a cirurgia de aumento. Outra paciente, também no Rio de Janeiro disse que fez a rinoplastia, pois o seu namorado fez um comentário que ela não gostou. Porém, ela agora gosta do resultado cirúrgico, mas antes ela não se importava com o nariz. Com relação a esse aspecto, Alves (2007) constatou no seu estudo que a maioria das pessoas realizavam cirurgias plásticas motivadas pelos olhares dos outros através do comentário dos familiares, amigos e, principalmente, para os casais. Assim como também foi encontrado nesse estudo.

6.6 A transexualidade: “Primeiro entendo meu gênero, depois a sexualidade”⁴⁶

No início do meu trabalho de campo em Barcelona, me deparei com o tema das cirurgias plásticas para a mudança de gênero ou de redesignação sexual. Já havia investigado algo sobre gênero e sexualidade para uns estudos que fiz de antropologia do corpo e de etnocirurgias, mas não tinha me aprofundado na transexualidade.

Sem embargo, não pude deixar de me fascinar pelo mundo de informações que surgiram dentro das clínicas de cirurgias plásticas. Sem querer, a primeira clínica de cirurgia plástica que eu fui investigar em Barcelona era de um cirurgião plástico especialista em cirurgias de redesignação sexual, cirurgia essa que além dos conhecimentos básicos de cirurgia plástica, precisa de toda uma preparação específica de urologia, ginecologia e mastologia.

Por outro lado, no Brasil, um dos cirurgiões plásticos do Rio de Janeiro me contou que geralmente esse tipo de cirurgia no Brasil é mais realizada por urologistas:

Eu não tive experiência nem na formação, eu sei que tem um cirurgião aqui que é mais referenciado nesse tipo de cirurgia porque é uma cirurgia mais delicada e muitas dessas cirurgias aqui no Brasil são feitas por urologistas e até fora do país você vê muitos cirurgiões plásticos fazendo, mas aqui no Brasil a área é mais dominada pela urologia mesmo. Tanto que

⁴⁶ Esse tópico se transformou no artigo “ESSE CORPO NÃO É MEU, MAS MEU DESEJO SIM: um estudo antropológico sobre as fases da vida de uma mulher transgênero lésbica” enviado para publicação na Revista Sociedade e Saúde.

em congressos nem temos nada voltado para isso. (Cirurgião Plástico, Rio de Janeiro)

Entretanto, quando eu estava em na clínica desse famoso médico em Barcelona, eu entrevistei uma cirurgiã plástica de sua equipe que me deu informações acerca da cirurgia e me apresentou uma paciente que me indicou um grupo de apoio a pessoas transgênero ou *cross-dressers*, como já havia dito anteriormente. Ela, que antes era ele, aceitou ser entrevistada e disse que me falaria sobre a sua vida.

Essa mulher transgênero abriu a sua vida para mim e explicou-me tudo sobre transexualidade. Não usarei o seu nome, pois me comprometi em manter o sigilo, portanto, usarei o codinome Zara. Seu discurso começou assim:

Minha mãe me vestiu com a roupa da minha irmã que havia recebido para uma menina de 5 anos, mas ela tinha 1 e eu 5. Então ela me fez de manequim para saber como ía ficar. (...) me vi no espelho e me encantou. Eu lembro como se fosse ontem porque essa recordação me acompanha toda minha vida. Ela disse 'rápido tira essa roupa que vai chegar teu pai e ele não pode te ver assim, o que estamos fazendo está mal. Tu tens que tirar a roupa isso é de menina tá tá tá tá!'. Então eu comecei a fazer isso escondido, quando ela saía eu me vestia. Aquilo me marcou porque eu entendi que para ser feliz eu teria que mentir e me esconder (Zara, 40 anos).

Segundo Zara, essa foi a primeira recordação da infância que lhe causou alegria e, ao mesmo tempo, sofrimento. Ela gostava de colocar as roupas e acessórios da sua irmã, mas não entendia o motivo de isso estar errado. Mesmo com pouca idade, ela soube que seria castigada se contasse para os adultos, vestindo-se em segredo. Segundo Butler (2009), apesar de não sabermos exatamente o que as normas de gênero da sociedade esperam de nós, estamos sempre em movimento e orientados dentro de seus termos. Para ela, ao registrar o gênero de uma criança, ela recebe uma demanda enigmática de um desejo do mundo adulto.

Entretanto, essa criança passa por uma profunda confusão ou desorientação sobre o que esse gênero significa, ou deveria significar, assim como de quem pertence o desejo de um gênero. Se o seu desejo está construído em relação ao que a sociedade quer dessa criança, então a ideia do

próprio desejo será inexistente. A partir disso, entende-se que as pessoas desde a infância estão negociando os seus desejos com o que se esperam delas, criando uma performance de gênero em que nem sempre o sujeito está atuando por si só.

Esse comportamento é comum em pessoas *trans*,⁴⁷ pois geralmente os seus gostos surgem na infância. As atitudes e brincadeiras escolhidas são as primeiras manifestações de identidade de gênero em uma criança. Amanda Guimarães (2016), mulher transexual, na sua biografia conta:

Na infância, a criança não vê essa diferença de menino e menina, ela enxerga todo mundo igual como pessoa (...) mas os adultos, minha mãe por exemplo, percebia que eu não era um menino como meus irmãos. (...) o meu jeito era muito diferente, eu sempre fui muito delicada, meu jeito era feminino (...) Eu usava a calça na cabeça para fingir que eu tinha cabelo comprido, igual a ela e minha irmã. E eu também pegava batons dela para me maquiar, com 4 ou 5 anos. Eu era o único dos irmãos que fazia isso. (Guimarães, 2016, p. 19)

O estudo de Borba e Ostermann (2008), mostra a construção discursiva da identidade dos travestis mostrada pela manipulação do sistema de gênero gramatical. Para os autores, quando elas estão falando do momento atual, se consideram do gênero gramatical feminino. Por outro lado, quando elas contam da infância ou do período antes da transição, elas costumam referir-se ao *Eu* pelo gênero masculino. Isso se observa acima quando Amanda diz “eu não era um menino”. Além disso, em alguns momentos as próprias pessoas *trans* se confundem, demonstrando a dificuldade de enquadrar-se no sistema de gênero gramatical: “os homens são mais competitivos no trabalho, em esportes e na verdade não *somos* invejosos.” (Zara, 40 anos).

O sistema gramatical de gênero constitui um importante instrumento na formação de identidades sociais. A partir dos discursos, as pessoas *trans* utilizam a gramática como um recurso para construir a si próprias e aqueles sujeitos de quem falam. Esse processo, baseado em práticas semióticas, está culturalmente ligado a categorias sociais específicas que fazem com que os falantes

47 Pessoas transgênero ou transexuais.

se refiram a si mesmos a partir das suas performances de gênero citadas por Butler (2009). Sem embargo, quando se trata de pessoas *trans* contando suas histórias, esse processo de generalização linguística torna-se polissêmico, pois os sujeitos se deslocam continuamente nos discursos para a fabricação de um novo *Eu*, feminino ou masculino. Para Zara, o masculino ficou no passado perdoado e o feminino é o presente e futuro aceitado.

Na adolescência as coisas ficam mais complicadas. Com os incentivos dos amigos, geralmente, os adolescentes cedem e começam a “paquerar” o gênero normativo. Perdem a proteção que tinham na infância da família e começam a questionar os seus desejos, vontades e subjetividades. Para Zara não foi diferente, ela buscava uma identidade aliada às emoções de descobrir-se. Como sentia-se atraída pelas meninas, beijá-las não era um problema. E assim aconteceu, ela teve sua primeira namorada. No seguinte discurso, ela expõe as dúvidas que afloraram na adolescência:

(...) na puberdade, com 11 anos eu comecei a entender que gostava das meninas. Então se você gosta de meninas por que vai quer ser uma menina quando adulto? Isso não pode ser. Eu queria gostar de meninas, não de meninos, ter namorada, ter filhos e ter um trabalho, então eu não posso ser uma menina. Isso de ser uma mulher não pode ser. Então eu tive que ser menino para conseguir viver. (Zara, 40 anos).

Guimarães (2016), ao descrever sua adolescência, conta que faltava aulas, trancava-se no quarto e jogava videogames para esquecer o mundo real e ser a personagem que queria virtualmente. Por pressão dos colegas, pois ela atraía-se por meninos, ela namorou uma menina. No entanto, diferentemente de Zara que se atraía por meninas, com ela algo não fluía e o namoro terminou em pouco tempo. Depois dessa experiência, Amanda entrou em um *chat* e conheceu um menino. Marcou um encontro, pensando ser homem homossexual:

Por um instante, esqueci quem era e me entreguei às sensações(...), mas quando eu menos esperava ele colocou a mão por cima da minha calça e, viadaaaaa, o sonho virou pesadelo! Porque então eu voltei para a realidade e lembrei quem eu era. (...) Parei de beijar e tirei a mão dele dali. (...) Ele não me via como eu queria ser vista, ele me via como um menino. (Guimarães, 2016, p. 48).

Nesse discurso, nota-se a confusão de sentimentos de gênero e sexualidade que atormentam um

adolescente *trans*. Ela pensou ser homossexual, mas na verdade percebeu que não estava no gênero que gostava, pois queria ser vista como mulher. Assim, descobriu ser uma mulher transexual heterossexual, ao contrário de Zara que era uma mulher transexual, porém homossexual por atrair-se por mulheres. Nesse caso, mesmo que Amanda já entendesse a sua sexualidade, o seu gênero estava adormecido querendo sair à luz para os outros.

A dimensão subjetiva do mal-estar do gênero causado pela sociedade, pode encontrar um paradoxo ao introduzir mudanças sociais para reduzir o padecimento humano vinculado às exclusões que o modelo normativo de gênero produz. A discriminação, o maltrato, a marginalização, a opressão, a violência médica, a estigmatização, os autopreconceitos e a medicalização são exemplos das experiências desagradáveis que o modelo binário provoca em um indivíduo que não se enquadra. Posturas radicais incapazes de dialogar, causam dor e sofrimento aos sujeitos que acabam, muitas vezes, cedendo ao dogmatismo logicista por medo à diferença dentro dos coletivos sociais.

Assim, na infância a construção cultural do corpo ou o *embodiment* (Csordas,1990) se encontra paralisado e passivo. Mas, na adolescência o corpo começa a ganhar representações simbólicas ativamente com a formação dos significados socioculturais que, na maioria das vezes, são impostos coletivamente pelo tradicional binarismo de sexos. No entanto, chegando na idade adulta a identidade de gênero torna-se mais consciente e busca-se um meio de manipular as formas masculinas ou femininas de seus corpos, incorporando significados de gênero polimorfos perpetuados socialmente.

O *embodiment* das pessoas *trans* refere-se à apropriação cultural de gênero e de sexualidade com o fim de adquirir formas corporais e práticas simbólicas desejadas. A transformação de seus corpos transgride às limitações biológicas construindo uma posição social ou a performance de gênero que

aborda Butler (2009). Porém, elas também se consideram biológicas como disse Zara: “(...) eu também sou um gênero biológico, eu não sou de papel, mas por isso agora chamam de terceiro gênero, ou um gênero novo.” (Zara, 40 anos).

Zara na idade adulta, afirma que mesmo com uma namorada, não se sentia feliz. Ela queria ser como sua companheira: “uma mulher que usa saia”. Entretanto, pensava que seu pensamento estava equivocado e que isso não poderia ser. Deste modo, Zara resolveu guardar seus sentimentos e seguiu a sua vida adulta no gênero masculino heteronormativo conforme os anseios sociais. Com 18 anos, ela serviu para o exército espanhol, totalmente masculinizada. Posteriormente, casou-se com uma mulher e começou a trabalhar de pedreiro:

(...) sabia que não encaixava, mas não podia dizer nada. (...) essa vontade de ser mulher era algo negativo para mim que me doía e me fazia feridas. Eu não queria passar por isso, eu queria ser um homem normal, que gosta de mulheres e que desfruta de seu gênero. Quando me refletia no espelho como homem tão másculo me doía, meu sonho era inviável, era impossível.(...) Eu fiz as tatuagens para masculinizar-me, para poder me olhar no espelho com a barba e não querer ser mulher. Me sentia culpada por sentir isso.(Zara, 40 anos).

O seu corpo tatuado era uma maneira de negar o desejo de ser mulher e vestir-se como tal. Observando o gênero, no âmbito dos dispositivos biopolíticos, encontram-se as resistências por sentimentos de culpa e vergonha de si mesmo. Essa negação de “ser de outro sexo” reitera a norma e os mecanismos de poder que compõem os processos de subjetivação da transexualidade. Ressalta-se, no caso de Zara, que as performances de gênero masculino tinham uma relação direta e causal com as tatuagens como um dispositivo de resistência dos modos de subjetivação de mulher transexual. No entanto, atualmente essa ferramenta de resistência não teria tanto poder de negação, já que as tatuagens são utilizadas por mulheres na mesma proporção que por homens.

Preciado (2008, p.26) discute a nova governabilidade social a partir dos conceitos de sexopolítica e biocapitalismo, desenhando uma cronologia das transformações da produção industrial do último século do ponto de vista do que se converteu no negócio do novo milênio: a

gestão política e técnica do corpo, do sexo e da sexualidade. Ou seja, no mundo contemporâneo faz-se pertinente realizar uma análise sexopolítica da economia mundial, pois para a autora existe uma vigorosa circulação de fármacos que incentivam um conjunto de discursos e práticas arrastando sujeitos a criarem novas formas de existência. Portanto, ao contrário da repressão tradicionalista da sociedade, também existe uma onda econômica farmacológica interessada na mudança de gênero. Le Breton (2011), também afirma que nas sociedades modernas existe uma medicalização progressiva do corpo.

É possível fazer dialogar as reflexões de Preciado, sobre controles sociais através da sexopolítica e a era farmacopornográfica, com as análises que Butler desenvolve ao definir o gênero e a sexualidade como dispositivos de controle sociocultural:

(...) ainda que a sexualidade não se reduza ao gênero, está moldada e mobilizada por significantes que nenhum de nós realmente escolhe. Podes decidir qual tipo de relaciones sexuais queres. (...) Estás decidindo sobre o que fazer acerca de algo que em parte decidiram por ti, algo que é anterior à reflexão e que nunca está completamente controlado por ti. (Butler, 2009, p. 335).

Deleuze (1995), assim como Preciado (2008) e Butler (2009), afirma que as pessoas que vivem em sociedade não atuam mais por confinamento, mas sim por controle contínuo e comunicação instantânea. Essa governabilidade age sobre a vida e o vivente, constituindo um dos elementos centrais da biopolítica contemporânea. Mesmo que o controle social domine os pensamentos coletivos, a sexualidade permite aos transgêneros transitar sobre as posições do sujeito em sociedade com as suas especificidades sociais, físicas e culturais construindo significados elaborados em suas práticas sociais, suas trocas sexuais e no seu corpo.

Desta maneira, a partir da transformação do corpo binário para uma forma andrógina ou de terceiro gênero, os transexuais se libertam do sofrimento que carregam quando habitam em um corpo que não lhes identifica. A sensação de viver em um corpo estranho para si mesmo, pode ser

um dos mais dolorosos conflitos internos, segundo os relatos das pessoas *trans* do grupo de apoio em que estive. Diante da diversidade de autodefinições que observei em campo, dizer terceiro gênero seria limitar a três quando os gêneros podem ser infinitos. Desconsideraria todos que não se enquadram em nenhuma definição socialmente conhecida. Portanto, não trata-se somente de um terceiro gênero, mas sim de um *Multi* gênero a ser definido.

Os estudos *Queer* se propõem a compreender as práticas sociais que organizam a sociedade como um todo através da “sexualização”, “heterossexualização” e “homossexualização” de corpos, desejos, atos, identidades, relações sociais, conhecimentos, cultura e instituições sociais. São interrogados os processos sociais normalizadores que criam classificações gerando a ilusão de que existem sujeitos estáveis, identidades naturais e comportamentos regulares (Antunes; Marcantes, 2011).

Logo que Zara entendeu que era uma mulher transgênero que não queria operar-se, surgiram outras questões aparentemente contraditórias pelo modelo heteronormativo em sua cabeça: “se sou mulher por que gosto de mulheres? Então eu entendi, primeiro vem o meu gênero, depois penso na sexualidade. Assim como existem pessoas *cis* heterossexuais ou homossexuais, também existem *trans* assim.” Essas foram suas palavras ao explicar a confusão social que existe quando se tratam desses aspectos. O seguinte discurso resume a importância de aceitar o seu gênero para si e para os outros e, logo, posteriormente pensar na sexualidade, caso simultaneamente seja incompatível.

Primeiro tem que entender o que és e o que sentes e depois buscar a identidade como mulher. Para mim, o importante na base de tudo era o gênero para que os outros te reconheçam. Não somente para ti porque isso é fácil, mas para que os outros te reconheçam como mulher, e isso que é difícil. E logo, pois, têm os hormônios, a cirurgia, tem a roupa, etc. (Zara, 40 anos)

Para Butler (2009, p.323), dizer que o gênero é uma performance significa afirmar que possui uma determinada expressão e manifestação social, já que a aparência do gênero geralmente se

confunde com um signo de sua verdade interna inerente. O gênero, condicionado a normas obrigatórias, oprime os(as) *trans* que não se enquadram na classificação binária heteronormativa. Portanto, redefinir-se criando novas formas de gênero é tomar o poder de si mesmo, reproduzindo uma negociação de poder social com o poder emocional interno da pessoa. No entanto, nem sempre essa construção de uma nova identidade de gênero é pacífica, a sociedade é preconceituosa e agride física e emocionalmente as pessoas *trans*.

A precariedade, está diretamente relacionada com as normas de gênero, pois sabemos que quem não vive seu gênero de uma maneira inteligível entra em um alto risco de perseguição e violência. As normas de gênero têm muito que ver com como e de que maneira podemos aparecer no espaço público; como e de que maneira se distinguem o público do privado e como esta distinção se instrumentaliza ao serviço das políticas sexuais; quem estará criminalizado segundo a aparência pública; quem não será protegido pela lei ou, de maneira específica, pela polícia, nas ruas, ou no trabalho ou em casa. (Butler, 2009, p.324).

A violência sofrida pelos(as) *trans* que assumem a sua identidade é demonstrada por Zara quando disse que, muitas vezes, quis ser invisível: “Quando eu fiz a transição, tive que me acostumar com os olhares, risos e brincadeiras (...) Também depende do dia e de como eu estou, porque se eu estou irritada, aí me giro e digo e o que te passa? Não gostas de *trans*? E acaba a risada. Eu sou grande, eles me respeitam”. Porém, foi observado que no Brasil a violência ultrapassa as brincadeiras verbais.

Zara apontou que existe muito preconceito nas entrevistas de emprego e que ela não conseguiu trabalho depois da transição. Falou que, por esse motivo, muitas mulheres transexuais acabam indo parar na prostituição. Não por uma escolha de vida, mas como a única forma de sobrevivência que elas encontram quando não possuem nenhum apoio, nem familiar, nem de amigos e nem do Estado.

Zara não teve o apoio da família e teve que assumir sozinha as rédeas da sua vida, passando por conflitos internos e físicos, pois sentia dores corporais diárias, mas tinha a certeza de que era mulher. Estava casada, porém mesmo não querendo perder a sua esposa, não queria desistir do seu

sonho. É possível observar a importância do apoio da família, tanto emocional como financeiro, durante o começo da transição de gênero sendo, muitas vezes, decisivo para evitar a prostituição.

A medicina, principalmente a psiquiatria, tornou-se produtora de regimes de verdades e saberes acerca da construção da transexualidade. O estudo de Lima & Cruz (2016), faz um breve resumo do percurso da transexualidade no tempo. Para eles, o termo transexual foi referido pela primeira vez em 1910 por Hirschfeld, em *Die travestiten*, e somente no final da segunda Guerra Mundial teve a sua definição descrita por Cauldwell, no artigo *Psychopatia transexualis*. Entretanto, a transexualidade como objeto de diagnóstico psiquiátrico foi delineada na segunda metade do século XX por John Money e Robert Stoller como transtorno e/ou disforia de gênero com uma condução terapêutica que passava pelos processos de hormonização e intervenções cirúrgicas (Lima & Cruz, 2016).

Assim, a transexualidade foi considerada uma patologia que demandava nosologia e nosografia específicas. Passou a fazer parte do Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) em 1984 sob o signo do diagnóstico psiquiátrico (F.64x) de transtorno de identidade de gênero. Atualmente, é entendida como disforia de gênero provocando duas correntes de opiniões: uma que entende a mudança como um avanço na despatologização ao retirar a transexualidade da categoria transtorno; e outra que percebe que a patologização continua com outra abordagem. É importante salientar que a persistência da transexualidade no caráter patológico, na clínica diagnóstica e terapêutica tem cada vez mais despotencializado as singularidades transexuais (Lima & Cruz, 2016). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a transexualidade:

Consiste no desejo de viver e ser aceitado como um membro do sexo oposto, que costuma acompanhar-se por sentimentos de mal-estar ou desacordo com o sexo anatômico próprio e de desejos de submeter-se a tratamento cirúrgico ou hormonal para fazer que o próprio corpo concorde com o sexo preferido. A identidade transexual esteve presente de forma persistente durante ao menos dois anos. Não se trata de um sintoma de outro transtorno mental, tal como uma esquizofrenia, nem está associado a anomalias cromossômicas. (OMS, ICD-10, 2016).

Deste modo, algumas pessoas *trans* do grupo de apoio, consideram um insulto serem diagnosticadas como doentes, pois referem sentir-se em perfeitas condições de saúde: “Não acho que todos precisem de tratamentos psicológicos porque uns têm tudo bem claro e quando falam de tratamento eu sinto que a transexualidade é vista como uma enfermidade”. Por outro lado, Zara concorda com os psiquiatras quando dizem que a transexualidade pode ser considerada uma enfermidade, pois para ela quando uma pessoa transexual não pode expressar a sua identidade de gênero e reprime sua personalidade, ela está enferma.

Zara disse que sua vida foi sofrida quando não se aceitava como mulher transgênero. Apesar de não se prostituir, ela começou a beber, usar drogas e foi para o crime, quase acabando com o seu casamento. Seguindo um caminho obscuro, foi presa por pequeno período, mas suficiente para que os sentimentos começassem a desabrochar, cada vez mais fortes, associados a pensamentos pessimistas. Disse que chegou a ponto de querer suicidar-se em vários momentos de solidão. Em liberdade, entrou em depressão profunda: “tive depressão por 3 anos. Foi nesse instante que vi que algo precisava mudar e resolvi buscar ajuda psiquiátrica com o apoio da minha mulher.” Foi pelo medo de suicidar-se que Zara buscou um psiquiatra da unidade do hospital especializada em transgêneros. Porém, sentiu o poder dos estereótipos transexuais no mundo das instituições de saúde:

Fui ao psiquiatra e depois ele me mandou a uma psicóloga especialista porque o pobre alucinava, não entendia nada do quadro familiar e eu estava sempre com ansiedade, não dava tempo, fazia mil perguntas absurdas e chegou a me chamar de transexual feticista, que insulto. No hospital, há uma unidade nossa com psicóloga, psiquiatra, endócrina etc. Elas que decidem se tu és uma mulher transexual ou não. É uma avaliação longa, cheia de testes, uns desnecessários com perguntas absurdas e cruéis. (Zara, 40 anos).

Entretanto, Zara não estava vivenciando uma experiência transitória. Ela realmente era uma mulher transgênero homossexual que não tinha a intenção de realizar a cirurgia de redesignação de sexo. Ela afirma que a maioria dos psiquiatras seguem um estereótipo de gênero binário

heteronormativo e como ela não seguia esse modelo tendo o seu diagnóstico distorcido. Ela chegou a pensar: “Será que não sou suficientemente *trans* para esse psiquiatra?”. Ela também comenta que nem todos os psiquiatras são capacitados para atender pessoas transexuais, que é um público muito específico. Por esse motivo, ela buscou uma psicóloga particular especialista no tema: “tinha 8 conflitos internos quando fui na psicóloga e 9 meses depois não tinha nenhum (...) Ela mudou a minha vida, a tenho como uma pessoa muito importante.”

Juntamente com o tratamento psicológico, Zara fez o hormonal. Nesse momento, mulheres transexuais administram estrógenos e os homens, testosterona. Porém, nem sempre há um controle médico e eles(as) tomam os hormônios indiscriminadamente, podendo causar riscos irreversíveis à saúde. De acordo com Arán & Murta (2009), a maioria dos usuários chega aos serviços já tendo feito uso anterior de algum tipo de hormônio por automedicação, indicação de amigos ou por informações coletadas na internet, sendo um ponto de discussão importante pelo dano causado à saúde.

Zara disse quando começou a fazer o tratamento, a mudança no corpo físico e emocional foi palpável. Afirma que a glândula mamária desenvolveu-se, aumentando e arredondando os seios. A pele afinou com o passar do tempo e, além disso, ficou emocionalmente mais sensível, chorando constantemente. Sem embargo, ela disse que infelizmente a sua voz não mudou, diferentemente do que acontece com os homens *trans* quando administram testosterona e a voz parece engrossar.

Para Zara, a cirurgia de redesignação sexual é uma forma de localizar o gênero no espaço social e sentir-se mais completa. Ela afirma que as cirurgias, assim como as roupas, servem para facilitar reconhecimento dos outros, mesmo ressaltando que para ela ser mulher era uma atitude interna manifestada pelo comportamento:

Minhas operações serão para uma melhor localização do meu gênero e não da estética. (...) agora que eu vi o que sofri, quero melhorar e terminar de cumprir o meu sonho porque quando

sonhas em ser mulher não sonhas com isso andrógino, sonhas com corpo de mulher. (Zara, 40 anos).

No entanto, ela diz que não pretende realizar a cirurgia de redesignação de sexo neste momento e que têm amigas que também não fizeram e estão felizes. Por outro lado, as mulheres transexuais que conhece que se operam estão satisfeitas, diferentemente das experiências que viu com os homens: “a faloplastia é mais complicada, a uretra. É muito ruim, não é satisfatória, então têm poucos homens *trans* fazendo”. Por outro lado, ela destaca que os homens *trans* se submetem frequentemente a ginecomastia, técnica cirúrgica que retira o excesso de tecido mamário. Para Zara, a prioridade também são os seios:

Para nós, os peitos são mais importantes que a vagina, localizam mais no gênero. (...) Eu sempre sonhava em ter peitos, tenho a glândula mamária e o peito redondinho como de uma menina de 13 anos, me falta crescer mais. Eu quero colocar silicone, mas não muito, quero que seja normativo, que se veja. (Zara, 40 anos).

Além disso, é importante salientar que para a realização da cirurgia de redesignação de sexo existe um protocolo com requisitos bem estabelecidos para que a pessoa não corra o risco de se arrepender. A Resolução nº. 1.482/97 autorizou as vaginoplastias (construção da vagina) e as faloplastias (construção do falo), garantindo também os procedimentos complementares quanto às gônadas e aos caracteres sexuais secundários. Normatizou o acesso às cirurgias e estabeleceu que a seleção dos pacientes deverá ser realizada por uma equipe interdisciplinar (médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social).

Entre os aspectos exigidos para que a cirurgia seja feita no âmbito do SUS, estão a realização de testes psicológicos que levam ao diagnóstico de disforia de gênero, o uso de roupas do gênero oposto por dois anos, entrevistas com testemunhas e o tratamento hormonal. Entretanto, quando a cirurgia é particular, nem sempre esses requisitos são cumpridos e de acordo com os participantes do grupo de apoio comumente os(as) *trans* viajam para a Tailândia para operarem-se com médicos

especialistas e por preços mais acessíveis. Essas medidas colocam a questão da transexualidade nas discussões dos critérios de diagnóstico e nas condutas terapêuticas de intervenções cirúrgicas. Para Zara, apesar dos protocolos serem validados, ninguém poderia dizer como os(as) *trans* devem ser corporalmente: “cada um será de um jeito, cada identidade, cada pessoa leva sua identidade de gênero e tem a sua história.”

Com o aumento da população idosa, os transgêneros que envelhecem também merecem destaque, justamente por ser um segmento populacional que sofre exclusão em qualquer idade. No entanto, pouco se sabe sobre esse período da vida delas, e muitos(as) *trans* sequer chegam na velhice, pois a expectativa de vida deles é pequena sendo excluídos e, por vezes, aniquilados pela sociedade. Além disso, para eles(as), o processo de envelhecimento sofre dupla estigmatização: a de estar envelhecendo e a de estar envelhecendo sendo *trans*.

Penso na minha velhice acompanhada de alguém, aposentada, ativista e tranquila. Em princípio espero que a sociedade esteja muito mais aberta e que as pessoas *trans* anciãs já não sejam desconhecidas. Não tenho nenhuma outra expectativa, mas gostaria de ter alguém na minha vida, compartilhar algo, não estar sozinha (...) (Zara, 40 anos).

O discurso de Zara, demonstra a visão de si que ela gostaria de ter no futuro. Ela divorciou-se recentemente, mas não desistiu de encontrar o seu verdadeiro amor: “a pessoa que estará comigo será especial porque ela vai entender como sou e me apoiar acima de qualquer coisa”. Geralmente, a família e os amigos são as pessoas mais influentes na vida de um idoso, comandando, muitas vezes, sua casa, sua vida financeira, seus cuidados em saúde e a sua vida afetiva.

Além disso, nem todos os(as) *trans* possuem o privilégio de Zara de visualizar-se em uma velhice tranquila, já que, segundo os participantes do grupo de apoio, a maioria dos seus frequentadores apenas conseguem aceitar-se como tais na faixa dos 60 anos. Transformando, assim, a velhice em uma etapa libertadora, pois já trabalharam, tiveram a sua família e agora podem ser quem eles(as) querem ser, mas ao mesmo tempo com cobranças sociais e repressões de estarem

“velhos”, inclusive para aceitar a sua identidade de gênero. A frase abaixo resume:

Pessoas levam 40 anos ou a vida toda para transitar, por exemplo minha amiga Joana, transitou com 66 anos, é lésbica com dois filhos e mulher. Foi empresário toda sua vida, tem *porsche carrera*, teve posto alto, mas a mulher renunciou e se divorciou dele, os filhos se afastaram por ele ser quem quer ser. Agora com 66 está feliz, mas levou toda a vida para ser quem queria ser. Ela, assim como eu, tentamos e conseguimos ser homens como a sociedade queria que fôssemos, mas para quem era bom? Para a sociedade? E eu? (Zara, 40 anos).

No caso de uma pessoa *trans* idosa, a noção de velhice e gênero são consequências das normas padronizadas socialmente e não a causa delas. O conjunto de atos identitários de transexualidade marcados no corpo com o passar do tempo, é o que podemos chamar de velhice *trans*. Ao julgar um idoso pela sua competência esperada de desempenho de “velhice” e/ou “gênero” formamos conceitos que são instituídos no tempo e no espaço através de regulamentos sociais que os definem como tais.

Porém, nem sempre o tempo no corpo é encarado com essa perspectiva. Cada pessoa entenderá o verbo envelhecer de acordo com as suas peculiares subjetividades. Ou seja, mesmo que o envelhecimento tenha as suas características físicas comuns, muitas vezes visíveis no corpo, a sua manifestação será totalmente individual e personalizada, principalmente tratando-se da velhice *trans*, pois esses sujeitos já possuem um estigma social em todas as etapas da vida.

6.7 A AUTOESTIMA E A IMAGEM CORPORAL: “como eu me vejo e sinto quando olho para o espelho”

6.7.1 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): “como eu me sinto”

Alguns dos participantes estudo, pacientes que realizaram cirurgias plásticas e pacientes que não realizaram cirurgias plásticas, responderam a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) com o fim de complementar a observação participante e as entrevistas semiestruturadas. Para o cálculo dessa escala, utilizou-se a interpretação de Rosenberg (1973, p.247-256) a qual acrescenta-se um ponto

quando o participante responde alguma das questões do teste com uma resposta considerada negativa, com um máximo de pontos somando 10.

A escala é formada por dez frases que apresentam conteúdos carregados e frágeis relacionados com a autoestima. Logo, o participantes fizeram um juízo positivo ou negativo de tais afirmações, optando por uma resposta entre as quatro alternativas disponibilizadas: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. Dentre essas respostas, duas são consideradas negativas e duas positivas. Portanto, das quatro opções apresentadas, duas representaram um juízo positivo da autoestima e as outras duas respostas, um juízo negativo. Deve-se destacar que a ordem dos juízos das respostas foi alternada para reduzir as possibilidades de que os entrevistados se influenciassem em marcar sempre a mesma resposta. Desta maneira, as respostas das questões 3, 5, 8, 9 e 10 foram calculadas de forma invertida conforme está especificado no ANEXO G.

Também é importante salientar que a pontuação vai de 0 até 10, sendo 0 considerada que a pessoa possui uma ótima autoestima, 5 uma média autoestima e 10 uma autoestima baixíssima. Portanto, quanto menor a pontuação da EAR melhor a autoestima do participante.

Essa escala de autoestima foi usada por Fierro (1986), que em um estudo, com a colaboração de Angel Espina Barrio, investigou as flutuações de autoestima após a realização de um informe psicológico e observaram que quando o informe indicava que o sujeito possuía qualidades, como inteligência e bom equilíbrio afetivo, a autoestima dos sujeitos aumentava e, ao contrário, quando o informe era negativo, a autoestima também diminuía. Os autores concluíram que os efeitos da autoestima não podem ser atribuídos apenas ao informe experimental, mas ressaltam que pode ter ocorrido algumas implicações na modificação da autoestima dos participantes.

Outros estudos que abordaram as cirurgias plásticas e a autoestima como os de Viana, Osaki & Nishi (2011), mostraram a melhora na autoestima após a blefaroplastia, demonstrando que a

desaprovação com o corpo estaria diretamente relacionada à baixa autoestima, também usando a EAR. No estudo de Antonio (2008) também foi comprovado o aumento da autoestima após a realização de cirurgias plásticas.

Entretanto, nesse estudo, a autoestima foi mensurada somente após a cirurgia plástica não sendo possível comparar uma melhora ou piora após o procedimento. Isso porque o objetivo do uso da EAR foi somente para conhecer o grau de autoestima dos participantes e comparar com os seus discursos. Sem embargo, nesse estudo nenhum dos participantes, nem do Rio de Janeiro e nem de Barcelona, apresentaram índices maiores de 5 pontos demonstrando que os participantes tinham um bom nível de autoestima. A seguir o gráfico que representa cinco participantes do Rio de Janeiro que fizeram cirurgias plásticas e dois que não realizaram.

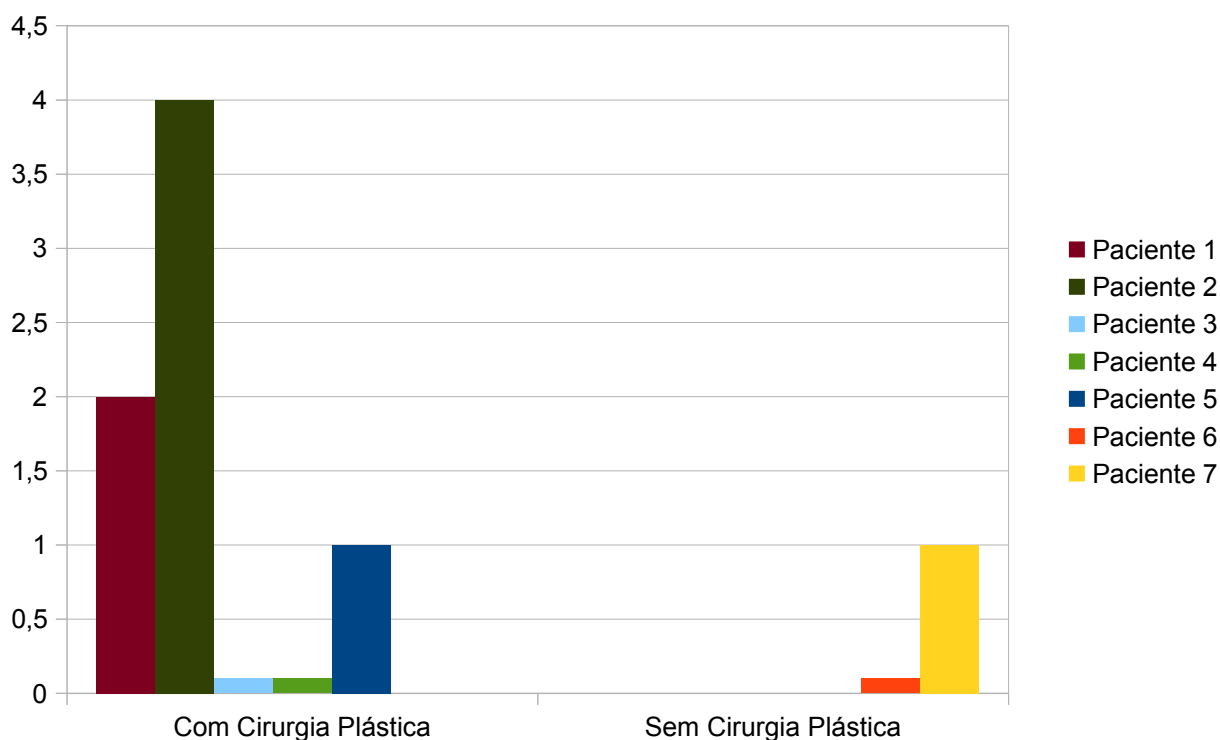


Figura 6: Resultados da EAR no Rio de Janeiro

Observamos que no Brasil, a pontuação da Escala de autoestima de Rosenberg dos cinco participantes que realizaram cirurgia plástica (paciente 1: 2 pontos; paciente 2: 4 pontos; paciente 3: 0 pontos; paciente 4: 0 pontos e paciente 5: 1 ponto) era maior do que os pontos dos participantes que não realizaram cirurgia plástica (paciente 6: 0 pontos; paciente 7: 1 ponto) representando que os primeiros, os participantes que fizeram cirurgias plásticas, apresentam uma autoestima mais baixa do que os participantes que não submeteram-se a cirurgias plásticas. Ou seja, dos cinco participantes que realizaram cirurgia plástica, três apresentaram uma pontuação maior que zero na EAR, mas menor que cinco que também representa uma boa autoestima, enquanto os outros dois participantes que não realizaram cirurgia plástica tiveram uma pontuação na EAR de 0 e 1 pontos, ou seja, possuem uma ótima autoestima que parece ser um pouco melhor que a dos primeiros.

Apesar desta comparação ser de cinco participantes contra dois pacientes, esse dado complementar do estudo mostra-se relevante, pois demonstra que os participantes que não realizaram cirurgia plástica possuem uma pontuação muito baixa na EAR representando uma autoestima com um nível elevado mesmo sem a necessidade de operar-se. Por outro lado, três dos participantes que realizaram cirurgias plásticas apresentavam uma pontuação um pouco mais elevada que os demais, porém mesmo assim, nenhum deles chega a ter uma autoestima média ou uma baixa autoestima, portanto, mesmo existindo uma maior pontuação na EAR em três dos participantes, todos os participantes do estudo do Rio de Janeiro possuem uma boa autoestima.

De acordo com Goldenberg (2007), o fato dos indivíduos se assemelharem aos padrões de beleza projetados pela mídia já serve como estímulo para sentir-se bem. Portanto, no Brasil, as cirurgias plásticas podem ser consideradas como remédios que amenizam os males psicológicos das pessoas que não se sentem bem com elas mesmas, porém que nem sempre curam.

A questão número 4 da EAR, “Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”, foi a mais citada pelos participantes do Rio de Janeiro como um juízo negativo da autoestima, sendo marcada por três dos sete participantes brasileiros que realizaram o teste. Logo, a questão 6, “Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo”, também merece destaque, pois foi respondida duas vezes de maneira negativa pelos participantes que fizeram o teste. As questões 7, “De um modo geral, estou satisfeito comigo mesmo”, e 8, “Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo”, também foram marcadas negativamente por alguns dos participantes. As outras questões da EAR não foram marcadas negativamente por nenhum dos participantes do Rio de Janeiro que responderam o teste. Um dos participantes que não realizou cirurgias plásticas marcou a questão 5, “Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar”.

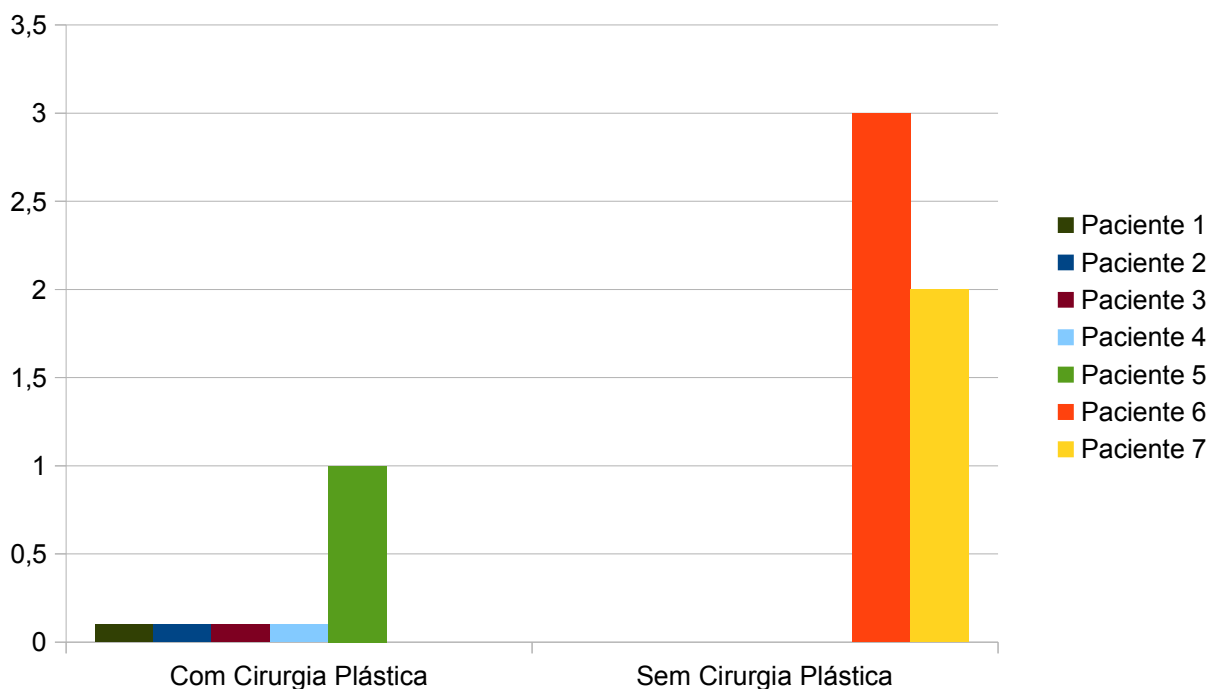


Figura 7: Resultados da EAR em Barcelona

Em Barcelona aparece o contrário, o nível de autoestima foi menor nos participantes que não fizeram cirurgia plástica. Quatro participantes de Barcelona que realizaram cirurgias plásticas tiveram uma pontuação de zero na EAR (paciente 1, 2, 3, 4) e um deles (paciente 5) teve pontuação de um ponto, portanto, todos apresentam uma ótima autoestima. Já os participantes que não realizaram cirurgias plásticas apresentaram uma pontuação de três e dois pontos, respectivamente, na EAR, dados que também indicam que os participantes possuem uma boa autoestima, porém não tão representativa quanto os participantes que realizaram cirurgia plástica, pois a maioria deles apresentavam uma pontuação de zero na EAR.

Em Barcelona, a questão 5, “Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar” foi marcada três vezes, a 8, “Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo”, foi marcada duas vezes e a questão 9, “Às vezes eu me sinto inútil”, uma única vez. Todos os participantes da investigação possuem uma pontuação de autoestima boa, nenhum chegou a atingir a pontuação de média ou baixa autoestima.

Geralmente, as pessoas que buscam realizar cirurgias plásticas são vaidosas e querem sentir-se bem consigo mesmas (Fan, 2014). Deste modo, supõe-se que sua autoestima irá melhorar após a cirurgia plástica ou se manterá com um nível elevado, assim como aponta os estudos de Antonio (2008), Avelar & Veiga (2011) e Edmonds (2007).

Neste sentido, foi possível constatar que tanto os participantes que realizaram cirurgias plásticas quanto os que não realizaram apresentavam um bom nível de autoestima. Dado que eu não esperava, pois imaginava que os entrevistados que não se submeteram a nenhuma cirurgia teriam um índice de autoestima maior do que os que realizaram cirurgias plásticas, pois vi que muitos estudos indicam que as pessoas que buscam cirurgias plásticas geralmente estão confusas e podem até estarem deprimidas (Menegassi & Guimarães, 2012). Entretanto, neste trabalho foi observado

que todos os participantes, os que realizaram cirurgias plásticas e os que não realizaram, tanto em Barcelona como no Rio de Janeiro, tinham um bom nível de autoestima.

Também deve-se destacar que analisando somente essa escala não se sabe exatamente se esse ótimo nível de autoestima deve-se ao fato de os participantes terem realizado uma cirurgia plástica e agora se sentirem melhor consigo mesmos ou se já se sentiam assim antes mesmo da cirurgia. Contudo, comparando essas respostas com o conteúdo das entrevistas semiestruturadas desses participantes, observa-se que o nível de autoestima melhorou após a cirurgia plástica, pois proporcionou uma maior confiança em si mesmo e mais segurança quando mudaram algo no corpo que não estava de seu agrado. Os discursos a seguir comprovam isso:

Depois da cirurgia eu me sinto muitíssimo melhor, minha autoestima melhorou consideravelmente, me sinto bem comigo mesma. Minha imagem corporal se nota muito melhor agora e me beneficiou bastante quanto aos meus relacionamentos com os outros já que minha autoestima é maior, sou uma pessoa muito aberta e sociável. (Participante, Barcelona)

Eu me sinto mais confiante, fico mais reta, eu não tenho vergonha como antes. Então eu acho que também me ajudou muito na autoestima, todas as cirurgias que eu fiz me ajudaram na confiança, eu sou mais segura agora do que antes. (Participante, Rio de Janeiro)

E eu me sinto muito bem agora eu acho que eu estou muito mais bonita, eu me sinto mais confortável, mais confiante. (Participante, Barcelona)

Já as participantes que não realizaram cirurgias plásticas afirmaram que se sentiam bem como eram e que não viam uma necessidade em submeter-se a uma operação cirúrgica. Veja os discursos abaixo, que também comprovam, assim como as falas acima, os resultados encontrados na EAR:

Eu já me sinto bem com tudo, gosto como sou, essas coisas não me importam. (Participante, Rio de Janeiro)

Nunca senti necessidade de fazer uma cirurgia plástica, sei que não sou perfeita, mas me gosto assim. Nem que eu tivesse todo o dinheiro do mundo eu faria, não fomos educados para isso, minha personalidade vale mais. Só entraria no bloco por algo mais sério. (Participante, Barcelona)

6.7.2 Teste do Desenho da Figura Humana (DFH): “Como eu me vejo”

É importante salientar que o Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) foi realizado somente pelos participantes que fizeram cirurgias plásticas e também, com fins de comparação, com os que não fizeram nenhuma cirurgia plástica e que nem pretendem realizar. Os profissionais entrevistados não realizaram o teste, pois a intenção era compreender o processo de ressignificação do corpo e da mente dos pacientes pela comparação dos seus discursos das entrevistas com os seus desenhos no Teste do DFH para, assim, entender melhor as suas representações simbólicas acerca das percepções de corpo, imagem corporal, autoestima e ver se os retratos desenhados coincidiam com as suas palavras.

A interpretação foi baseada no Teste da Figura Humana de Karen Machover (1979) que parte da ideia de que o desenho antecipa a linguagem escrita e o considera como uma das mais antigas formas de comunicação do ser humano. Segundo esse teste, o que cada pessoa desenha está intimamente relacionado com seus impulsos, ansiedades, conflitos e compensações características da sua personalidade (Portuondo, 2010). Deste modo, a figura desenhada é, de alguma maneira, uma representação ou projeção da própria personalidade e do seu papel no mundo em que vive.

Deve-se destacar que nos testes projetivos busca-se uma objetividade de maneira distinta aos testes qualitativos. Essa objetividade pode ser adquirida pela boa capacitação do avaliador e pelas técnicas auxiliares para a comprovação e esclarecimento em profundidade dos desenhos. De acordo com Machover (1979), os avaliadores jamais devem-se guiar exclusivamente pelos desenhos dos testes, sendo a conversa fundamental para a total interpretação, inclusive, durante a realização do teste pode-se fazer perguntas e ter um diálogo.

Entretanto, sabe-se que esses testes podem levar ao engano e a fantasia dos examinadores, sendo necessário um distanciamento e um prévio treinamento. Para me sentir segura em realizar o teste, eu

estive acompanhando uma psicóloga no Brasil que me ajudou a realizar e interpretar cinco Testes do DFH prévios, em pessoas aleatórias que eu não conhecia, pacientes dessa profissional, que aceitaram colaborar com a investigação e cujos dados foram posteriormente descartados do estudo. Ademais, meu diretor desse tese, Angel Espina Barrio, que além de antropólogo também é psicólogo, me ajudou tirando dúvidas e me guiando para uma análise mais antropológica possível.

Deste modo, reiterando que o objetivo do teste do DFH para essa investigação não foi um diagnóstico de personalidade, mas sim uma análise antropológica das representações simbólicas dos participantes, foi feita uma interpretação modificada e dirigida especificamente para as comparações dos discursos. Também deve-se ressaltar que as interpretações dos testes foram feitas individualmente e, posteriormente, foram comparadas com os discursos das suas entrevistas e com os comentários e histórias que contaram durante o teste, que durou de 50 até 92 minutos. Assim, após uma análise individual do teste e das entrevistas de cada participante paciente, foi realizado uma inferência entre todos os resultados obtidos com fim de facilitar a exposição das informações e centrar-se na análise antropológica do teste, buscando-se sobretudo responder os problemas do estudo.

Começando o teste, eu inicialmente pedia para que as pessoas desenhassem uma pessoa sem especificar o sexo, propositalmente para ver com quem começavam. A maioria dos participantes do Rio de Janeiro começaram desenhando uma mulher e, logo, um homem. Já em Barcelona foi o contrário, a maioria dos participantes desenhou um homem primeiramente e, depois, uma mulher.



Figura 8: Mulher desenhada por uma participante do Rio de Janeiro podendo representar o desejo de igualdade de gêneros ou feminismo.



Figura 9: Homem desenhado por uma participante de Barcelona que pode simbolizar o desejo de igualdade de gêneros para os transexuais e uma tendência homossexual.

As representações culturais de gênero podem ser incorporadas na análise do primeiro desenho do teste. Pode-se dar a entender que no Brasil as mulheres possuem mais anseios de igualdade de gênero, ou são mais feministas, e talvez, na Espanha, ainda exista uma cultura mais conservadora em que o homem ainda predomina nas relações de poder da sociedade. Também podem manifestar tendências homossexuais ou heterossexuais dos participantes (Portuondo, 2010). Estudos de Butler (2009) e de Bordo (2001) confirmam esses dados, pois apontam uma tendência das mulheres por buscar igualdade e equilíbrio social.

Porém, nesse estudo, somente um dos participantes que desenhou uma pessoa do mesmo sexo no primeiro desenho, uma mulher transexual, referiu realmente buscar igualdade de gênero e ser homossexual ou lésbica, pois agora era uma mulher transexual e gostava também de mulheres. No entanto, essa interpretação é um pouco arriscada, dada a pequena amostra e também a falta de conteúdo nos discursos que comprovem tal afirmação. Portanto, na maioria dos casos, a ordem dos desenhos não teve muita influência no comportamento cultural e nos modos de ser dos investigados em sociedade.

Terminando o primeiro desenho, pedi para os participantes, em outra folha de papel branco, desenharem uma pessoa do sexo oposto ao do primeiro desenho. Por exemplo, se haviam desenhado uma mulher, eu dizia: “em outra folha, desenhe agora um homem, por favor”. A maioria das participantes mulheres do Rio de Janeiro desenhou um homem que se parecia com o seu parceiro atual ou o tipo de namorado que gostaria de ter, de acordo com os relatos. Ademais, essas mulheres desenharam homens de acordo com o padrão estético atual com cabelos curtos e roupa casual.



Figura 10: Desenho da participante do Rio de Janeiro de um homem que se parecia com o seu parceiro atual, com as tatuagens e o cabelo similares. O desenho de cabeça e corpo de perfil demonstra coerência.

Somente uma participante de Barcelona, que não fez e nem pretende realizar cirurgias plásticas, desenhou um homem negro e com cabelo crespo. Eu perguntei porque ela havia desenhado esse homem e me disse: “é um tipo de homem de acho bonito e porque não é um padrão de beleza comum em nossa sociedade, não gosto de coisas comuns.” Isso também demonstra que a maioria das pessoas busca um padrão de beleza caucasiano que é projetado constantemente pela mídia (Freyre, 1987; Lipovetsky, 1999).

Freyre (1987) ao descrever o corpo da mulher brasileira mais miscigenado propunha uma consciência brasileira, dizendo que a mulher deveria seguir modas adaptadas ao clima tropical brasileiro, em vez de seguir modas européias ou norteamericanas que influem no comportamento, nas roupas sobre o corpo e nos modos de ser mulher. Para ele, as modas geralmente diziam respeito às roupas ou penteados, mas também poderiam se transformar em maneiras de pensar, sentir e

vivenciar. Portanto, as subjetividades e os excessos cometidos pelas pessoas mais vulneráveis eram representados na sua forma de ver-se e sentir-se, assim como foi visto nesse estudo, pois somente um participante, e por certo de origem européia, desenhou uma pessoa negra. Os outros todos desenharam pessoas caucasianas e magras, mulheres de cabelos compridos e homens de cabelos curtos, justamente como mostram os modelos de beleza atuais. O desenho a seguir demonstra a visão da participante de Barcelona:



Figura 11: Homem negro e com cabelos crespos desenhado por uma participante de Barcelona que afirma “não gostar de coisas comuns”.

A seguir, no terceiro desenho, eu solicitei que os participantes do estudo desenhassem a si mesmos. Foram considerados na análise antropológica os detalhes e tamanhos do corpo, os acessórios como bolsas, cintos, sobancelhas, colares, sapatos de salto, entre outras. Neste caso, quanto mais detalhado fosse o retrato, mais relação tinha com a vaidade e autoestima do participante. As participantes do Rio de Janeiro fizeram desenhos bem detalhados de si mesmas e,

geralmente com sorrisos e expressões de felicidade, como são vistos nos desenhos a seguir:



Figura 12: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro. Observa-se os detalhes dos brincos, tatuagens salto alto, sorriso, sobrancelha, colar e relógio podendo representar grande vaidade e autoestima.

A participante do Rio de Janeiro que desenhou o retrato anterior demonstra em seu discurso que se cuida e tem boa autoestima, com a EAR em índice 0. Portanto, o teste de DFH estava coerente com a sua percepção de si mesmo, vaidade e autoestima. A sua frase comprova essa afirmação:

Vou na academia sempre que posso, tento cuidar a alimentação, fazer massagens, meditações ou yoga sempre dá tempo. Vou na cabeleireiro a cada 2 meses e eu mesmo faço as minhas unhas e depilação, apesar de que já fiz laser. Quero começar a correr e ter uma rotina de manhã antes de fazer qualquer coisa. (Paciente que fez cirurgia plástica, Rio de Janeiro)

No próximo desenho, outra participante do Rio de Janeiro afirma que o corpo para ela representa a saúde e não somente a beleza: “O corpo eu acho que representa muita coisa, mas principalmente a saúde, eu busco a saúde, eu quero envelhecer bem saudável, bem fortinha. Não necessariamente

toda gostosona, mas uma pessoa saudável”. O seu desenho, mesmo com traços simples, parece demonstrar exatamente isso, que ela é uma pessoa saudável, feliz, vaidosa e com boa autoestima.



Figura 13: desenho de si mesmo da participante do rio de janeiro. nota-se os detalhes da bolsa, sombrinha, sorriso, botões e estampados da roupa.

Com relação ao corpo magro e saudável visto na maioria dos desenhos e também expressada nos discursos, Lipovetsky (2000, p.143) afirma que existe uma febre da tríade beleza-magreza-juventude, que exerce uma quase que uma tirania sobre a condição das pessoas, e principalmente, das mulheres. Para ele, existe uma obsessão pela magreza que faz com que ocorra uma multiplicação de dietas e de atividades de modelagem do corpo. Além disso, o grande número de

cirurgias plásticas de lipoaspiração (ISAPS, 2017), demonstram que os pedidos de redução de gorduras corporais testemunham o poder normalizador dos padrões de beleza, pois os indivíduos desejam uma conformidade estética que pode se chocar-se frontalmente com o ideal individualista e sua exigência de personalização dos sujeitos (Goldenberg, 2011).

De forma contraditória, Lipovetsky (2000) também acrescenta que quanto mais se impõe o ideal de liberdade e autonomia individual, maior é o grau de exigência das pessoas em enquadrar-se nos modelos sociais de corpo. Neste mesmo contexto, Goldenberg (2011), afirma que, apesar do corpo feminino emancipar-se de suas antigas servidões (sexuais, procriadoras ou indumentárias), ele encontra-se, atualmente, submetido a coerções estéticas mais regulares, mais imperativas e mais geradoras de ansiedade do que antigamente.

Um ponto interessante dos participantes de Barcelona foi o fato de três participantes desenharem a si mesmos com as mãos no bolso que pode ser entendido como uma maneira de esconder algo dos outros ou de si mesmo, uma vergonha, um medo, uma insegurança. O discurso abaixo demonstra certa insegurança antes da cirurgia plástica:

Nessa etapa minha autoestima era muito baixa, eu tinha passado oito anos com um colete ortopédico por problemas de escoliose o qual não me serviu para nada. Tinha uma escoliose muito grande que eu sabia que teria que conviver com ela o resto da minha vida. A isso se somou que eu não tinha peitos para pior a situação até o ponto de criar um grande complexo em mim. (Paciente que fez cirurgia plástica, Barcelona)



Figura 14: Desenho de si mesmo representando insegurança com relação ao seu corpo antes da cirurgia plástica.

Segundo Portuondo (2010, p.156), a mão no bolso também pode simbolizar tendências masturbatórias. Entretanto, quando se comparam os desenhos com as suas entrevistas, nota-se que existe uma certa insegurança nos discursos desses participantes em relação ao seu corpo. Entretanto, nada do que foi dito foi relacionado com a sexualidade, eu tampouco fiz perguntas diretas sobre isso.

Os estudos antropológicos acerca da definição da identidade sexual retomam discussões entre a natureza e a cultura, entre o biológico e o adquirido, promovendo assim a separação contextual de sexo e gênero. Também cria novas ideias sobre os fenômenos que expressam qualquer discordância entre eles. Neste sentido, Money (1969) afirma que o comportamento masculino e feminino é construído socialmente principalmente pela educação que vai modelando a forma de experimentar o

gênero. Desta maneira, esse autor diferencia o sexo biológico da identidade sexual afirmando que os primeiros anos de vida são fundamentais para essa construção que se consolida com a maturidade sexual.

Por outro lado, outra participante de Barcelona desenhou a si mesmo com uma mão no bolso, mas também com acessórios como bolsas, cinto, óculos e cabelo preso. Nesse caso, nos seus discursos ela não apresenta nada de insegurança, pelo contrário, mostra-se ser uma pessoa decidida: “Fiz a cirurgia na orelha porque minha mãe e os médicos me recomendaram, e faria outra vez”. Os óculos podem significar como ela se vê academicamente, já que é uma estudante de medicina que usa óculos e passa muitas horas do dia lendo, de acordo com a participante, mas que também tem ótima autoestima e uma EAR de 0.

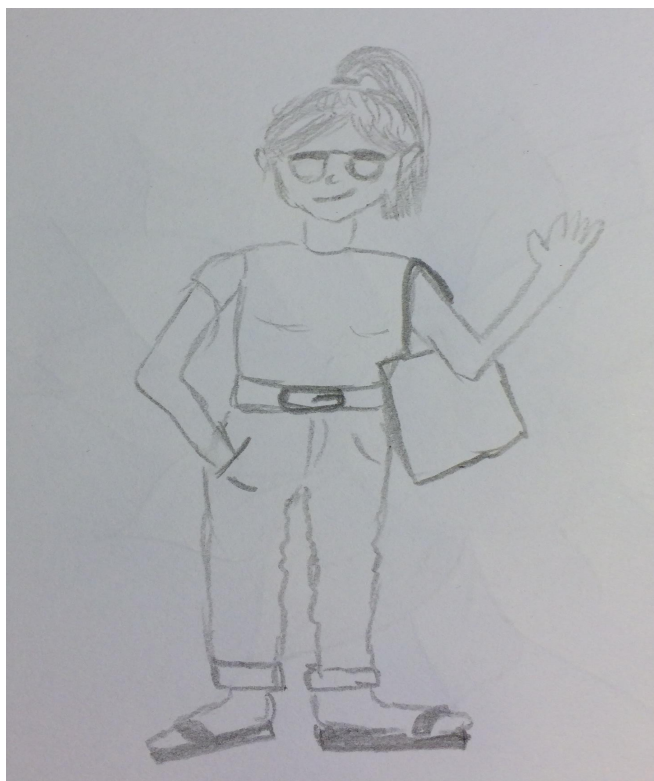


Figura 15: Desenho de si mesmo com uma mão no bolso, mas que pelo seu discurso, não demonstra insegurança pelo seu corpo.

Por outro lado, os participantes que não fizeram cirurgias plásticas e que nem pretendem fazer,

tanto em Barcelona como no Rio de Janeiro, também fizeram desenhos de si mesmos extremamente detalhados representando vaidade e boa autoestima. Entretanto, por um lado, uma participante que possuía um índice de zero na EAR, que indica uma ótima autoestima, retratou-se com uma expressão muito feliz coerente ao desenho, mas por outro lado, outra participante de Barcelona que possuía uma índice três na EAR, que também indica boa autoestima, fez o seu retrato com uma expressão séria, parecendo até um pouco triste. Os desenhos a seguir ilustram essa diferença de expressões faciais:



Figura 16: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial de felicidade.



Figura 17: Desenho de si mesmo de uma participante de Barcelona que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial séria, sem sorriso.

Uma explicação para isso pode ser o fato de, apesar de pequena a diferença de pontos da EAR entre as duas participantes, a primeira participante do Rio de Janeiro possui uma autoestima um pouco melhor que a de Barcelona. Outro ponto que pode interferir é o fato de serem pessoas de países diferentes, Espanha e Brasil, com distintas culturas que podem refletir na maneira como a pessoa quer ser vista ou como é vista pela sociedade. Como já foi visto anteriormente, no Brasil as pessoas consideram a vaidade como sinônimo de sucesso e felicidade, mas na Espanha é mais bem associada à futilidade e superficialidade, podendo o sorriso, ou a falta dele, ser um modo de expressão do comportamento cultural de cada país.

Outro ponto analisado, antropologicamente, nesse teste foi a diferença entre o desenho de si mesmo e a pessoa desenhada do mesmo sexo. Foi observado se estava mais ou menos detalhado com acessórios e traços, sendo o sorriso um dos principais parâmetros dessa análise. Por exemplo, se a participante do sexo feminino desenha uma mulher com uma expressão alegre, mas desenha a si mesmo com um aspecto mais triste, podemos considerar que pode existir algum problema de autoestima ou de percepção de si mesmo.

Usando como comparação os desenhos anteriores de si mesmos, nota-se que a mulher que a participante do Rio de Janeiro desenhcou (figura 18) era menos detalhada e menos sensual que o retrato dela mesma (Figura 16), confirmando a sua boa autoestima e imagem corporal.

Já a mulher desenhada pela participante de Barcelona (Figura 19), por outro lado, parecia mais feliz do que ela mesma (Figura 17), também podendo confirmar, como anteriormente, que essa participante pode ter um problema de autoestima, de percepção de si mesmo ou porque segue uma tendência cultural de manter-se mais serena. Sem embargo, assim como na EAR, e nos detalhes do teste do DFH dessa participante demonstram que ela é vaidosa e possui boa autoestima. Ademais, os seus discursos também demonstram isso, sendo assim, a seriedade desenhada considerada uma forma de representar-se culturalmente para os outros e não uma maneira de não estar bem consigo mesma.

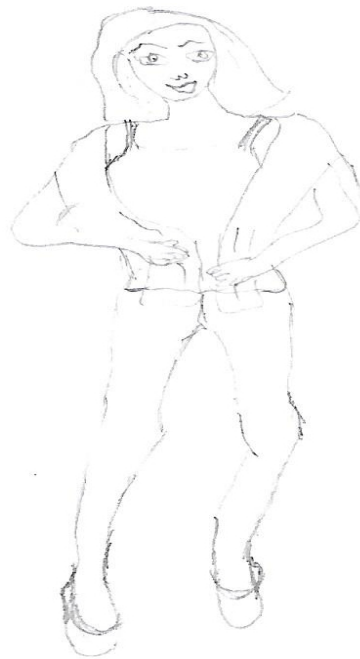


Figura 18: Mulher que a participante do Rio de Janeiro desenhou menos detalhada e menos sensual que o retrato dela mesma (Figura 16), confirmando a sua boa autoestima e imagem corporal.



Figura 19: Mulher desenhada pela participante de Barcelona que parece mais feliz do que ela mesma (Figura 17) podendo simbolizar um problema de autoestima, de percepção de si mesmo ou porque segue uma tendência cultural de manter-se mais serena.

É interessante observar que uma das participantes que fez cirurgia plástica em Barcelona, uma mulher transexual, desenhou a si mesmo com certa ambiguidade e mistura de gêneros. Esse desenho pode representar a confusão entre o que é hoje com o corpo que nasceu, pois trata-se de uma mulher que vivia num corpo masculino e que ainda se vê como uma mescla de gêneros. Se observa que é o desenho de uma pessoa andrógina com cabelos compridos e saia com padrões sociais femininos, mas com barba e sapatos masculinos.



Figura 20: Desenho andrógino de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros, cabelos e saia com padrões sociais femininos, mas com barba e sapatos masculinos.

Outra mulher transexual de Barcelona que participou do estudo, também fez um retrato de si mesmo com essa mistura de características de gênero e me disse enquanto desenhava:

“Esse desenho te chamará a atenção, é algo abstrato. Nele, eu quis refletir a minha dualidade, a simbiose entre minha parte masculina e feminina, e a minha não identificação em um gênero concreto, sobretudo, me isolo nos padrões conhecidos”. (Participante mulher transexual, Barcelona)

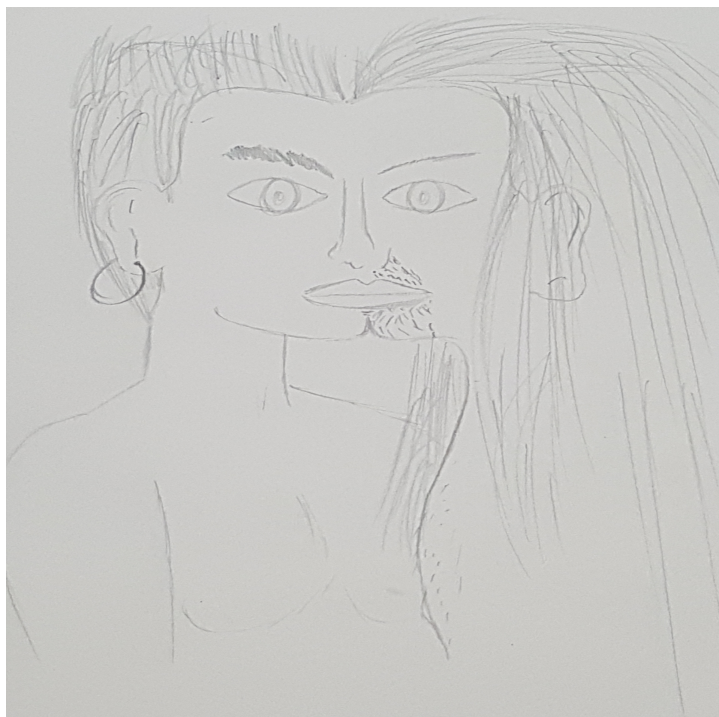


Figura 21: Outro desenho andrógono de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros. Barba e pelos de um lado e brincos e sobrancelha de outro.

Quando tratamos de transexualidade, questões de gênero e sexualidade surgem simultaneamente. Não é fácil transitar entre conceitos pré-estabelecidos pela sociedade que cria discursos, na maioria das vezes, definindo padrões de comportamentos. Neste sentido, autores como Butler (2009), Foucault (1988) e Heilborn (1997) reflexionam sobre esses arranjos sociais simbólicos que tanto moldam os corpos, roupas, cabelos e acessórios, como também impulsionam os desejos das pessoas através da constante projeção de mensagens para se saiba de quem se deve gostar.

Para Butler (2009, p.323), dizer que o gênero é uma performance significa afirmar que possui uma determinada expressão e manifestação social, já que a aparência do gênero geralmente se confunde com um signo de sua verdade interna inerente. O gênero, condicionado a normas obrigatórias, oprime os(as) *trans* que não se enquadram na classificação binária heteronormativa. Portanto, redefinir-se criando novas formas de gênero é tomar o poder de si mesmo, reproduzindo

uma negociação de poder social com o poder emocional interno da pessoa. No entanto, nem sempre essa construção de uma nova identidade de gênero é pacífica, a sociedade é preconceituosa e agride física e emocionalmente as pessoas *trans*.

A precariedade, está diretamente relacionada com as normas de gênero, pois sabemos que quem não vive seu gênero de uma maneira inteligível entra em um alto risco de perseguição e violência. As normas de gênero têm muito que ver com como e de que maneira podemos aparecer no espaço público; como e de que maneira se distinguem o público do privado e como esta distinção se instrumentaliza ao serviço das políticas sexuais; quem estará criminalizado segundo a aparência pública; quem não será protegido pela lei ou, de maneira específica, pela polícia, nas ruas, ou no trabalho ou em casa. (Butler, 2009, p.324).

Por último eu pedi que desenhassem um desenho livre, qualquer coisa que desejassem. E por incrível que pareça, os desenhos foram muito parecidos. Três participantes desenharam flores, cinco delas paisagem de praia, outras quatro uma casa e apenas uma participante desenhou outra pessoa e outra um gato. Independente de Barcelona ou Rio de Janeiro, os desenhos foram similares.

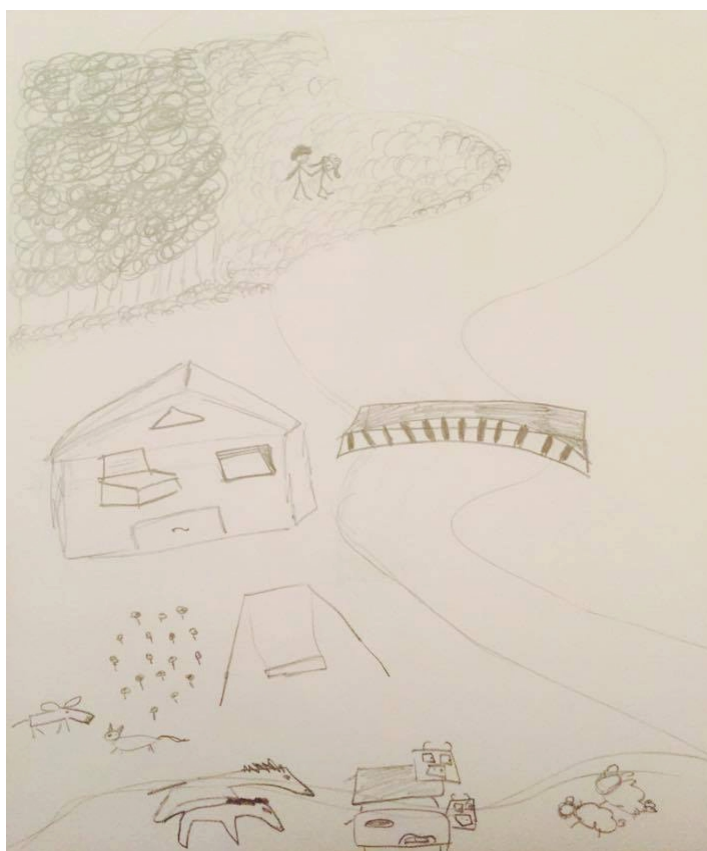


Figura 22: Uma casa com paisagens e muitos detalhes simbolizando o corpo humano feminino pela quantidade de detalhes e pelos animais sempre em dupla, simbolizando o desejo de procriação e de relações amorosas.

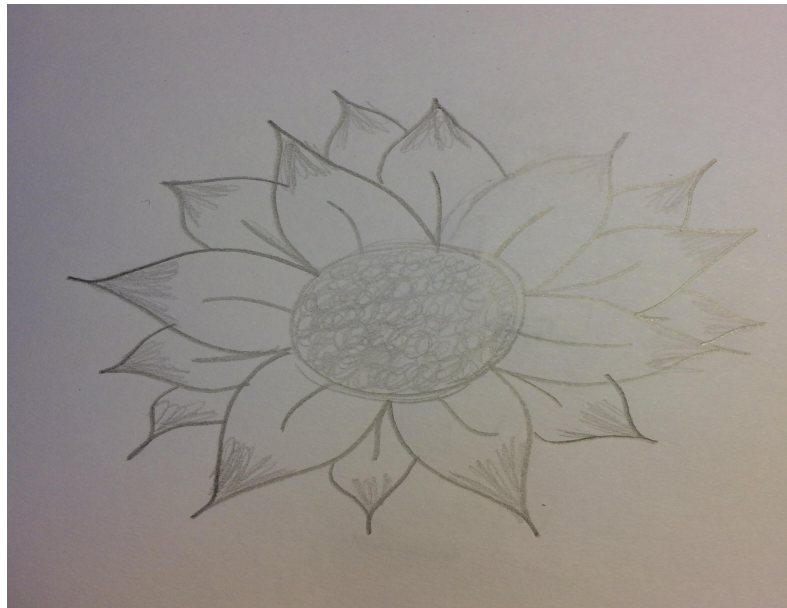


Figura 23: Uma flor representando os genitais femininos, o desejo de desabrochar sexualmente ou de ter uma união estável.

Segundo Portuondo (2010, p.99), existe uma série de símbolos investigados pela interpretação onírica, associações livres e modificadas, o Psicodiagnóstico de Rorschach, o Teste de Apercepção Temática e o Teste que usei da Figura Humana de Karen Machover, que representam, através do desenho livre, as experiências felizes vividas, lugares e coisas que fizeram o indivíduo feliz em algum momento de sua vida. Sem embargo, esses símbolos, de acordo com o autor, seu uso, assim como os outros desenhos do Teste do DFH, jamais deverão ser tomados textualmente sem técnicas adjuntas, pois, apesar de muitos parecem ter um valor universal, podem ter uma íntima relação a psicodinâmica pessoal, com a época e com a cultura em que vive o sujeito investigado. Os indivíduos também costumam eleger um desenho que pensam ser fácil de se fazer, aquele que é conhecido desde criança quando realizava na escola, sendo assim considerado um desenho seguro, possível de se realizar.

Não obstante, sua utilização pode auxiliar na interpretação de momentos marcantes que ficaram na memória de quem o desenhou, sendo interessante que se questione o que o desenho livre

significa durante o teste. Eu perguntava, por exemplo, o que o desenho representava para as participantes e obtive as seguintes respostas: as representações coletivas de praia, significam momentos felizes de férias em família; a casa uma conquista, um lar, um porto seguro; a flor uma descoberta, um amadurecimento de ideias a respeito de si mesmo. Já desenhar uma outra pessoa e um animal de estimação me comentaram da lembrança de seres queridos que fizeram as felizes em algum momento de suas vidas.

Por outro lado, esses símbolos são relativos e podem ter significados diferentes quando interpretados, sendo interessante uni-los com uma associação livre modificada para integrar seu sentido na totalidade do teste. Segundo Portuondo (2010, p.99-119), uma paisagem pode simbolizar o corpo humano, tanto masculino como feminino, depende do desenho, neste caso o feminino pela quantidade de detalhes e pelos animais sempre em dupla, simbolizando o desejo de procriação e de relações amorosas (Figura 22). Já a praia pode representar um isolamento, uma evasão, mas também depende do desenho e do contexto do discurso do participante, nesse estudo não procede, pois todos participantes que desenharam uma praia tinham vida social ativa e falavam diretamente suas ideias e opiniões.

À continuação da interpretação, uma casa pode manifestar um corpo de homem ou de mulher e também a mente humana. Além disso, uma flor, geralmente desenhada por mulheres como neste estudo, representa os genitais femininos, o desejo de desabrochar sexualmente (Figura 23). Esse fato é interessante, pois as mulheres que desenharam flores tinham idades entre 19 e 36 anos e estavam com uma vida sexual ativa, segundo seus relatos, porém todas estavam sem parceiro fixo e buscando uma relação séria. O desenho de uma flor, também pode simbolizar esse desejo de união estável.

Ademais, um gato pode representar um complexo de castração, um pênis, um filho ou uma irmã.

No caso do estudo, a participante do estudo tinha um filho homem e não tinha irmãs podendo representar o filho como impedimento de suas relações amorosas. E, por fim, desenhar uma pessoa do mesmo sexo, pode simbolizar um desejo homossexual, um desejo de ser essa pessoa ou de possuir-lhe. Resulta que essa análise coincide em parte com a interpretação do desenho da participante investigada, pois era o desenho de uma mulher transexual, porém ela se considera heterossexual por sentir-se atraída por homens. Sem embargo, há poucos anos, antes da sua transição de gênero de homem para mulher transexual, era um homem homossexual.

Faz-se necessário apontar que, o trabalho psicólogo deve ser utilizado quando se busca uma análise de personalidade através dessa teste. Ademais, esse profissional pode aproveitar desse instrumento em suas consultas a pacientes que realizaram cirurgias plásticas no sentido de reorganizar o esquema da consciência do paciente no mundo a partir do seu novo esquema corporal que foi modificado pela intervenção cirúrgica, pois, cada indivíduo, vivencia de acordo com sua estrutura de personalidade, graus diferenciados de adaptação à nova imagem corporal.

Em suma, viu-se no presente estudo que a reconstrução positiva da nova imagem corporal ressignificada é necessária para o êxito da reestruturação do novo autoconceito, já que a imagem corporal representa a consciência da própria individualidade. Pode-se observar, pelos dados obtidos, que uma gama enorme de sentimentos confusos e dolorosos podem acompanhar a pessoa que não se sente bem com o seu corpo podendo levá-la à depressão ou a uma vida de isolamento, sendo nesses casos, depois de uma avaliação criteriosa do psicólogo e do cirurgião plástico, a cirurgia plástica considerada uma medicação para as dores emocionais causadas pela aparência indesejada.

PARTE III

Conclusões



CONCLUSÕES

Esta tese teve como objetivo central demonstrar como ocorre o processo de ressignificação do corpo e da mente das pessoas que realizaram cirurgias plásticas. Diante da diversidade de respostas subjetivas encontradas no trabalho de campo, optou-se por dividir este processo em três fases para uma melhor compreensão e visualização das informações coletadas.

A primeira fase, denominada de pré-operatória, foi considerada uma etapa em que o processo se manifestava mais mentalmente do que corporalmente. Isto porque, nesse período, os participantes mostraram-se estar altamente motivados na busca por uma cirurgia plástica e começaram a construir expectativas em relação a seu corpo. Nesse sentido, a partir das entrevistas, também constatou-se que o desejo de mudança corporal desses futuros pacientes era comumente compartilhado entre amigos e familiares próximos, para que assim todos pudessem trocar experiências e relatos sobre os resultados das cirurgias plásticas procuradas.

Logo, com as informações adquiridas pelas conversas com as pessoas de confiança, o indivíduo começava a procurar um cirurgião plástico, tanto pelas indicações de bons resultados como pelo preço do procedimento. Na consulta, a maioria dos participantes revelou ir ao médico já com a decisão tomada acerca da cirurgia plástica que queria, porém queriam escutar a aprovação do cirurgião plástico, que se fosse positiva seria bem-vinda, mas que se fosse contrária a suas expectativas seria um motivo de tristeza e, algumas vezes, de troca de médico.

Desta maneira, entende-se a primeira fase do processo de ressignificação como um momento de inspeção do paciente que investiga os aspectos associados a sua cirurgia, criando expectativas em relação à mudança corporal esperada. Também deve-se comentar, que neste período, a presença de um psicólogo para a realização de uma avaliação mostrou-se ser relevante e, em algumas situações,

essenciais para evitar a indicação cirúrgica em casos de transtornos psicológicos ou de instabilidade emocional do paciente. No entanto, essa prática foi citada pelos participantes como pouco usual na rotina das clínicas de cirurgia plástica.

Pensa-se, portanto, que nesta fase é importante que exista um trabalho interdisciplinar entre o médico cirurgião plástico e o psicólogo ou psiquiatra. Além disso, foi observado que é um momento de angústia, medo e ansiedades em que o tratamento psicológico seria interessante tanto para conhecer as expectativas e preparar o indivíduo para a cirurgia como no pós-operatório, motivando-o na fase de recuperação.

Passada essa etapa, surge a segunda fase da ressignificação do sujeito que se submete à cirurgia plástica. Este é um momento decisivo, pois abrange a cirurgia plástica em si e todo o período pós-operatório que pode variar de acordo com o paciente e o tipo de cirurgia. Percebeu-se, de acordo com os participantes, que nesta fase podem ocorrer as complicações imediatas e tardias da cirurgia plástica e que assim como qualquer cirurgia, requer cuidados e comprometimento da equipe e do próprio paciente.

O período inicial da segunda fase do processo de ressignificação, apesar de muitas vezes causar desânimo e arrependimentos, foi relacionado muito mais a parte corporal do indivíduo do que a mental, pois os edemas, hematomas e a cicatrização são as principais preocupações do médico cirurgião plástico e também do paciente. Deste modo, para promover um bem-estar e uma recuperação mais rápida, os tratamentos fisioterapêuticos foram frequentemente indicados e o trabalho interdisciplinar entre o médico e o fisioterapeuta mostrou-se vantajoso para o resultado final da cirurgia. Contudo, também foi observado que o equilíbrio emocional do paciente é fundamental para a total recuperação corporal, sendo o psicólogo, algumas vezes, indicado para uma melhor aderência do paciente na fisioterapia e para a preparação de sua volta à sociedade.

Já a terceira fase deste processo, compreende o período pós-operatório mais tardio em que os resultados da cirurgia plástica começam a aparecer e as novas significações, ou ressignificações, terminam a sua construção e se dirigem para a materialização das novas ideias mentais e corporais sobre si mesmo. Observou-se no estudo, que nessa etapa além das cirurgias plásticas manifestarem-se como um fenômeno de mudança de percepção simbólica do corpo ou de alteração na representação mental da imagem corporal, também ocorreu uma transformação na atitude e nos modos de ser e agir das pessoas que se operaram.

Neste sentido, as principais modificações comportamentais citadas pelos participantes referiam-se à valorização de si mesmo, a autoconfiança, a segurança, a autoestima, a satisfação, a mudança na percepção de si mesmo e na representação da imagem corporal, a melhora na comunicação e, conseqüentemente, nas relações sociais e nos cuidados com o corpo. Deste modo, de acordo com os entrevistados, a mudança de atitude foi considerada a alteração mais evidente, pois a partir de uma reprogramação mental ocorreu uma modificação da identidade diretamente relacionada com o grau de satisfação com o resultado cirúrgico.

Se o resultado da cirurgia plástica cumprisse com as expectativas do sujeito seria então considerado um procedimento satisfatório com uma melhora da autoestima automaticamente alterando o comportamento do indivíduo de maneira positiva tanto nas relações com os outros como nos próprios cuidados consigo mesmo, principalmente, através de atividades físicas para manutenção do corpo. Sem embargo, se o resultado cirúrgico fosse insatisfatório, a autoestima diminuiria e repercutiria em pensamentos negativos sobre si mesmo causando sentimentos de arrependimento, tristeza e podendo levar à depressão.

Ademais, foi visto que para os participantes que haviam se submetido à cirurgia plástica, a mudança principal observada era de fundo emocional e mental. Porém, para os profissionais

entrevistados a cirurgia plástica modificava mais a parte corporal e, provavelmente, isso pudesse refletir numa mudança mental causada pela melhora da autoestima e da percepção de si mesmo. Na presente investigação, pôde-se constatar que existe uma modificação primeiramente corporal e, logo, uma mudança simbólica (mental) que influenciava nos comportamentos sociais da pessoa que, dependendo do resultado, torna-se mais comunicativa e feliz ou arrependida e triste. Entretanto, viu-se que esses dois processos de ressignificação podem ser apresentados simultaneamente, porém a temporalidade variará de acordo com as percepções dos sujeitos que são individuais e subjetivas.

Ainda deve-se destacar que nessa terceira fase, o trabalho do antropólogo mostrou-se mais aparente, pois como foi considerado pelos participantes um labor muito mais teórico do que prático, teve uma função colaborativa no entendimento dos comportamentos conflituosos dos pacientes que poderiam interferir no resultado final da cirurgia plástica. Ademais, nas entrevistas, as respostas sobre o papel do antropólogo no processo de ressignificação não foram claras tanto dos diversos profissionais entrevistados como também a resposta dos próprios antropólogos que não sabiam ao certo como poderiam atuar de uma maneira aplicada dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgia plástica.

Resumindo esse aspecto, viu-se que as informações obtidas mostraram que apesar da cirurgia plástica modificar diretamente o corpo do paciente com o bisturi do médico, as principais mudanças comentadas pelos participantes referiam-se a uma alteração na maneira de pensar e agir com relação aos outros e também a si mesmo. Deste modo, entende-se que a cirurgia plástica promoveu uma transformação nas representações simbólicas de ser e existir no mundo do indivíduo e por mais que o procedimento promova um resultado visual inquestionável, a mudança que prevaleceu no estudo foi comportamental. Assim, pensa-se que esse processo começa na preparação do paciente para a cirurgia, mas termina somente meses ou anos depois, quando a pessoa volta a sua rotina diária e cria

uma nova maneira de ver-se (imagem corporal), sentir-se (autoestima) e, conseqüentemente, de atuar (atitude).

Desta maneira, os resultados encontrados no estudo referentes ao processo de ressignificação do corpo e da mente coincidem com as hipóteses apresentadas, pois se supôs que as mudanças de significação após uma cirurgia plástica eram tanto de cunho corporal como mental, assim como foi observado nos resultados da investigação. Além disso, as mudanças encontradas foram interpretadas apenas simbolicamente e não através de plasticidade neural como também se imaginava nas hipóteses, pois a metodologia do estudo não permitia tal constatação sem exames neurológicos específicos.

Outro objetivo do estudo foi o de entender o trabalho interdisciplinar entre médicos cirurgiões plásticos, fisioterapeutas, psicólogos e antropólogos e observou-se que a relação entre os profissionais que trabalham com cirurgias plásticas é extremamente variável. A maioria das equipes do Rio de Janeiro eram bem integradas com diversos profissionais que trabalham bem em conjunto. Por outro lado, as equipes de Barcelona eram mais individualizadas, sendo que apenas uma delas tinha uma equipe integrada, inclusive, com dentistas, nutricionistas e educadores físicos, profissionais que não foram encontrados em outras clínicas de cirurgias plásticas. Além disso, nessa clínica de Barcelona havia uma grande cooperação e mistura de papéis entre os profissionais envolvidos com as cirurgias plásticas, diferentemente das clínicas do Rio de Janeiro que, apesar de integradas, cada profissional tinha o seu papel bem estabelecido.

Outro ponto de destaque acerca do trabalho interdisciplinar entre os profissionais de Barcelona e Rio de Janeiro diz respeito a indicação aos tratamentos fisioterapêuticos e psicológicos. Constatou-se que todos os médicos cirurgiões plásticos entrevistados afirmaram que indicam a fisioterapia no pós-operatório e, alguns, até mesmo no pré-operatório quando dispunham de tempo para isso, pois a

maioria dos pacientes queria a cirurgia o mais rápido possível.

Os fisioterapeutas entrevistados tinham a mesma opinião que os médicos e também disseram que a fisioterapia no pré-operatório tem um papel importante no diagnóstico de problemas posturais para evitar que as assimetrias do paciente sejam agravadas após a cirurgia, sendo o contato com o cirurgião plástico essencial para o sucesso dos resultados cirúrgicos. Já no pós-operatório, imediato e tardio, se previne e/ou trata as respostas e complicações advindas das intervenções cirúrgicas, além de proporcionar uma diminuição da ansiedade pós-operatória. Portanto, os fisioterapeutas, em seu trabalho interdisciplinar, objetivam preparar os tecidos para a intervenção cirúrgica, acelerar a recuperação pós-operatória e prevenir e controlar algumas complicações comuns.

Por outro lado, apesar da maioria dos participantes apontar a importância dos psicólogos na identificação de medos, dúvidas, expectativas e situações potencialmente patogênicas do paciente, não foram encontrados muitos psicólogos trabalhando dentro das equipes de cirurgia plástica. Somente no Rio de Janeiro, os psicólogos trabalhavam nas clínicas com os médicos. Para os participantes do estudo, o psicólogo minimiza a angústia e a ansiedade, favorece a expressão dos sentimentos e auxilia na compreensão da situação vivenciada. Também proporciona um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde auxiliando na adaptação à nova imagem corporal.

Neste sentido, considera-se que a psicologia vem trazendo às cirurgias plásticas contribuições que favorecem um modelo biopsicossocial em saúde, a partir de ações interdisciplinares que contemplem a compreensão da pessoa como um todo. Também foi visto que alguns cirurgiões plásticos têm em seus protocolos a previsão de avaliação e acompanhamento psicológico, desde a indicação da cirurgia, até os programas de reabilitação e reintegração sócio-familiar. No entanto, a atuação dos psicólogos mostrou-se mais evidente nos casos de cirurgias de redesignação sexual, cirurgias bariátricas e algumas modalidades de reconstrutivas, não sendo muito praticada em cirurgias plásticas estéticas.

Já com relação aos antropólogos, nenhum médico cirurgião plástico entrevistado nesse estudo disse ter algum contato com esse profissional, apesar desses médicos considerarem interessante os conhecimentos do antropólogo sobre o homem e a sua cultura. Alguns participantes comentaram que o antropólogo poderia auxiliar holisticamente dando uma visão geral dos problemas em saúde pelos comportamentos e culturas de uma sociedade.

Também viu-se no estudo, que o antropólogo que trabalha com saúde em uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas aproxima o seu trabalho ao uso da antropologia aplicada, pois emprega conceitos teóricos com o objetivo de evitar futuros problemas biopsicossociais como uma complicação cirúrgica, um arrependimento ou um isolamento social por vergonha do resultado. Entretanto, nessa investigação não foi encontrado nenhum antropólogo trabalhando em uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas e nem mesmo os próprios antropólogos entrevistados entendiam bem o seu papel na antropologia aplicada, mostrando existir pouco entendimento de seu trabalho fora da parte teórica.

Também foi perguntado se os profissionais entrevistados sabiam bem o seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgias plásticas e em todos os casos eles disseram que sim. No entanto, o único profissional que mostrou-se não entender bem o seu papel diretamente no tema foram os antropólogos. Portanto, pensa-se que existe uma falta de conhecimento acerca de como o antropólogo pode atuar de forma direta ou aplicada numa equipe interdisciplinar, pois esse profissional pode atuar não só apontando benefícios, mas também criando estratégias que solucionem problemas em saúde associados à diversidade sociocultural que pode influenciar na realização de cirurgias plásticas. Os antropólogos também podem ser vistos como um elo entre a medicina e a sociedade, pois aconselham os profissionais sobre temas socioculturais que fogem de suas alçadas.

Por outro lado, os psicólogos tinham bem claro qual era o seu papel dentro de uma equipe de cirurgia plástica, mesmo que esses profissionais não estivessem incluídos na maioria das clínicas e equipes de cirurgia plástica. Para eles, o seu papel nas cirurgias plásticas seria o de discutir casos, a expectativa do paciente, levar questões da personalidade do sujeito, de estimulá-lo e ajudá-lo a voltar a sua vida social com uma nova imagem corporal e autoestima.

Os fisioterapeutas também tinham o seu papel bem definido em relação às cirurgias plásticas. Sem embargo, todos os entrevistados eram especialistas em dermatofuncional e possuíam um bom conhecimento na área. Assim que não se pode afirmar, se outros fisioterapeutas sem essa especialização também teriam esse entendimento. Para os fisioterapeutas do estudo, o seu papel nas cirurgias plásticas era de fazer com que o paciente sofra o menos possível fazendo com que os tecidos voltem a sua normalidade no menor tempo, evitando complicações e potencializando o resultado da cirurgia.

Neste sentido, ficou evidente que os profissionais que mais conheciam o seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar de cirurgia plástica são os próprios cirurgiões plásticos, talvez pela sua atuação direta com os pacientes ou pela história da medicina que exaltava o trabalho do médico. Os médicos cirurgiões plásticos afirmaram que o seu papel era de ser um mediador entre um desejo e uma realidade e que para isso, eles deveriam ser racionais usando o conhecimento científico, o domínio técnico, a seriedade, responsabilidade e também um pouco de sensibilidade.

Neste estudo, também foi observado que existe uma certa hierarquia entre os profissionais envolvidos nas cirurgias plásticas e que o médico cirurgião plástico está no topo da pirâmide, seguidos pelos enfermeiros, os técnicos de enfermagem, o anestesista, o fisioterapeuta, o psicólogo e, por último, o antropólogo. Essa caracterização auxilia na compreensão de determinados padrões de comportamento dos profissionais de uma equipe interdisciplinar que podem influenciar na sua

relação entre si e com o paciente. Entretanto, deve-se destacar, que nem todos profissionais em saúde se enquadram nesta tipologia, mas considera-se interessante conhecer todos os aspectos que possam influenciar no trabalho de uma equipe interdisciplinar que busca redimensionar os critérios de cuidados e os protocolos de procedimentos no pré, trans e pós-operatórios.

Também constatou-se que, apesar de existir uma relação entre os profissionais, existe um trabalho mais multidisciplinar que interdisciplinar porque a maioria dos participantes faz o seu trabalho independentemente, mesmo trabalhando na mesma clínica. Pode até existir uma discussão de casos, mas poucas foram as mudanças de condutas observadas em casos de intercorrências operatórias, pois cada profissional fazia o seu trabalho individualizado (cirurgião plásticos, fisioterapeutas, psicólogos e antropólogos), sem acrescentar para a equipe um novo conhecimento acerca da solução dos problemas. Isso porque, geralmente, os problemas foram resolvidos primeiro pelo médico e logo pelos outros profissionais em questão, sem uma solução integral de toda a equipe, pois, de acordo com um dos participantes “cada profissional vende o seu peixe”.

Ademais, viu-se que o profissional da saúde sofre com pressões dos pacientes de conseguir um resultado estético com excelência, porém necessita impor alguns limites diferenciando a realidade das expectativas. Considera-se assim que o modelo biomédico cobra o pleno domínio do conhecimento, que de certa forma, impõe a formação de especialidades que fracionam as ações em saúde e conseqüentemente negam a possibilidade de um modelo biopsicossocial e interdisciplinar completo. Desta maneira, constatou-se que as equipes interdisciplinares precisam associar e usar as informações de todos os profissionais envolvidos, pois na própria formação dos profissionais de saúde existe essa hierarquização que dificulta o relacionamento dos profissionais que trabalham com as cirurgias plásticas.

Outros profissionais em saúde, como os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, o

dermatologista e o médico clínico geral, também foram citados na investigação como profissionais que trabalham com as cirurgias plásticas. No entanto, para delimitar e centralizar o objetivo do estudo, esses profissionais não foram analisados na investigação. Além disso, seria inviável um estudo com tantos objetos no período de tempo estipulado para acabar essa tese. Porém, sugere-se novos estudos antropológicos que abordem tais profissionais dentro do campo das cirurgias plásticas.

Cabe, também, não só aos cirurgiões plásticos, mas aos demais profissionais da área de saúde possibilitarem a introdução do antropólogo nas equipes interdisciplinares. Além disso, ele próprio deve instrumentalizar-se adequadamente para conquistar, pelo seu conhecimento, pelo valor de seu trabalho e pela sua dedicação, seu espaço dentro das equipes cirúrgicas.

O outro objetivo dessa investigação buscava conhecer a diferença das representações simbólicas das cirurgias plásticas no Rio de Janeiro e Barcelona. Notou-se que apesar dessas cidades localizarem-se em países distantes, existia uma certa similaridade na cultura das cirurgias plásticas. Sem embargo, o que mais chamou a atenção foi as diferenças das percepção entre os participantes do estudo em relação a visão das cirurgias plásticas.

Nesse contexto, para os entrevistados de Barcelona pensa-se que existia uma certa resistência em aceitar esse procedimento cirúrgico como algo puramente estético, pois os participantes comentavam que as cirurgias plásticas deveriam ser realizadas somente em casos de necessidade por algum acidente ou uma má-formação congênita. Também notou-se que existia um certo tabu associado à cirurgia estética, uma espécie de vergonha para quem fez o procedimento, sendo comum a necessidade de esconder-se ou mentir sobre a submissão a esses procedimentos.

Fato totalmente oposto ao observado no Rio de Janeiro em que os participantes tratavam o tema com mais naturalidade. Ademais, a maioria dos participantes disse sentir uma pressão social para

estar em forma e que as cirurgias plásticas tornaram-se uma alternativa frequente. Também comentavam que se sentiam orgulhosos em falar para os amigos que fizeram ou que iriam submeter-se a uma cirurgia plástica como se fosse um status social que demonstrava um determinado poder aquisitivo. Além disso, também trocavam experiências, indicações de médicos e mostravam os resultados cirúrgicos como uma forma de comparação e de incentivo com os familiares e amigos próximos.

Nesse sentido, também foi notado que existia uma diferença a respeito das expectativas dos participantes. No trabalho de campo, viu-se que os entrevistados de Barcelona buscavam resultados mais naturais e, por outro lado, os do Rio de Janeiro queriam chamar a atenção e exibir as suas novas formas. Percebeu-se que existia uma certa preocupação dos participantes, tanto do Rio de Janeiro como de Barcelona, em justificar a insatisfação que sentiam em relação ao corpo, pois eles justificavam a cirurgia plástica por considerar algo desproporcional em relação à sua estrutura corpórea que os inferiorizavam ante os demais e causavam sentimentos de vergonha, insegurança e baixa autoestima.

Outro ponto de destaque nas entrevistas, referiu-se aos preços das cirurgias plásticas. Foi constatado que na Espanha, geralmente, essas operações custavam mais caro que no Brasil. Por isso, muitos espanhóis viajavam para outros países para realizar as cirurgias plásticas com um preço mais acessível, principalmente as cirurgias plásticas de redesignação sexual que comumente já são mais custosas que as demais. A Tailândia foi o país mais citado para a submissão desse tipo de cirurgias plásticas e os países da América Latina para as cirurgias mais rotineiras como lipoaspiração e mamoplastia de aumento com colocação de prótese de silicone.

Além do preço, outra característica que diferenciou a cirurgia plástica nessas duas cidades foi a maneira da colocação da prótese de silicone na cirurgia de mamoplastia de aumento. De acordo com

os participantes, em Barcelona a maioria das incisões cirúrgicas foram realizadas por baixo do músculo peitoral para obter assim um resultado mais natural possível. Porém, diferentemente, no Rio de Janeiro, nessa mesma cirurgia a incisão da prótese é geralmente colocada por cima do músculo, o que deixa o resultado cirúrgico ainda mais evidente. Ou seja, algo simples como a maneira de operar pode causar reflexões sobre a cultura de uma população em relação ao corpo.

Também buscou-se identificar os principais problemas biopsicossociais relacionados com as cirurgias plásticas. Os problemas encontrados foram divididos em biológicos, psicológicos e sociais. O biológico refere-se às alterações anatômicas e químicas que ocorrem no corpo no período trans e pós-operatório de uma cirurgia plástica. Dentre as complicações pós-cirúrgicas mais comuns relacionadas com as cirurgias plásticas encontraram-se os hematomas, seromas, infecções na cicatriz cirúrgica, deiscência, necrose cutânea e gordurosa, alterações cicatriciais, assimetrias, retrações, cicatriz quelóide, dormência ou formigamento, sangramentos, entre outras. As complicações relacionadas com a qualidade da cicatrização foram as que os cirurgiões plásticos mais se preocuparam. Já os fisioterapeutas buscavam, principalmente, evitar as fibroses e aderências e os psicólogos reduzir a ansiedade que essas intercorrências poderiam causar.

Os cirurgiões plásticos também comentaram que prestam uma grande atenção à prevenção de tromboembolismos venosos (TEV) com protocolos próprios utilizados sempre que um paciente parece ter algum risco. Assim, observou-se que os problemas biológicos das cirurgias plásticas, geralmente, foram solucionados pelos médicos e, logo, pelos fisioterapeutas com os tratamentos pós-operatórios.

A segunda categoria encontrada de problemas associados às cirurgias plásticas foram os psicológicos, que interferem diretamente na satisfação do resultado cirúrgico. Neste sentido, a dificuldade mais citada pelos participantes do estudo foi a expectativa irreal dos pacientes em

relação à cirurgia plástica. Outro problema bastante comentado foi o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) que causa um frequente descontentamento com o resultado cirúrgico independente de estar esteticamente bem. Portanto, considera-se o trabalho do psicólogo importante tanto no pré-operatório, para avaliar as expectativas do paciente, como no pós-operatório, para incentivar os cuidados do paciente e assegurar a sua adaptação e a sua volta à sociedade evitando a ilusão de que a cirurgia plástica modificará totalmente características físicas, étnicas ou mudará a personalidade e a identidade resolvendo outros aspectos da vida que estavam mal.

Por fim, o último problema encontrado em relação às cirurgias plásticas foi denominado de social. Enquadraram-se nessa categoria, a falta de especialização dos médicos ou não-médicos, que realizam cirurgias plásticas de maneira clandestina sem nenhuma prevenção a infecções, anestesia ou conhecimento da cirurgia. Diversos participantes do estudo citaram as complicações geradas por esse tipo de profissional que opera sem o preparo e especialização necessária levando muitos pacientes, que buscam um preço baixo, à óbito ou a graves complicações. O desejo de ter um corpo bonito dentro dos padrões de beleza mostrou-se ultrapassar cuidados importantes em saúde pelo imediatismo e busca de um custo acessível.

Nesse contexto, também foi bastante comentado no presente estudo que os tratamentos fisioterapêuticos pós-operatórios, muitas vezes, eram realizados por profissionais sem qualificação em cirurgias plásticas tanto por fisioterapeutas que não conhecem as técnicas adequadas como por outros, como esteticistas e até mesmo cabeleireiros. A democratização das cirurgias plásticas parece não permitir que exista uma atenção aos cuidados no pós-cirúrgico, pois, muitas vezes, as pessoas já gastaram com a cirurgia e não podem pagar mais por tratamentos adequados. Deste modo, procuram outras opções mais baratas que podem prejudicar o resultado cirúrgico ou até mesmo causar mais complicações como seromas, deiscências e infecções.

O outro problema social encontrado refere-se a motivação dos participantes em realizar cirurgias plásticas influenciados apenas pela sociedade, amigos, conjugue, mídia ou qualquer outra fonte externa. Submeter-se a uma cirurgia plástica motivados pelos olhares e comentários dos outros foi considerado um dos problemas sociais mais comumente encontrados nessa investigação. Sem embargo, muitos participantes não percebem a grande influência externa que continha em seus discursos, pois seguiam falando de sua vida como se o desejo viesse deles, muitos porque, ao final da cirurgia, gostaram do resultado cirúrgico e afirmaram, surpreendentemente para mim, que talvez “os outros” tivessem alguma razão em sugerir a cirurgia.

Além disso, outro objetivo investigado buscou descrever o contexto sociocultural das cirurgias plásticas de redesignação sexual. Nesse sentido, viu-se os principais momentos da trajetória de uma mulher transexual lésbica que desconstruiu antigos conceitos sobre a transexualidade limitados pela sociedade binária heteronormativa. O ponto forte na formação identitária do gênero da participante ocorreu quando ela se dispôs a aceitar-se, para si e para os outros, abrindo um leque de novas oportunidades de ser feliz, mesmo com diversas batalhas socioculturais a combater. Ela iniciou um tratamento psicológico, hormonal e logo cirúrgico e detalhou cada etapa de sua transição de gênero. Nessa cirurgia, o psicólogo, o endocrinologista⁴⁸ e o cirurgião plástico trabalham em conjunto para uma adaptação completa do indivíduo ao seu novo corpo.

Pode-se compreender a transexualidade como um espetáculo do corpo onde o público social comumente critica os atores. Existe um paradoxo culturalmente construído em que, de um lado, a indústria farmacêutica estimula a formação de novas possibilidades de gêneros, mas de outro, a sociedade tradicionalista dificulta a sua vida laboral, levando as pessoas transexuais a seguir, muitas vezes, um caminho de prostituição, abandono e violência por pura falta de oportunidades.

Também observou-se que habitar um corpo sacionormativo com o qual o sujeito não se

48 Médico especialista no sistema endócrino e suas secreções, como os hormônios por exemplo.

identifica causa sofrimento e marcas emocionais que nem sempre podem ser superadas, levando muitas os indivíduos transexuais a cometer suicídio, entrar em depressão ou a automutilar-se. Deste modo, manter essas pessoas vivas, ativas e vistas, mesmo que estejam fora dos padrões de beleza convencionados pela mídia, as transforma em mais do que atores do espetáculo do corpo, mas também em diretoras, produtoras, formadoras de críticas e aplausos do show das suas vidas.

Portanto, diante dos dados obtidos, pode-se afirmar que a transição de gênero, mais do que proporcionar o gênero e a sexualidade ansiada, buscou a perpetuação da saúde pelo bem-estar físico e emocional proporcionado. Também eliminou os próprios medos, as culpas e os preconceitos ao enfrentar as barreiras socionormativas impostas pela sociedade. Ademais, através desse estudo, reflexionou-se sobre como a sociedade pode influenciar diretamente em todas as fases da vida das pessoas transexuais desde a infância até a velhice, etapa que deveria ser libertadora. Porém, como esse estudo tratou de um público transgênero muito específico relacionado com as cirurgias plásticas, sugiro que novos estudos sejam feitos com outras abordagens que promovam um maior entendimento de todos os diferentes contextos socioculturais que integram o movimento transexual.

Além disso, com o fim de complementar a observação participante e as entrevistas semiestruturadas, alguns participantes dos estudo responderam a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e fizeram o teste do Desenho da Figura Humana (DFH). A pontuação utilizada no estudo variou de zero a dez, sendo que zero considerava que a pessoa possuía uma ótima autoestima, cinco uma média autoestima e dez uma autoestima baixíssima. Portanto, quanto menor fosse a pontuação da EAR melhor seria a autoestima do participante. Sem embargo, no presente estudo, nenhum dos participantes, nem do Rio de Janeiro e nem de Barcelona, apresentou índices maiores de cinco pontos demonstrando que todos tinham um bom nível de autoestima.

No Rio de Janeiro, três participantes, de um total de cinco, que realizaram cirurgias plásticas

apresentavam uma pontuação um pouco mais elevada na EAR que os demais, porém mesmo assim, nenhum deles chega a ter uma autoestima média ou uma baixa autoestima. Neste mesmo sentido, também foi observado que os participantes que não realizaram cirurgias plásticas possuem uma pontuação ainda mais baixa na EAR, de zero e um, representando uma autoestima com um nível elevado. Portanto, tanto os participantes do Rio de Janeiro que se operaram como os que não, possuem uma boa autoestima.

Torna-se importante destacar que, apesar desta comparação ser de cinco pacientes contra dois participantes, esse dado complementar do estudo mostra-se relevante, pois demonstra que os participantes que não realizaram cirurgia plástica possuem uma pontuação muito baixa na EAR representando uma autoestima com um nível elevado mesmo sem a necessidade de operar-se.

Já em Barcelona apareceu o contrário, o nível de autoestima foi mais baixo nos participantes que não fizeram nenhuma cirurgia plástica. A maioria dos participantes de Barcelona, quatro de cinco, que realizaram cirurgias plásticas tiveram uma pontuação de zero na EAR, portanto, representando uma ótima autoestima. Já os participantes que não realizaram cirurgias plásticas apresentaram uma pontuação de três e dois pontos na EAR, dados que também indicam que os participantes possuem uma boa autoestima, porém não tão alta quanto os participantes que realizaram alguma cirurgia plástica.

Entretanto, deve-se ressaltar que analisando somente essa escala não se sabe exatamente se esse ótimo nível de autoestima deve-se ao fato de terem realizado uma cirurgia plástica ou já se sentiam assim antes mesmo da cirurgia, pois a EAR foi aplicada apenas posteriormente à cirurgia plástica. Contudo, comparando os índices da EAR encontrados no estudo com o conteúdo dos discursos das entrevistas semiestruturadas desses mesmos participantes, constata-se que a autoestima da maioria dos participantes melhorou após a cirurgia plástica, pois proporcionou uma maior confiança em si

mesmo e segurança quando mudaram algo no corpo que não estava de seu agrado.

Também realizou-se o Teste do Desenho da Figura Humana (DFH), de Karen Machover, com o objetivo de entender melhor as representações simbólicas dos participantes acerca das percepções de corpo, imagem corporal, autoestima e para ver se os retratos desenhados coincidiam com as suas palavras. Encontrou-se na interpretação do teste que cada pessoa desenhava algo intimamente relacionado com os seus impulsos, ansiedades, conflitos e compensações características da sua personalidade. Deste modo, as figuras que os participantes desenhavam foi, de alguma maneira, uma representação ou projeção das suas próprias personalidades e dos seus papéis no mundo em que vivem. Deve-se enfatizar que os quatro desenhos solicitados aos participantes foram interpretados antropologicamente, sendo a conversa fundamental para a total interpretação.

No primeiro desenho, eu pedi para que as pessoas desenhassem uma pessoa sem especificar o gênero. A maioria dos participantes do Rio de Janeiro começou desenhando uma mulher, já em Barcelona foi o contrário, a maioria dos participantes desenhou um homem primeiramente e, depois, uma mulher. No entanto, de acordo com as falas e conversas, observou-se que a ordem dos desenhos não teve influência no comportamento cultural, nos modos de ser e na busca por igualdade de gênero dos investigados em sociedade, tendo sido considerada a ordem dos desenhos aleatória.

Logo, no seguinte desenho eu solicitei que os participantes retratassem uma pessoa do gênero oposto ao do primeiro desenho. De acordo com seus relatos, notou-se que a maioria das participantes mulheres do Rio de Janeiro desenhou um homem que se parecia com o seu parceiro atual ou o tipo de namorado que elas gostariam de ter. Ademais, essas mulheres desenharam homens de acordo com o padrão estético atual projetado pela mídia, caucasianos, com cabelos curtos e com roupa de estilo casual. Somente uma participante de Barcelona desenhou um homem negro e com cabelo crespo por, em suas palavras, “não gostar de padrões de beleza”. Esse resultado

pode demonstrar que a maioria das mulheres busca um padrão de beleza que é constantemente mostrado pela mídia e que se automatiza nas representações de ideais de homem.

O terceiro desenho solicitado, foi o de si mesmo, considerado-se que quanto mais detalhado fosse o retrato, mais relação teria com a vaidade e a autoestima do participante. Neste sentido, percebeu-se que os participantes do Rio de Janeiro fizeram desenhos bem detalhados de si mesmos e, geralmente com sorrisos e expressões de felicidade. Além disso, comparando os desenhos com os discursos de suas entrevistas e com os índices da EAR, pode-se observar que essas participantes tinham uma boa autoestima e uma apurada percepção de sua imagem corporal expressando, pelos desenhos, contentamento e vaidade.

Um fato interessante foi que três participantes de Barcelona desenharam a si mesmos com as mãos no bolso, o que pode ser entendido como uma maneira de esconder algo dos outros ou de si mesmo, como uma vergonha, um medo ou uma insegurança. Ademais, alguns participantes de Barcelona fizeram o seu retrato com uma expressão séria, parecendo mais tristes que a pessoa que desenharam do mesmo gênero, enquanto os participantes do Rio de Janeiro se retrataram sorrindo e mais felizes que o outro desenho.

Uma explicação para isso pode ser o fato de, apesar de pequena a diferença de pontos da EAR dos participantes, um aspecto que pode interferir nas expressões dos desenhos é o nível de autoestima. Também é importante considerar o fato dos participantes serem de países diferentes com distintas culturas, que podem refletir na maneira como a pessoa quer ser vista pelos outros ou de se sente perante a sociedade. Além disso, foi encontrado nas entrevistas, que no Brasil as pessoas consideram a vaidade como sinônimo de sucesso e felicidade, mas na Espanha a vaidade é mais bem associada à futilidade e a superficialidade, podendo o sorriso, ou a falta dele, ser um modo de expressão do comportamento cultural de cada país.

Outro ponto de destaque que apareceu nos desenhos foi o retrato de duas participantes mulheres transexuais que desenharam a si mesmos com uma certa ambiguidade e mistura de gêneros. Esses retratos podem representar as suas experiências de vida de transição de gênero, uma mistura do que são atualmente com o que foram no passado. Esse resultado mostra que apesar da transição e da boa aceitação de si mesmos, essas participantes ainda se percebem como uma pessoa andrógina que mistura os dois gêneros sicionormativos.

O último retrato baseou-se em um desenho livre e, surpreendentemente, os desenhos foram similares tanto no Rio de Janeiro como em Barcelona. Três participantes desenharam flores, cinco retrataram paisagem de praia, outros quatro representaram uma casa. Apenas uma participante desenhou outra pessoa e um gato. Considera-se que os desenhos livres representam as experiências felizes vividas, lugares e coisas que fizeram o indivíduo alegre em algum momento de sua vida.

Sem embargo, os desenhos do teste não deverão ser tomados textualmente sem técnicas adjuntas, pois, apesar de muitos parecem ter um valor universal, podem ter uma íntima relação a psicodinâmica pessoal, com a época e com a cultura em que vive o sujeito investigado. Ademais, os indivíduos também costumam eleger um desenho que pensam ser mais fácil de se fazer ou aquele que é conhecido, pois desenhavam desde criança quando estavam na escola, sendo assim considerado um desenho seguro, possível de se realizar. Portanto, esses símbolos são relativos e podem ter significados diferentes quando interpretados, sendo interessante uni-los com uma associação com outros métodos, como foi realizado nesse estudo juntamente com a observação participante, as entrevistas semiestruturadas e a EAR.

Por fim, reitera-se que os testes anteriores foram realizados no intuito de complementar as entrevistas semiestruturadas no trabalho de campo, porém mostraram dados que sem a utilização desses instrumentos teria passado despercebido. Um dos aspectos importantes que foi observado

na EAR foi que todos os participantes, mesmo sendo escolhidos aleatoriamente, possuíam uma boa autoestima, tanto os que realizaram cirurgias plásticas como os que não se submeteram a esses procedimentos. Além disso, as informações encontradas no Rio de Janeiro e em Barcelona não foram discrepantes demonstrando que os participantes se diferenciavam mais por seus discursos nas entrevistas do que por seu nível de autoestima.

Já com relação a imagem corporal observada no teste do Desenho da Figura Humana (DFH), notou-se que os desenhos eram baseados nos modelos de corpos que as pessoas conhecem e nos detalhes de moda que elas consideram bonitos e significativos. O desenho de si mesmo comparado com o desenho do indivíduo do mesmo gênero demonstra que, na maioria das vezes, as pessoas se sentem mais feias e inferiores do que os sujeitos que elas admiram, pois os traços eram mais felizes para os participantes do Rio de Janeiro e mais tristes para os de Barcelona.

Portanto, constata-se que as cirurgias plásticas estão associadas tanto ao plano simbólico do corpo quanto ao seu plano mecanicista e que, até mesmo este plano é constituído de um sistema de racionalizações que desenvolvem e ratificam concepções que estão enraizadas em demandas intelectuais e estruturas simbólicas, podendo-se denominar as cirurgias plásticas de “cirurgias psicoplásticas”, pois modificam diretamente o corpo e indiretamente as representações simbólicas de si mesmo do indivíduo que se opera.

Isso porque viu-se que as pessoas psicologicamente instáveis podem ser guiadas mais pela emoção do que pela razão, sendo importante que os profissionais que trabalham com as cirurgias plásticas, principalmente os cirurgiões plásticos e os psicólogos, atuem em conjunto analisando o estado psicológico e esclarecendo bem os procedimentos para que o sujeito possa compreender se existe uma indicação de operar-se ou não. Também observou-se que muitos pacientes, mesmo com o avanço tecnológico das cirurgias e anestésias, sentem um intenso desconforto emocional, pois imaginam o seu futuro incerto sem saber como serão as mudanças na sua imagem corporal e,

consequentemente, nas suas vidas.

Dessa maneira, pensa-se que esta tese cumpriu as expectativas esperadas no plano de investigação (problema, objetivos e hipóteses) e também pôde trazer novas abordagens que antes não estavam previstas (transexualidade e cirurgias de redesignação sexual), mas que foram incorporadas no estudo. Entender o processo de ressignificação corporal e mental com um viés antropológico auxilia a todos os profissionais da saúde tanto no entendimento holístico do paciente como também nos aspectos culturais enraizados que influem em suas decisões. A partir desses resultados, considera-se possível usar essa tese doutoral como um material de consulta e de formação de estratégias em saúde para utilização das equipes interdisciplinares de cirurgia plástica, pois abordou-se o trabalho e a visão dos diversos profissionais envolvidos nessa área do conhecimento médico de uma maneira integral.

Também percebeu-se que existe um grande interesse em investigações que associem a antropologia com os discursos que abordem questões culturais da saúde, do corpo e as suas repercussões em fenômenos interdisciplinares. Isto porque quando analisamos o corpo, pensamos nos contextos sociais que lhes rodeiam, pois desde o início da humanidade o corpo possui suas peculiaridades de acordo com cada época, cultura e sociedade. Ademais, esse estudo destaca-se, pois poucos estudos trataram as cirurgias plásticas com uma abordagem tão interdisciplinar como a usada nesta tese que buscou esclarecer, universalizar e atualizar conceitos e simbologias associadas ao corpo que parecem ser corriqueiras, mas que até hoje são temas de discussões.

Entretanto, algumas limitações estão presentes neste estudo, pois foi difícil estabelecer relações causais exatas entre as variáveis encontradas na EAR e no teste do DFH, sendo uma interpretação subjetiva de uma população pequena e específica. No entanto, pensa-se que aspectos importantes de disfunção física e psicológica foram tratados utilizando um instrumento pouco familiar para os

antropólogos, mas que mostrou-se ser complementar aos discursos das entrevistas semiestruturadas trazendo representações visuais importantes e pouco abordadas em outras investigações. Portanto, essa metodologia, foi a opção mais viável e adequada para testar as hipóteses do estudo. Por fim, sugere-se para um futuro considerar investigações antropológicas adicionais sobre a imagem corporal e autoestima com uma amostra maior que possa permitir o aperfeiçoamento da compreensão dos diversos aspectos mentais e corporais rotineiramente vivenciados pelos pacientes de cirurgia plástica.

REFERÊNCIAS

- Abreu-de la Torre, C. L. (1997). Estética y salud mental. *Cirurgía Plástica*, 7(2), 62-65.
- Adami, F., Fernandes, T., Frainer, D. & Oliveira, F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. *Revista Digital – Lecturas* (83). Consultado on-line em <http://www.efdeportes.com>
- Agudelo, C. L. (2009). Arte, humanismo y cirugía: una visión holística. *Rev Colomb Cir*, (24), 207-222.
- Aguirre-Baztán, A., & Clerton-Martins, J. (2014). *A pesquisa qualitativa de enfoque etnográfico*. Coimbra: Grácio.
- Aguirre-Baztán, A. (1995). *Etnografía, Metodología en la Investigación Socio-Cultural*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Almeida, G. D., Loureiro, S. R., & Santos, J. D. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(2), 283-292.
- Almeida, R. A. D. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, 9(2), 99-113.
- Alvarenga, L. F.; Gislheni, A. P.; Paiva, L.L. (2015). “Velha baranga, sem espelho”: um ensaio sobre o espetáculo do corpo envelhecido. *Revista Antropología del cuerpo*, n. 0, pp.138-143. Disponível em: <<https://giiac.files.wordpress.com/2015/01/giiac-enero.pdf>> . Acessado em 22 jun. 2015.
- Alves, I. C. B. (2000). Panorama do ensino das técnicas de exame psicológico no Brasil. *Jornal do Conselho Federal de Psicologia*, 64, 10-11.

- Alves, I. C. B. (2015). O Desenho da Figura Humana para avaliação da inteligência de adultos analfabetos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 35(88), 75-92.
- Alves, P. C. B., & Minayo, M. C. D.S. (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FioCruz.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a02.pdf>
- American Psychiatric Association. (1975). History of the DSM . Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm> Acessado em 22 abr. 2016.
- Antonio, A. T. (2008). *Corpo e estética: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Antunes, P.P.S. & Mercadante, E.F. (2011). Algumas contribuições da filosofia e sociologia na compreensão do envelhecimento e velhice de travestis. *Revista Portal de Divulgação*, n.11, p.76-95.
- Aran, M., & Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, v.19, p.15-41.
- Anzieu, D. (2010). *El Yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D.(1989). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- Arteche, A. X., & Bandeira, D. R. (2006). O Desenho da Figura Humana: Revisando mais de um século de controvérsias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 133-156.
- Audino, M. C. F., & Schmitz, A. (2013). Cirurgia plástica e envelhecimento. *Revista*

Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 9, Supl. 1, p. 21-26.

Auricchio, A. M., & MCKB, Massarollo. (2007). Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão. *Rev Esc Enferm USP*, 41(1), 13-20.

Avelar, C. F. P., & Veiga, R. T. (2011). Beleza não põe mesa? Entendendo a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *Anais do Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – Enanpad*, 35, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Azize, R. L. (2010). O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. *Trabalho, educação, saúde*, 8(3), 563-574.

Babuccu, O., Latifoglu, O., Atabay, K., Oral, N., & Cosan, B. (2003). Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery*, (27): 44-49.

Bakhtin, M. (1996). *A cultura popular na idade Média e no renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo/Brasília: Hucitec.

Ballester, L. G. (2000). Galenismo y enseñanza médica en la universidad de Salamanca del siglo XV. *Dynamis*, (20), 209-247.

Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barfield, T. (2001). *Diccionario de Antropología*. Sanchez, C. (Trad.). Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Bartra, R. (2006). *Antropología del cerebro. La consciencia y los sistemas simbólicos*. Valencia: Pre-textos.

Barrie, James Mathew. (2002). *Peter Pan e Wendy*. São Paulo: Companhia das letrinhas.

- Barros, C. A. S. M. D., Werutsky, C. A., Gütfreind, C., Biernat, E. S., & de Barros, T. M. (1990). Transtorno da imagem corporal de obesos em grupoterapia. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 12(2), 75-83.
- Barros, F. B. M. (2003). Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. *Revista FisioBrasil*, (59), 20-31.
- Beauvoir, S. (1970). *Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beauchamp, T.L & Childress, J.F. (1994). *Princípios de ética biomédica*. 4a ed. São Paulo: Loyola.
- Benedetti, M. (2005). *Toda feita: O corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomena*. New York, USA: Julian Press.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Berger, M. (2006). *Corpo e Identidade Feminina*. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Bernuzzi de Sant'anna, D. (2014). *História da beleza no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Boas, F. (2004). *Antropologia Cultural*. Celso Castro (Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Boas, F. (2014). *Arte primitiva*. Ribeiro Fábio (trad.). São Paulo: Vozes.
- Boehs, A. E., et al. (2007). A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*, 16(2), 307-14.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80.

- Borba, R., Ostermann, A.C. (2008). Ge nero ilimitado: a construc a o discursiva da identidade travesti atrave s da manipulac a o do sistema de ge nero gramatical. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 409-432.
- Bordo, S. (2001). El feminismo: la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de estúdios de gênero. La ventana*, (14), 7-81.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Borges, F.D.S. (2010). *Dermato-funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. São Paulo: Phorte.
- Bourdieu, P. (2007). *A distinção crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk.
- Bourdieu, P. (1987). *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- Bourdieu, P.(1999). *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.621/2001*, de 16 de maio de 2001. A Especialidade Cirurgia Plástica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm Acessado em: 31mai. 2016.
- Bravo, A. (1996). *Femenino singular: la belleza a través de la historia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Braunstein, N. A., Pasternac, M., Benedito, G., & Saal, F. (1979), *Psicología: ideología y ciencia*. México: Siglo XXI
- Briceño-León, R., & Vlassof, C. (2000). La experiencia de construcción de una comunidad científica en ciencias sociales y enfermedades tropicales en América Latina. In: Barrada, R., & Briceño-León, R. (orgs.). *Doenças endêmicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 11-24.

- Butler, J. P. (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. M. Missé, & G. Coll-Planas (Eds.). Madrid: Egales.
- Butler, J. (1998). *Mecanismos psíquicos del poder*. Valencia: Cátedra.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, v.4, n.3, p. 321-336, 2009.
- Canguilhem G. (2009). *O Normal e o Patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Canesqui, A. M. (2003). Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Cien Saude Colet*, 8(1), 109-124.
- Capitán, A.C. (1999). *Ángeles rotos. Las imágenes culturales de los amputados y sus modelos de gestión social*. Tesis doctoral. Unversitat de Barcelona, Espanha.
- Castilho, S.M. (2001). *A imagem corporal*. Santo André: Esetec.
- Castro, M.G., Andrade, T. R., & Muller, M. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em estudo*, 11(1), 39-43.
- Cardoso, P.P. (2016). *O transexual e as repercussões jurídicas da mudança de sexo*. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2623. Acesso em: 28 out. 2016.
- Carvalho, D. S. (2014). Trans-políticas em trans-contextos: transexualidade, clínica e identidades. *Século XXI–Revista de Ciências Sociais*, 4(2), 65-90.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos Significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblos.
- Clastres, P. (1988). *A Sociedade Contra o Estado*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Clynes, M. E.; Kline, N. S. (1995). Cyborg and space. In: Gray, C. H.; Figueroa-Sarriera, H. L; Mentor, S. (Eds.). *The cyborg handbook*. London: Routledge.

- Cobo, B., & Saboia, A. L. (2010). *A “geração canguru” no Brasil*. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG, Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_12/abep2010_2645.pdf
Acessado em 10 jan. 2017.
- Cogollo, Z., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). Escala de rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de cartagena, colombia. *Psychol. Av. Discip.* 9(2), 61 – 71.
- Copetti, C. M. S., & Copetti, J. M. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica. *Rev Soc Bras Cir Plast*, 20(1), 63-4.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Disponível em:
http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341 Acesso em: 18 de mar. 2017.
- Conselho Federal de Psicologia (1992). As atribuições do psicólogo no Brasil. Disponível em:http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf Acesso em: 18 de mar. 2017.
- Converse, J.M. (1977). *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Copetti, C. M. V. S., & Jones, M. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást*, 20(1), 63-4.
- Costa, J. F. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- DaMatta, R. (1981). *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Damasceno, V. O. (2006). et al. Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Taguatinga – DF, v. 14, n. 2, p. 81-94.
- Darwin, C. (2002). *A origem das espécies*. Belo Horizonte: Itatiaia Editora.
- Davis, K. (2002). A dubious equality': Men, women and cosmetic surgery. *Body & Society*, 8(1), 49-65.
- Débord, G. (1997) *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Decreto Lei N. 938, de 13 de outubro de 1969. Disponível em:
http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5 Acesso em:
18 de mar. 2017.
- De Freitas, H. M. T. (2010). *Turismo médico: a globalização da saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Universidade do Porto, Portugal.
- De La Cruz, J.I., & Rice De Molina, R.A. (Ed.). (2005). *El divino Narciso*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Deleuze, D. (1972). *La psicología, mito científico*. (Trad. Nuria Pérez de Lara & Ramón García). Barcelona: Anagrama.
- Del Valle, T., et al. (1999). *Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género*. Madrid: Narcea Ediciones.
- De Miguel, J.M. (1978). *Sociología de la Medicina*. Barcelona: Ediciones Vicens-vives.
- Denis, D., & Bixio, A. L. (1980). *El cuerpo enseñado*. Barcelona: Paidós.

- De Souza, M. B. M., de Melo, M. S. T., & Santiago, M. E. (2010). A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em educação física escolar. *Movimento (ESEF/UFRGS)*, 16(3), 29-47.
- De Sousa, J. S. (2011). A Medicina em Portugal, na Idade Média. *Revista Triplov de Artes, Religiões e Ciências*, (16), 0-0.
- De Souza, A. P., Simon, A. S., dos Santos, C. G., Postal, M., Manacero, S., & Ramos, R. R. (2013). Atividade eletromiográfica dos extensores de tronco durante manuseio pelo Método Neuroevolutivo Bobath. *Fisioter. Mov.*, 26 (4), 855-862.
- Descartes, R. (2009). *El discurso del método*. Barcelona: Ediciones Brontes.
- Domingues, D. M. G. (2004). Ciberespaço e rituais: tecnologia, antropologia e criatividade. *Horizontes Antropológicos*, 10(21), 181-197.
- Donnangelo, M.C.F. (1983). *A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Enduring Issues and Controversies. *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences*, p.718-746.
- Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Kali_Trzesniewski/publication/229916473_Self-Esteem/links/02e7e519d644455a77000000.pdf Acessado em: 05 dez. 2016.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Douglas, M. (1976). *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- Dumont, R. J.; Okonkwo, D. O.; Verma, S.; Hurlbert, R.J.; Boulos, P.T.; Ellegala, D.B. & Dumont, A.S. (2001). Acute spinal cord injury, part I: pathophysiologic mechanisms. *Clin Neuropharmacol*, 24(5):254-264.

- Dumont, L. (1985). A Comunidade Antropológica e a Ideologia. In: Dumont, L. *O Individualismo*. Rio de Janeiro: Rocco, p 201-236.
- Durkheim, E. (2013). *Professional ethics and civic morals*. 2ª ed. London and New York: Routledge.
- Durkheim, E. (1984). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Dédalo (Originalmente publicada em 1895).
- Eco, U. (2012). *História da beleza*. Rio de Janeiro: Record.
- Eco, U. (2007). *Historia de la fealdad*. Irazazábal, M. P. (Trad.). Barcelona: Mondadori.
- Edmonds, A. (2007). ‘The poor have the right to be beautiful’: cosmetic surgery in neoliberal Brazil. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 13(2), 363-381.
- Edmonds, A. (2007). No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In M. Goldenberg, *Nu & vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca* (pp. 189-261). Rio de Janeiro: Record.
- Elias, N. (1993). *El Proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Espina Barrio, A. B. (1997). *Freud y Lévi-Strauss. Influencias, aportaciones e insuficiencias de las antropologías dinámica y estructural*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Esteban, Y.R. (1990). *El mito de Narciso em la literatura española*. Ph.D. Dissertation, Universidad Complutense de Madrid.
- Evans-Pritchard, E. E. (2006 [1962]). *Ensayos de Antropología Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Fan, C. S. (2014). *Vanity economics: An economic exploration of sex, marriage and family*.

Cheltenham: Edward Elgar.

Fernandes, J. W. (2016). O Ensino da Cirurgia Plástica na Graduação em Medicina no Contexto da Realidade Brasileira. *Rev. bras. educ. Méd*, 40(2), 286-294.

Ferreira, M. C. (2000). Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plast.* São Paulo v.15 n.11.1 p.55-66. Disponível em:

http://www.alran.com.br/arquivos/artigos/Cirurgia_Plastica_Estetica_-_Avaliacao_dos_Resultados.pdf Acessado em 08 jan. 2017.

Ferreira, F.R. (2010). Algumas considerações acerca da medicina estética. *Ciência & Saúde*, v.12, n.15, p. 67-76.

Ferraro, G. A., Rossano, F., & D'Andrea, F. (2005). Self- perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, (29):184-189.

Ferraz S.B.; Serralta, F.B. (2007) O impacto da cirurgia plástica na auto- estima. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7 (3): 557-569.

Fierro, A. (1986). Fluctuaciones en la autoestima tras un informe psicológico. *Estudios de Psicología*, 7(26), 47-57.

Firth, R. (1983). *We, the Tikopia. A sociological study of kinship in primitive polynesia.* Stanford: Stanford University Press.

Flores, A., Brum, K. O., & Carvalho, R. M. (2011). Análise descritiva do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos dermatofuncionais nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias plásticas cosméticas. *O mundo da Saúde*, (7): 408-14.

Foster, G. M.(1974). *Antropologia Aplicada.* México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión.* México: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (1987). *A Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Grall.

- Foucault M. (2003). *O Nascimento da Clínica*. 5ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault M. (1988). *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Francisconi, C. F., Goldim, J. R., & Lopes, M. H. I. (2009). O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, 10(2):0-0.
- Frazer, S. J. G. (1999). *Magia y religión*. Leviafán. [online] Editora: elaleph.com. Disponível em: http://www.academia.edu/download/35043846/Frazer__James_G_-_Magia_Y_Religion_PDF.pdf Acessado em: 05 dez. 2016.
- Freyre, G. (1987). *Modos de homem, modas de mulher*. Rio de Janeiro: Record.
- Freud, S. (1981). *El mal estar en la cultura*. 4ª ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1977). *Introducción al Psicoanálisis*. 3ª ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Galli, R.A. et al. (2013). Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29 n. 4, p. 447-457.
- Garcia, W. (2004). O corpo contemporâneo: a imagem do metrossexual no Brasil. *Mneme—Revista Virtual de Humanidades*. 5 (11), p.198-213.
- Garrini, S. P. F. (2007). Do corpo desmedido ao corpo ultramedido: reflexões sobre o corpo feminino e suas significações na mídia impressa. In: Congresso nacional de história da mídia (Vol. 5).Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/outros/hmidia2007/resumos/R0037-1.pdf> Acessado em: 05 dez. 2016.
- García Muñoz, E. G. (2010). *Transformaciones corporales: la etnocirugía*. Barcelona: UOC.
- García Selgas, F. J. (1994). El cuerpo como base del sentido de la acción social. *Revista española de investigaciones Sociológicas*, 68 (94), 41-83.

- Gastaud, M. B. (2007). Infância, vida, morte e separação: Peter Pan na Cotidianidade. *Revista Contemporânea, Psicanálise e Transdisciplinaridade*, v. (03). 191-202.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D.C.; Penna, C.M.M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21(1):200-206.
- Geertz, C, Clifford, J., & Reynoso, C. (Comp.). (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. México: Gedisa.
- Geertz, C. (2012). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Ghisleni, A. P. (2010). *A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva*. Tese Doutoral, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, Brasil.
- Giacomini, M.K.(1996). Gender and ethnic differences in hospital-based procedure utilization in California. *Archives of Internal Medicine*, 156(11). pp. 1217-1224.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Unesp.
- Gilman, S. L. (1999). *Making the body beautiful: A cultural history of aesthetic surgery*. New Jersey: Princeton University Press.
- Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record.
- Goldenberg, M. (2007). *Nu & Vestido*. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, M. *A bela velhice*. Rio de Janeiro: Record. 4 edição, 2014.
- Goldenberg, M. (2011). O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. *Arquivos em movimento*, 2(2), 115-123.

- Goldenberg, M. (2005) Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicologia Clínica* (Rio de Janeiro), 17 (2). p. 65-80.
- Gomes, M. H. A, Goldenberg, P., & Marsiglia, R.M.G. (2003). Interfaces e interlocuções: os congressos de ciências sociais em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 251-264.
- Gomes, R.; Deslandes, S.F.(1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2(2):103-14.
- Gonçalves, M. A. (2000). Produção e significado da diferença: revisitando o gênero na antropologia. *Lugar primeiro*, (4): 1-22.
- González, J. C. A. et al. (2008). Avances fisiopatológicos para el entendimiento de la lesión medular traumática. Revisión bibliográfica. *Rev Colomb Ortop y Traumat*, 4(22): 272-282.
- Goodenough, F.L. (1926) *Measurement of intelligence by drawings*. Oxford, England: World Book Co.
- Gray, C. H., Mentor, S., & Figueroa-Sarriera, H. J. (Eds.). (1995). *The cyborg handbook*. New York: Routledge.
- Guerrero, P. (2007). *Antropologia aplicada*. Quito: Universidad politécnica Salesiana.
- Guimarães, A. (2016). *Meu nome é Amanda*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Guirro, &, Guirro, R. (2004). *Fisioterapia Dermato Funcional: Fundamentos, Recursos e patologias*. São Paulo: Manole.
- Gusmão, N.M.M. (2009). Entrelugares: antropologia e educação no Brasil. *Educação* (UFSM), v.34, n.1, p. 29-46.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Haguette, T. M. (1997). *Métodos qualitativos na sociologia*. 5a. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

- Haiken, E. (1997). *Venus envy: A history of cosmetic surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hair, J. F., et al (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman Editora.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía a Me todos de Investigacio* rBarcelona: Paidós.
- Haraway, D. (1991). “A cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late twentieth Century”. In: *Simians, cyborgs and woman: The reinvention of nature*. New York: Routledge, 149-181.
- Haraway, D., Kunzru, H., & Tadeu, T. (2009). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Harris, M. (2006). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Heilborn, M. L. (1997). Gênero, sexualidade e saúde. In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, p.101-110.
- Hegel, G.W.F.(1989). *Lecciones de estética*. Madrid: Akal.
- Hutz, C. S. & Bandeira, D. R. (1995). Avaliação psicológica com o desenho da figura humana: Técnica ou intuição? *Temas de Psicologia*, (3): 35-42.
- Hutz, Claudio Simon, & Zanon, Cristian. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.

- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). (2016[2010]). População estimada de Porto Alegre. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=43149>. Acessado em: 19 out. 2015.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2016[2012]). Disponível em: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.html?padre=517&dh=1>. Acessado em: 19 out. 2015.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Pesquisas estatísticas (2013-2017). Disponível em: <http://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics>. Acessado em: 20 jun. 2016.
- Inocenti, A. *et al.* (2016). Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias da mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25 (2):1-9.
- Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., Fukuyama, Y., Murasaki, M., & Miura, S. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (52): 283-287.
- Iunes, D. H., Cecílio, M. B., Dozza, M. A., & Almeida, P. R. (2010). Análise quantitativa do tratamento da escoliose idiopática com o método Klapp através da biofotogrametria computadorizada. *Rev bras fisioter*, 14(2), 133-40.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: *Psicología Social* (S. Moscovici, org.). Barcelona: Paídos. p. 469-494.
- Johnsdotter, S., & Essen, B. (2010). A política de modificações dos genitais e a questão étnica. *Reproductive Health Matters*, 18(35): 29-37.
- Jovchelovitch, S. (1995). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e

- representações Sociais. In: Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (org.) *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kiley, D. (1983). *The Peter Pan Syndrome: Men Who Have Never Grown Up*. Nueva York: Dodd, Mead.
- Kim, J. H. (2013). *O estigma da deficiência física e o paradigma da reconstrução biocibernética do corpo*. Tese Doutoral. Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kisnerman, N. (1984). *Teoría y práctica del trabajo social*. Comunidad. Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- Koppitz, E. M. (1984). *El dibujo de la figura humana em los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Lampertm, J.B.(2002). *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da saúde*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Lascault, G. (1973). *Le monstre dans l'art occidental*. Paris: Klincksieck.
- Lasch, C. (1985.) *Le complexe de Narcisse, la nouvelle sensibilité americane*. Paris: Gallimard.
- Lasch, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. 1ª ed. Barcelona: Editorial Andres Bello.
- Le Breton, D. (2006) *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Le Breton, D. (2012). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. 2ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lei n.º 6.316 de 17 de dezembro de 1975. Disponível em:

http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=88%3Alei631675&catid=27%3Aleis-e-decretos&Itemid=30 Acesso em: 18 mar. 2017.

Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Disponível em:

<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=113975> Acesso em: 18 mar. 2017.

Lenzi, G. P. (2015). O chapéu: contador de histórias em Florença. *Moda Documenta: Museu, Memória e Design*, (1): 0-0.

Lévi-Strauss, C. (1972). *Antropologia Estrutural Dois*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Lévi-Strauss, C. (2003). Introdução à obra de Marcel Mauss. In: Mauss, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, p. 11-46.

Lieberman, D. E. (2013). *La historia del cuerpo humano*. Evolución, salud y enfermedad.

Riera, J. L (trad.). Barcelona: Ediciones de Pasado & Presente.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Estados Unidos: Sage publications.

Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*.

São Paulo: Companhia das Letras.

Lipovetsky, G. (2000). *A terceira mulher*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lisón-Tolosana, C. L. (1983). *Antropología social y hermenéutica*. México: Fondo de Cultura Economica.

Lisboa, F.L.F., et al. (2003). Um Protocolo para Avaliação Fisioterapêutica dos Níveis de Fibrose Cicatricial em Pós-Operatório de Lipoaspiração Associada ou não à Abdominoplastia. *Reabilitar, São Paulo (SP)*, 19(5):11-18.

- Lira, G.V.; Nations, M.K.; Catrib, A.M.F. (2004). Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar?. *Enferm*, 13 (1): 147-55.
- Lopes, P. A. D., & Milanez, N. M. (2014). É do tanquinho que eles gostam mais: a constituição do sujeito gay na Revista Júnior. *Acta Semiótica et Lingvistica*, 19(1), 91-101.
- Lopes, P. A. D., & Milanez, N. M. (2014). É do tanquinho que eles gostam mais: a constituição do sujeito gay na Revista Júnior. *Acta Semiótica et Lingvistica*, 19(1), pp. 91-101.
- Luz, M.T. (2003). *Novos saberes e práticas na saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.
- Lyden, G. (2010). *Peter Pan syndrome*. United States of America: Xlibris Corporation.
- Macedo, A. C. B. D., & Oliveira, S. M. D. (2011). A atuação da fisioterapia no pro e pré-operatório de cirurgia plástica corporal: uma revisão de literatura. *Cadernos das Escolas de Saúde*, (04):185-201.
- Machado, M.F.A.S., Monteiro, E.M.L.M., Queiroz, D.T., Vieira, N.F.C., Barroso, M.G.T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*, 12 (2): 335-342.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Un método de investigación de la personalidad*. Havana: Cultural.
- Machover, K. (1979). *Test proyectivo de Karen Machover (La figura humana) (3ª ed.)*. Madrid (España): Biblioteca Nueva.
- Macías, E.A., & Armaza, E.J.A. (2014). La transexualidad: aspectos jurídico-sanitarios en el ordenamiento español. *Salud colectiva*, 10 (3): 365-377.
- Macpherson, E. (1979). *Estudios sobre las relaciones tróficas en peces bentónicos de la costa*

- catalana*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Espanha.
- Maia, E.M.C., & Sebastiani, R.W. (2003). Psicologia de la Salud em Brasil: 50 años de historia. *Suma Psicológica*, 10(1): 25-42.
- Maíllo, H. V. (2007). *Antropología, cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad de las culturas*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- Maíllo, H. M. V. (2010). Los procesos de construcción y deconstrucción del cuerpo en perspectiva antropológica. En: Guirao, J. E. M., & Infantes, A. T. (2010). *Cuerpo y cultura*. Madrid: Icaria. p.19-54.
- Mair, L. (2007). La antropología aplicada y la política de desarrollo. In: Guerrero, P. (Comp.), *Antropología Aplicada*. Quito: U.P.S. p.33-54
- Malinowski, B. (1976). *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento*. São Paulo: Abril Cultural.
- Malysse, S. (2007). Em busca dos (H)alteres-ego: Olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. En: Goldenberg, M. *Nu & Vestido*. Rio de Janeiro: Record.
- Margulis, M., & Urresti, M. (1999). *La segregación negada: cultura y discriminación social*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Marques, L., Weingarden, H. M., LeBlanc, N. J., Siev, J., & Wilhelm, S. (2011). The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 238-244.
- Márquez-Acosta, G. (2012). Cáncer de mama. *Perinatología y reproducción humana*, 26 (2): 81-82.
- Marques, A. P., & Sanches, E. L. (1994). Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Fisioterapia e Pesquisa*, 1(1), 5-10.

- Marx, K., & Sant'Anna, R. (2008). *O capital: Livro Terceiro: O processo global da produção capitalista*. São Paulo: Civilização Brasileira.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos, 337-354.
- Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia*, 2(1), 7-27.
- Masiero, L. M. (2014). *Cuerpos modificados: un estudio antropológico de las cirugías plásticas y de sus tratamientos postoperatorios en Porto Alegre (Brasil)*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Salamanca. Salamanca, Espanha.
- Masiero, L. M. (2015). *Cirugías plásticas, antropología y fisioterapia: ¿Cuál es la relación?* Saarbrücken: Editorial Académica Española, 2015.
- Masiero, L. M. (2015). Reflexiones sobre la ciudadanía a partir de la antropología del cuerpo. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais CSOnline*, n.19, 88-105.
- Masiero, L. M. (2016). Etnocirurgias no Brasil: identidade, multiculturalismo e globalização. *Revista De Estudios Brasileños*, 5 (3), p. 99-110.
- Masiero, L. M. (2016). Escola Medica Salernitana, procedimentos cirúrgicos estéticos e Trotula De Ruggiero: Um trabalho de campo em Salerno (Itália). *TRIM*, (11): 27-44.
- Masiero, L. M. (2016). Uma reflexão antropológica sobre a história do corpo no Brasil. *Revista Euroamericana de Antropología REA*, (1): 25-33.
- Masiero, L. M. (2015). Mudanças culturais: uma reflexão sobre a evolução das cirurgias plásticas. *Revista Antropología del cuerpo*, p. 62-77.
- Masiero, L.M. (2015). Etnocirurgia : Correção ou perfeição?. In: Angel Espina Barrio;Antônio Augusto Bonatto Barcellos; Mario Hélio Gomes de Lima. (Org.).

- Cuerpo, Espacio y Cultura en Iberoamérica*. 1ed. Salamanca: Instituto de Investigaciones Antropológicas de Castilla y León. p.17-34.
- Masiero, L.M. (2016). A educação em saúde e as suas nuances antropológicas In: Angel Espina Barrio, Luiz Nilton Correa, Telmo Pedro Vieira, (Orgs.). *Educação, Ecoturismo E Cultura Em Ibero-América*. Santa Catarina: Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina – IHGSC, p. 244-265.
- Maykut, P., et al. (1999). *Investigación cualitativa: una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado.
- Mead, M. (1972). *Sexo y temperamento*. Buenos Aires: Paidós.
- Mead, M. (1971). *Antropología, la ciencia del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Meireles, B.H.S.; Erdmann, A.L. (1999). A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 8(1):149-65.
- Meira, A., Andrade, I., & Ferreira, F. (2001). Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: abordagem pré, per e pós-operatória. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 23(1), 15-21.
- Mélega, M. P. (2002). Aspectos psicológicos do paciente em cirurgia plástica. In J. M. Mélega (Ed.), *Cirurgia plástica, Fundamentos e arte: Princípios gerais*. Rio de Janeiro: Medsi. p. 221-227.
- Mello, J.B., & Moraes, I.N. (1992). *Residente de Cirurgia*. São Paulo: Ed. Rocca.
- Menegassi, L., & Guimarães, R. S. D. (2012). Cirurgia Plástica Estética: que expectativas são essas?. *Revista de Psicologia*, 3 (1): 51-67.
- Meningaud, J.-P., Benadiba, L., Servant, J.-M., Herve, C., Bertrand, J.-C., & Pelicier, Y. (2001). Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery

- patients: Multicentre prospective study. *Journal of Cranio- Maxillofacial Surgery*, (29):177-180.
- Mercer, H. (1986). Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud. In: Nunes, E. D (Org.). *Ciencias Sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Montevideo: OPS/CIESU - Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, p. 231-42.
- Merino, J. & Martí, J. B (Eds). (1996). *Medicina Social*. Universidad de Alicante: Secretariado de Publicaciones.
- Migotto, J. S., Simões, N. D. P. (2013). Atuação fisioterapêutica dermatofuncional no pós-operatório de cirurgias plásticas. *Gestão e Saúde*, 4(1): 1646-1658.
- Milani, G. B., João, S. M. A., & Farah, E. A. (2006). Fundamentos da Fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 13(1): 37-43.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2013). A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 22 (1): 21-31.
- Minayo, M.C.S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina Ribeirão Preto*. 24(2):70-77.
- Minayo, M.C.S. (2010). Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade (Disciplinarity, interdisciplinarity). *Emancipação*, (2): 435 -442
- Money, J. (1969). Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press. p. 91-114.

- Montes, F.J.C. (2011). ¿Cuáles son los factores manifestados por los estudiantes que influyen em la elección de la carrera profesional de enfermería, fisioterapia y nutrición? *Revista de enfermería basada en la evidencia*, 8(35): 12-21.
- Moore, T. (2005). *El cuidado del alma*. Guastavino, Marta (Trad.). 1ª ed. Barcelona: Ediciones Urano.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Moscovici, S. (org.). (1988). *Psicologia social II*. Barcelona: Paidós.
- Naglieri, J., McNeish, T., & Bardos, A. (1991). *DAP: SPED – draw a person: screening procedure for emotional disturbance*. Austin, TX: Pro. Ed.
- Nascimento, Christiane Moura, & Silva, Luiz Carlos Avelino da. (2014). Sujeito mulher: a imagem da beleza. *Revista Subjetividades*, 14(2), 343-357.
- Nicolenis, M. (2011). *Muito além do nosso eu: A nova neurociência que une cérebro e máquinas e como ela pode mudar nossas vidas*. São Paulo: Editora Scharcz.
- Novaes, J. V. (2006). *O intolerável peso da feiúra sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Puc Rio.
- Nunes, E. D. (2006). A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Rev Saude Publica*, 40(n. Especial): 44-76.
- Nunes, E.D. (1995). A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel da ciências sociais. In: Canesqui, A.M. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. p.95-113.
- Oliveira, F. A. (2002). Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. *Interface -Comunic, Saúde, Educ*, 6(10), 63-74.
- Oliveira, V.R.C. (2005). *Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo*. Disponível em: <http://www.fisioterapia.com/public/files/artigo/artigo08.pdf> Acessado em: 9 mar. 2017.

- Oliveira, V. M. D., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. D. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 31(4):199-201.
- Oliveira, L.R.C. (2007). *O ofício do antropólogo, ou como desvendar evidências simbólicas*. Série Antropologia, Vol. 413. Brasília: DAN/Universidade de Brasília Departamento de Antropologia.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde*. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 Acessado em: 24 jun. 2016.
- Organização Mundial Da Saúde (OMS). (1989). *Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.
- Organização Mundial Da Saúde (OMS). (1948). *Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Oparín, A. I. (1999). *El origen de la vida*. Barcelona: Cultura/ Edicomunicación.
- Ovidio Nasón, P. (2002). *Metamorfosis*. Vega, A.P. (trad.). Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Disponível em: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/metamorfosis—0/>. Acessado em: 25/12/16.
- Paiva, L. L. (2004). *Corpos amputados e suas proteses: a intervenção técnica (re)inventando formas de ser e de habitar o corpo na contemporaneidade*. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano), Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. pp.193.
- Panzini, R. G., Rocha, N. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. D. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Patiño, J. F. (2008). Legado quirúrgico de Hipócrates. *Colomb Cir*, 23 (4), 191-196.

- Parecer 388/63 de fisioterapia. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/224260/resolucao-388-63> Acesso em: 8 mar. 2017.
- Peset, J. L. (1984). *Ciencia y marginación*. Barcelona: Crítica.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 39(3), 361-370.
- Peres, R.S. (2002). O Desenho da Figura Humana de Machover aplicado em andarilhos de estrada. *Psicololiga: Teoria e Prática*, 4 (1):81-92.
- Pitanguy, I., Alexandrino, A., Almeida, C. B., & Caldeira, A. M. (1985). Perspectivas filosóficas e psicossociais do contorno corporal. *Rev. bras. Cir.*, 75(2), 109-14.
- Pitanguy, I., Jaimovich, C.A. & Schwartz, S. (1976). Avaliação de aspectos psicológicos e psiquiátricos em cirurgia plástica. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 66(3):115-125.
- Pitanguy, I., Paiva, R. A. D., Amorim, N. F., Berger, R., Shdick, H. D. A., & Holanda, T. A. (2010). Venous thromboembolism in plastic surgery: prevention protocol at Ivo Pitanguy Clinic. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 25(4): 583-588.
- Pitanguy, I. (1984). *Direito à beleza: revelações de um mestre da cirurgia plástica*. Rio de Janeiro: Record.
- Pitanguy, I. (1992). Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In J. Mello-Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 264-272). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Platão, A. (2001). *A República. Introdução, tradução e notas*. Maria Helena da Rocha Pereira (Trad.), Lisboa: Instituto de Estudos Clássicos.
- Portús, J., & Vega, J. (1998). *La estampa religiosa en la España del Antiguo Régimen*. Madrid: Fundação Universitária Española.

- Portuondo, J. A. (2010). *La figura Humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Preciado, B. (2008). *Testo yonki*. Madrid: Espasa.
- Prieto, G., et al. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 8(2): 67-82.
- Primi, R., & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de avaliação mais conhecidos/utilizados por psicólogos e estudantes de psicologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3): 390-401.
- Rabinow, P. (1991). *Las representaciones son hechos sociais: modernidade y postmodernidad en la antropología*. Barcelona: Ju car.
- Radcliffe-Brown, B. (1972). *Estrutura e função na sociedade primitiva*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Ramos, K. P., Yoshida, P., & Medici, E. (2012). Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (EA-TDC): Propriedades Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1): 1-10.
- Raposo-do-Amaral, C. E. (2010). Avaliação do percentual de assimetria labial e nasal em pacientes com fissura labiopalatina submetidos à queiloplastia primária. *Rev Bras Cir Plást*, 25(1): 38-48.
- Rebelatto, J. R., & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole.
- Resolução n° 466, 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acessado em: 05 dez. 2016.
- Resolução N°. 362/2009. En: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?

[cod=1699&psecao=9](#) Acessado em: 05 dez. 2016.

- Reyero, C. (2005). *La belleza imperfecta*. España: Ediciones Siruela.
- Rodrigues, J. (1983). *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Rodrigues, J. (1999). *O Corpo na História*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rodríguez, A. P.; Polania, S. P. N. (2005). El cuerpo, em el campo de estudio de la fisioterapia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 53(2): 57-71.
- Rodriguez, K. S., & González, R. A. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Rev Cubana Cir*, 46(4): 0-0.
- Rosaldo, M. (1974). Women, Culture, and Society: A Theoretical Overview. In: Rosaldo, M. & Lamphere, L. (orgs.): *Women, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagem del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Sant'Anna, D. B. (2006). É possível realizar uma história do corpo? In: Soares, C. L. (org.). *Corpo e história*. 3. Ed. Campinas, SP: Autores Associados.
- Sante, A. B., & Pasian, S. R. (2011). Imagem corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3): 421-429.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, (32): 497-502.
- Sapárina, Y. (1972). *El hombre, animal cibernético*. Barcelona: Editora Planeta.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuck, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, (18): 1-22.

- Saur, A. M., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2010). Human figure drawing and the evaluation of the body image. *Psicologia em Estudo*, 15(3): 497-507.
- Saur, A. M. (2007). *Imagem Corporal: auto-satisfação e representação psíquica em Desenhos da Figura Humana*. Tese Doutoral. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil.
- Schilder P. (1994). *A imagem do corpo*. Wertman, R. (trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, (20):50-55.
- Seidl, E. M. F., & Costa Júnior, Á. L. (2012). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(1): 27-35.
- Segal A. (2003). Seguimento dos aspectos psíquicos. In: Garrido Junior A.B (Ed.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu. p.287-92.
- Segato, R. L. (1998). *Os percursos do gênero na antropologia e para além dela* (No. 236). Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.dan.unb.br/images/doc/Serie236empdf.pdf> Acessado em: 05 dez. 2016.
- Segre, M., & Ferraz F. C. (1997). “O conceito de saúde”, *Revista de saúde pública*, 31 (5): 538-542
- Sennet, R. (2005). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Senned, R. (1979). *Les Tyrannies de l'intimité*. Paris: Seuil.
- Senned, R. (1977). *The fall of public man*. New York: Knopf.
- Shelley, M. W. (1999). *Frankenstein: the original 1918 text*. Macdonald, D. L & Scherf, K. (Eds.). Canada: Broadview Press.

- Sigerist, H. E. (1960). *On the sociology of medicine*. New York: MD publications.
- Singh, R., Vatsa, M., Bhatt, H. S., Bharadwaj, S., Noore, A., & Nooreyzedan, S. S. (2010). Plastic surgery: A new dimension to face recognition. *IEEE Transactions on Information Forensics and Security*, 5(3): 441-448.
- Sisto, F. (2005). *O desenho da figura humana: escala Sisto*. Sa o Paulo: Vetor.
- Smeke, E. L., & Oliveira, N. L. (2001). *Educação em saúde e concepções de sujeito. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). (2016). Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/midias/pesquisas/> Acesso em: 05 dez. 2016.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). (2014). Disponível em: <https://secpre.org/noticias/261-el-aumento-de-mamas-desbanca-a-la-liposucción-como-la-intervención-de-cirug%C3%ADa-estética-más-practicada-en-españa>. Acesso em: 20 jun 2016.
- Sousa, M. S. F., & de Araujo, C. A. (2014). Transtorno dismórfico corporal em cirurgias de caráter estético: um levantamento de estudos na área. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, 14(1): 59-74.
- Strehlau, Vivian Iara, Claro, Danny Pimentel, & Laban Neto, Silvio Abrahão. (2015). A vaidade impulsiona o consumo de cosméticos e de procedimentos estéticos cirúrgicos nas mulheres? Uma investigação exploratória. *Revista de Administração*, 50(1): 73-88.
- Sullivan, D.A. (2001). *Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Swami V. (2009). Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. *Body Image*, 6(4): 315-7.

- Tacani, R. E., & De Campos, M. S. M. P. (2004). A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: perspectivas históricas e atuais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 48(4): 0-0.
- Tavares, M.C.G.C.F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri, SP: Manole.
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, (70): 443-483.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, C. (1996). *Fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- Teixeira, M. (2016). Globalização sexual e seus potenciais criativos: etnias,(trans)sexualidades e “pop-stars”. *Revista Periódicus*, 1(4):179-191.
- Tocchetto, F. B. (2016). Possibilidades de interpretação do conteúdo simbólico da arte gráfica Guarani. *Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia*, (6): 33-45.
- Tournieux, T., Aguiar, L., Almeida, M., Prado, L., Radwanski, H., & Pitanguy, I. (2001). Estudo prospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 24(3): 357-361.
- Torres Santomé, J. (1998). *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Triana, J.A.; Quintana, B. A. (2004). *Representación mental de cuerpo que poseen los estudiantes de Fisioterapia de la Universidad Autónoma de Manizales*. Universidad de Manizales. Maestría en Educación y Desarrollo Humano Línea de Cognición. Manizales, Colômbia.

- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad*. México: Fondo de cultura económica.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68): 11-39.
- Tusquets, J.L.M. (2004). *De la enfermedad a la fábula: A apariencia e imagen de salud*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Tylor, E. (1977). *Cultura primitiva*. Madrid: Ayuso.
- Tyler, S. (1991). *Etnografía postmoderna: desde el documento de lo oculto al oculto documento*. Barcelona: Ju car.
- Urresti, M. (1999). "Cuerpo, apariencia y luchas por el sentido". En: Urresti, M. et.al. *La segregación negada. Cultura y discriminación social*. Argentina: Biblos.
- Vacker, B., & Key, W. (1993). Beauty and the beholder: The pursuit of beauty through commodities. *Psychology & Marketing*, 10(6): 471-494.
- Valença, C. N.; Nascimento Filho, J. M.; Germano, R. M. (2010). Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19 (2): 273-285.
- Valverde, Willy (2011). *Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH)*. Bolívia: EDIPC ediciones.
- Van Kolck, O. L. (1984). *Técnicas projetivas gráficas no diagnóstico psicológico*. São Paulo, SP: EPU.
- Vargel, S., & Uluşahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic plastic surgery*, 25(6): 474-478.
- Viana, G. A. P., Osaki, M. H., & Nishi, M. (2011). Clinical outcomes, patients' satisfaction and aesthetic results after lower eyelid blepharoplasty. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38(5): 317-322.

- Vilela, E. M., & Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4): 525-531.
- Vieira, T. R. (1996). *Mudança de sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Vieira, T. R. (2000). Adequação de sexo do transexual: aspectos psicológicos, médicos e jurídicos. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 2(2):0-0.
- Wallace, A. R. (2007)[1889]. *Darwinism: an exposition of the theory of natural selection with some of its applications*. New York: Cosimo Classics.
- Warren, C. S., Gleaves, D. H., Cepeda- Benito, A., Fernandez, M. D. C., & Rodriguez- Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3): 241-249.
- Witt, J. D. S. G. Z., & Schneider, A. P. (2011). Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Ciência & saúde coletiva*, 16,(9): 3909-3916.
- Wilde, O. (2014). *O retrato de Dorian Gray*. Primeira versão 1890. São Paulo: Editora Landmark.
- Winkel, D. P. (1990). *Medicina ortopédica pelo método de Cyriax*. São Paulo: Santos.
- White, L. (1982). *Os símbolos e o comportamento humano*. São Paulo: Moderna.
- Wechsler, S. M. (2003). *DFH III: O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil*. Campinas: Impressão Digital do Brasil.
- Yamasaki, V., et al (2013). O consumo de cirurgia estética: a influência da autoestima e do materialismo. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2): 30-52.
- Filmes:**
- Lucy, dirigido por Luc Besson. 2014. [Silla, V. (Prod.), & Besson, L.(Dir. & Ed.). (2014). Lucy. [Película video]. França e Estados Unidos: EuropaCorp, Universal Pictures.]

Transcendência, dirigido por Wally Pfister. 2014. [Nolan, C.; Thomas, E.; Johnson, B.; Kosove, A. A.; Cohen, K.; Polvino, M.; Marter, A.; Valdes, D.; Ryder, A. (Prods), & Pfister, W. (Dir.). (2014). (Transcendence) [Película-video]. Estados Unidos: Alcon Entertainment, DMG Entertainment, Straight Up Filmes, Warner Bros. Pictures, DMG Entertainment, Summit Entertainment, Lionsgate.]

The Matrix revolutions [Matrix revolutions]. Direção: Andy Wachowski e Larry Wachowski. Produção: Joel Silver. Interpretés: Keanu Reeves (Neo/Anderson), Laurence Fishburne (Morpheus), Carrie-Anne Moss (Trinity), Hugo Weaving (Agent Smith) e entre outros. Roteiro: Andy Wachowski e Larry Wachowski. Austrália; EUA: Groucho II Film Partnership; Silver Pictures; Village Roadshow Pictures, 1999. Disponível em DVD (136 min), son., color., Warner Home Video.

Johnny mnemonic [Johnny mnemonic: o cyborg do futuro]. Direção: Robert Longo. Produção: Don Carmody. Intérpretes: Keanu Reeves (Johnny Mnemonic), Dina Meyer (Jane), Ice-T (J-Bone), Takeshi Kitano (Takahashi), Dennis Akayama (Shinji), Dolph Lundgren (Street Preacher) e outros. Roteiro: William Gibson. Canadá; EUA: Alliance Communications Coporation; Cinévision; TriStar Pictures, 1995. Disponível em DVD (98 min), son., color., Columbia Tristar Home Video.

GLOSSÁRIO

Abdominoplastia: procedimento em que se remove o excesso de gordura e de pele e, que na maioria dos casos, restaura os músculos enfraquecidos ou separados, criando um abdômen mais tonificado.

Aderências: são bandas de tecido similar ao cicatricial que se formam entre duas superfícies dentro do organismo e fazem que estas se peguem.

Alopecia: é uma enfermidade que afeta os folículos pilosos podendo causar a perda total ou parcial dos pêlos.

Anorexia: é um transtorno psicológico que consiste na perda de peso derivada de um intenso temor à obesidade.

Blefaroplastia: cirurgia das pálpebras, superiores ou inferiores, que melhora a aparência ao redor dos olhos rejuvenescendo o olhar.

Bulimia: é um transtorno psicológico que se caracteriza pelos episódios repetidos de ingestão excessiva de alimentos em um curto período de tempo que leva a pessoa afetada a adotar condutas inadequadas e perigosas para sua saúde, como forçar os vômitos por uma preocupação exagerada pelo controle de peso corporal.

Cicatrizes hipertróficas: são lesões fibrosas, eritematosas que se formam dentro das bordas iniciais de uma ferida ou pós extirpação cirúrgica.

Cirurgia Bariátrica: Cirurgia de redução do estômago que promove grande perda de peso.

Faloplastia: é a cirurgia de construção do pênis a partir da vagina.

Fibrose: é a formação de um excesso de tecido conectivo fibroso em um tecido em processo de reparação.

Fibroadenomas: Nódulos mamários benignos.

Fisioterapia dermatofuncional: é a especialidade da fisioterapia cujo objetivo é promover a recuperação físico-funcional dos distúrbios endócrinos/metabólicos, dermatológicos y músculo-esqueléticos, com o carácter assistencial mais amplo do que somente o estético, especialmente no tocante a saúde da mulher.

Ginecomastia: é a redução dos seios realizado por homens, corrigem as glândulas mamárias demasiado desenvolvidas ou com acúmulo de gorduras.

Lipoaspiração: é cirurgia que remodela as áreas específicas do corpo, removendo o excesso de depósitos de gordura e melhorando os contornos, curvas e a proporção.

Mamoplastia de aumento: utiliza implantes para dar volume aos seios ou restaurar o volume mamário perdido depois de uma perda de peso ou gravidez.

Mastopexia (levantamento de seios): comumente referida como cirurgia de *lifting* dos seios, que reposiciona a auréola e o tecido mamário, removendo o excesso de pele e comprimindo o tecido para criar um novo contorno do seio.

Otoplastia: cirurgia que corrige um defeito na estrutura das orelhas criando uma forma natural, equilibrada e proporcional ao rosto.

Preenchimento cutâneo: é o preenchimento com materiais biocompatíveis para corrigir rugas e sulcos, dar volume a determinadas zonas do rosto, como os lábios, dando um aspecto natural.

Quelóides: é uma lesão com aspecto tumoral, cor vermelha, rosada ou púrpura com os contornos demarcados, irregulares, passando às margens iniciais da ferida.

Redução dos seios: é a cirurgia retira o excesso de gordura, de tecido glandular ou de pele para atingir um tamanho do seio proporcional ao seu corpo.

Rinoplastia: é a cirurgia de nariz, que melhora a aparência e proporção realizando a harmonia facial. Também pode corrigir alguma dificuldade respiratória causada por

anormalidades estruturais de nariz.

Ritidoplastia (*lifting* facial): é uma cirurgia que melhora o aspecto do rosto e do pescoço eliminando a flacidez, os sulcos profundos e gordura extra com a retirada da pele em excesso.

Seroma: é uma acumulação de gordura líquida, soro e linfa em uma área do corpo onde se produziu um traumatismo ou realizou uma cirurgia.

Toxina Botulínica: é uma neurotoxina elaborada por uma bactéria que possui a capacidade de produzir paralisia muscular química em que se aproveita para usar em certas enfermidades neurológicas ou como produto cosmético para tratamento de rugas faciais.

Transtorno Dismórfico Corporal (TDC): é o transtorno psicológico afetado em que a pessoa sofre reiteradamente uma obsessão pelo corpo que o impede de levar uma vida normal.

Trombose Venosa Profunda: é uma doença caracterizada pela formação de trombos, de forma oclusiva ou não, em veias do sistema venoso profundo.

Tromboembolismo Venoso: é uma patologia grave de alta incidência mundial. Quando não diagnosticada precocemente e tratada adequadamente pode evoluir causando sérias complicações, como trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP).

Vaginoplastia: é a cirurgia de construção da vagina a partir do pênis.

Vigorexia: obsessão por olhar-se e ver os músculos no espelho realizando muita atividade física.

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**TESE: UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES CORPÓREO-MENTAIS GERADAS PELAS CIRURGIAS PLÁSTICAS
NO BRASIL(RIO DE JANEIRO) E ESPANHA(BARCELONA)**

Autorizamos a pesquisa acima, cujo objetivo é compreender como ocorre o processo de ressignificação corporal de pessoas que realizaram cirurgias plásticas, sob responsabilidade da pesquisadora Luciana Maria Masiero (fone: +34 671949254). O estudo apresenta um risco considerado mínimo pelo constrangimento eventual que o entrevistado possa ter pelo roteiro de entrevista a ser seguido. O benefício com este estudo está relacionado ao crescimento científico acerca de estratégias interdisciplinares de educação em saúde relacionadas às cirurgias plásticas.

A entrevista deve durar em torno de 30 minutos. Os dados serão sempre tratados confidencialmente, portanto os participantes não serão identificados (as) por nome, e os resultados deste estudo poderão ser usados para fins científicos. A participação no estudo é voluntária, de forma que, caso se decida não participar, nenhum comprometimento ocorrerá por esta decisão. O participante e a Instituição a ser estudada não terá custo, nem receberá por participar. A participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o participante poderá desistir e retirar seu consentimento.

A pesquisa foi autorizada a iniciar seu processo de coleta dos dados após a aprovação em Comissão acadêmica do Programa de Doutorado em Ciências Sociais com linha em Antropologia.

Data: ___/___/_____

Nome Responsável: _____

Assinatura Responsável (Instituição): _____

Carimbo da Instituição onde será realizado:

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**TESE: UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINAR SOBRE AS
RESSIGNIFICAÇÕES CORPÓREO-MENTAIS GERADAS PELAS CIRURGIAS PLÁSTICAS
NO BRASIL (RIO DE JANEIRO) E ESPANHA(BARCELONA)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima, cujo objetivo principal é entender se as cirurgias plásticas modificam mais o corpo ou a mente das pessoas. O estudo apresenta um risco considerado mínimo pelo constrangimento eventual que o entrevistado possa ter pelo roteiro de entrevista a ser seguido. Você, ao participar da pesquisa, não sofrerá nenhum prejuízo no local de trabalho. Este estudo se justifica por contribuir para formulação estratégias e políticas que busquem a melhora das assimetrias em saúde através da análise de características culturais que influem no modo de vida das pessoas. Ou seja, trará benefícios pela melhor compreensão de manifestações de problemas atuais em saúde relacionados com as cirurgias plásticas.

A entrevista deve durar em torno de 30 minutos. Os seus dados serão sempre tratados confidencialmente, você não será identificado (a) por nome, e os resultados deste estudo serão usados para fins científicos. Seus dados ficarão arquivados por 5 anos sob guarda da instituição. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, nenhum comprometimento você terá por esta decisão. Você não terá custo nem receberá por participar. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir e retirar seu consentimento.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável Luciana Maria Masiero (fone +34 671 949254; lumasiero@usal.es) ou com o professor e diretor da pesquisa, Ángel Espina Barrio, da Universidade de Salamanca pelo telefone (+34) 923-294400 Ext. 3516 ou espina@usal.es.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Local e Data: _____

Observação: O presente documento baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

ANEXO C**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PACIENTES 1
(realizaram cirurgia plástica)**

Nome: _____ Data: ____/____/____ N° ____ Idade: _____
Sexo: _____ Formação: _____

1. Quais cirurgias plásticas você já fez? Por que fez? Faria outra?
2. Conte-me como foi a sua experiência (idade, complicações, tratamentos pré e pós, hospital/clínica).
3. Lembra das indicações e contra-indicações do cirurgião plástico?
4. Quais profissionais estavam envolvidos? Tinham boa relação?
5. Desde quando teve a ideia? Alguém influenciou?
6. Como se sente depois da cirurgia e agora? (autoestima, imagem corporal, relação com os outros)?
7. Seus amigos perceberam que você se operou?
8. O que o corpo representa para você? E para os outros/sociedade?
9. O que mudou em você com a cirurgia (interna e externa)?
10. Existem preconceitos no país em que mora (funcionais, profissionais ou sociais)?
11. Você se considera saudável ou enfermo?
12. Quais os seus cuidados com a saúde?
13. Que complicações acha que pode causar uma cirurgia plástica? E os benefícios?
14. Fez ou conhece os tratamentos fisioterapêuticos no pré e pós-operatório? Por quê?
15. Fez ou faria tratamentos psicológicos? E ir ao nutricionista? Por quê?

ANEXO D
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PACIENTES 2
(Não realizaram cirurgia plástica)

Nome: _____ Data: ____/____/____ Nº ____

Idade: _____ Sexo: _____ Formação: _____

1. O que você pensa sobre as cirurgias plásticas?
2. Por que você não fez? Faria algum dia?
3. Conte-me da sua experiência com pessoas que se submeteram a cirurgia plástica.
4. Sabe algo sobre as indicações e contra-indicações do cirurgião plástico?
5. Quais profissionais você acredita que estão envolvidos? Acredita que eles têm uma boa relação?
6. Quais as motivações das pessoas que buscam cirurgias plásticas?
7. Pensa que alguém influencia?
8. Como pensa que se sentem depois da cirurgia? (autoestima, imagem corporal, relação com os outros)?
9. Seus amigos realizaram alguma cirurgia plástica?
10. O que o corpo representa para você? E para os outros/sociedade?
11. O que acredita que muda com a cirurgia (interna e externamente)?
12. Existem preconceitos no país em que você mora (funcionais, profissionais ou sociais)?
13. Você se considera saudável ou enfermo?
14. Quais os seus cuidados com a saúde?
15. Que complicações acha que pode causar uma cirurgia plástica? E os benefícios?
16. Fez ou conhece os tratamentos fisioterapêuticos no pré e pós-operatório? Por quê?
17. Fez ou faria tratamentos psicológicos? E ir ao nutricionista? Por quê?
18. Pensa que um antropólogo poderia contribuir em um trabalho interdisciplinar? Por quê?

ANEXO E**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PROFISSIONAIS**

Nome: _____ Data: ____/____/____ Nº _____

Idade: _____ Sexo: _____ Formação: _____

1. Fale um pouco sobre a sua experiência profissional.
2. O que você pensa sobre as cirurgias plásticas. Por que motivo as pessoas fazem?
3. O que você pensa que mudará para um paciente após a cirurgia plástica?
4. Pensa que uma cirurgia plástica modifica a autoestima e a imagem corporal?
5. E pode mudar as relações sociais, pessoais e profissionais?
6. Pensa que existe uma ressignificação corpóreo-mental após a cirurgia plástica?
7. Acredita que existe um exagero na realização de cirurgias plásticas pelo culto ao corpo?
8. Acha que existe diferença entre a procura de cirurgias plásticas no Brasil e na Espanha?
9. Qual a diferença entre as cirurgias plásticas estéticas e reparadoras?
10. Quais são as principais complicações que podem ocorrer? E as indicações, contra-indicações e cuidados?
11. Sabe se existe uma relação interdisciplinar entre os médicos, fisioterapeutas, psicólogos/psiquiatras e antropólogos?
12. Sabe qual o seu papel quando se trata de cirurgias plásticas e interdisciplinaridade?
13. Acredita ser importante os tratamentos psicológicos no pré e pós-operatórios?
14. E fisioterapêuticos? Conhece algum?
15. Pensa que as cirurgias plásticas são alternativas mais fáceis do que um cuidado a longo prazo?
16. Acha que existe disciplinas sobre educação em saúde ou antropologia na formação dos profissionais que trabalham com saúde? Pensa que seria importante?
17. Quais são os transtornos psicológicos relacionados com as cirurgias plásticas? Como podem melhorar ou piorar?
18. Acha que deveria existir uma avaliação psicológica antes das cirurgias plásticas?
19. Pensa que os antropólogos podem contribuir na área das cirurgias plásticas?

ANEXO F
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1973)

Nome: _____

Leia cada frase com atenc a o e fac a um ci rculo em torno da opc a o mais adequada

1) Eu sinto que sou uma pessoa digna de estima, ao menos, na mesma medida que os outros.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

2) Acredito que tenho muitas boas qualidades.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

3) Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

4) Eu acho que sou capaz de fazer as coisas ta o bem quanto a maioria das pessoas.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

5) Eu acho que eu na o tenho muito do que me orgulhar.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

6) Eu tenho uma atitude positiva com relac a o a mim mesmo.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

7) De um modo geral, eu estou satisfeito comigo.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

8) Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

9) A s vezes eu me sinto inu til.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

10) à s vezes eu acho que na o presto para nada.

() Concordo Totalmente () Concordo () Discordo () Discordo Totalmente

ANEXO G

INTERPRETAÇÃO DA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1973, p. 247-256)

Os itens da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) apresentam uma ordem que vai desde as respostas mais carregadas até as mais frágeis. É importante destacar que a ordem dos juízos positivos e negativos foram formulados de forma alternada para reduzir a possibilidade de que os entrevistados se influenciassem. As respostas positivas serão sinalizadas com um asterisco * e indicam a autoestima baixa.

Item I: Se construiu combinando as respostas das três seguintes perguntas. Se o examinado respondia duas ou três respondidas positivamente recebem um ponto positivo; Se respondia uma ou nenhuma recebia um ponto negativo.

1. Sinto que sou uma pessoa digna de estima, ao menos em igual medida que os outros.

() Concordo totalmente () Concordo (*) Discordo (*) Discordo totalmente

2. Acredito que tenho várias boas qualidades

() Concordo totalmente () Concordo (*) Discordo (*) Discordo totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso

(*) Concordo totalmente (*) Concordo () Discordo () Discordo totalmente

Item II: Se construiu combinando as respostas de duas perguntas sobre autoestima. O item recebia uma pontuação positiva quando uma ou duas respostas eram positivas.

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

() Concordo totalmente () Concordo (*) Discordo (*) Discordo totalmente

5. Eu acho que eu na o tenho muito do que me orgulhar.

(*) Concordo totalmente (*) Concordo () Discordo () Discordo totalmente

Item III: 6. Eu tenho uma atitude positiva com relac a o a mim mesmo.

() Concordo totalmente () Concordo (*) Discordo (*) Discordo totalmente

Item IV: 7. De um modo geral, estou satisfeito comigo.

() Concordo totalmente () Concordo (*) Discordo (*) Discordo totalmente

Item V: 8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(*) Concordo totalmente (*) Concordo () Discordo () Discordo totalmente

Item VI: Foi construído combinando as respostas a duas perguntas de autoestima. Se considera positiva quando uma das perguntas, ou as duas, são respondidas positivamente.

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(*) Concordo totalmente (*) Concordo () Discordo () Discordo totalmente

10. Às vezes eu acho que não estou fazendo nada.

(*) Concordo totalmente (*) Concordo () Discordo () Discordo totalmente

Reprodutibilidade e escalabilidade:

Reprodutibilidade: 93%; Escalabilidade (itens): 73%; Escalabilidade (indivíduos): 72%

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

ANEXO H**DESENHO DA FIGURA HUMANA (DFH) – PARTICIPANTE**

Nome: _____ Data: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____
Formação: _____ País: _____ Tempo: _____

- 1) Desenhar, com lápis e borracha em um papel em branco, uma pessoa independente do sexo.
- 2) Desenhar uma pessoa do sexo oposto ao do desenho inicial.
- 3) Desenhar a si mesmo.
- 4) Fazer um desenho livre.

ANEXO I

ROTEIRO DO DFH - INVESTIGADOR

1. Pedir para desenhar uma pessoa.
2. Em outra folha, pedir para desenhar uma outra pessoa do sexo oposto do primeiro desenho.
3. Em outra folha, pedir para desenhar a si mesmo.
4. Em outra folha, pedir para fazer um desenho livre.

As perguntas que se podem fazer são:

1. Que idade parece ter a pessoa do desenho?
2. É casado(a) ou solteira(a)? Tem filhos? Vive com quem?
3. Qual é a sua ocupação?
4. É parecido(a) contigo? Gostaria que fosse? Com quem se parece?
5. Está saudável ou enfermo? Cuida da saúde?
6. Nervoso ou calmo? Triste ou feliz?
7. Qual a parte do corpo que mais gosta e a que menos gosta? Por quê?
8. Quais são seus principais desejos?
9. Acha que já fez alguma cirurgia plástica? Por quê?
10. Tem amigos?

Perguntas que devem ser feitas no desenho de si mesmo:

1. Qual a melhor e a pior parte do corpo?
2. O que há de bom em você?
3. O que há de mal?

Perguntas referentes a sexualidade e problemas com a família não foram realizadas porque não são o centro do estudo, somente se considerou se o participante citou. O que a pessoa desenha está intimamente relacionado com seus impulsos, ansiedades, conflitos e compensações características de sua personalidade e experiências vividas. A figura desenhada é considerada uma representação ou projeção da imagem corporal e do papel que a pessoa desempenha na sociedade. Interpretação completa: Machover (1949).

FIGURAS E QUADROS

Total Surgical Procedures			
Rank *	Country:	% of World-Wide Total	
1	USA	1,414,335	14.7%
2	Brazil	1,224,300	12.7%
3	Mexico	461,544	4.8%

FIGURA 1: Pesquisa realizada pela ISAPS (2016)

Countries by Total Number of Procedures—2013							
Rank*		Total Surgical Procedures	% of total surgical procedures	Total Nonsurgical Procedures	% of total nonsurgical procedures	Total Procedures	% of total procedures
1	USA	1,452,356	12.5%	2,544,275	21.4%	3,996,631	17.0%
2	Brazil	1,491,721	12.9%	649,536	5.5%	2,141,257	9.1%
3	Mexico	486,499	4.2%	397,854	3.4%	884,353	3.8%
4	Germany	343,479	3.0%	310,636	2.6%	654,115	2.8%
5	Spain	213,297	1.8%	233,880	2.0%	447,177	1.9%
6	Colombia	291,954	2.5%	129,001	1.1%	420,955	1.8%
7	Italy	182,680	1.6%	192,576	1.6%	375,256	1.6%
8	Venezuela	231,742	2.0%	59,646	0.5%	291,388	1.2%
9	Argentina	120,652	1.0%	167,171	1.4%	287,823	1.2%
10	Iran	118,079	1.0%	56,699	0.5%	174,778	0.7%

* Rankings are based solely on those countries from which a sufficient survey response was received and data were considered to be representative.

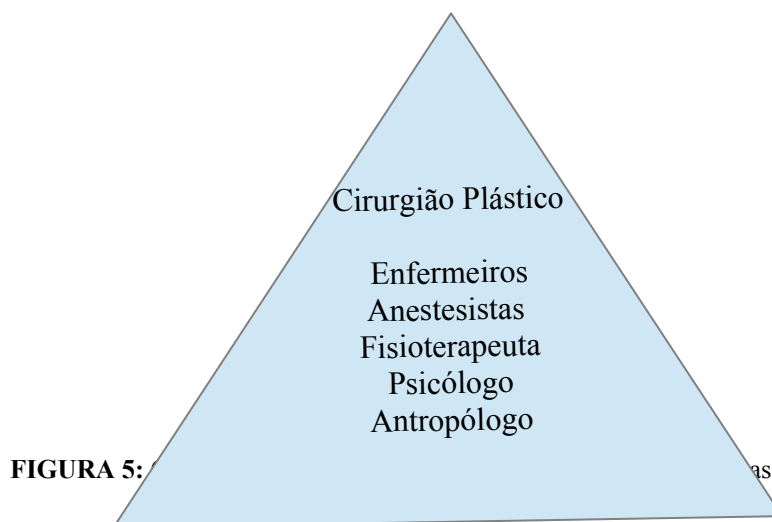
FIGURA 2: Ranking Mundial de 2013 de cirurgias plásticas estéticas

ETAPAS	INTENÇÕES	AÇÕES
1ª etapa: pré-análise	<ul style="list-style-type: none"> *Retomada do objeto e objetivos da pesquisa; *Escolha inicial dos documentos; *Construção inicial de indicadores para a análise: definição de unidades de registro - palavras-chave ou frases; e de unidade de contexto - de limitação do contexto (se necessário); 	<ul style="list-style-type: none"> *Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, captando o conteúdo genericamente, sem maiores preocupações técnicas *Constituição do corpus: seguir normas de validade: <ol style="list-style-type: none"> 1- Exaustividade - dar conta do roteiro; 2- Representatividade - dar conta do universo pretendido; 3- Homogeneidade - coerência interna de temas, técnicas e interlocutores; 4- Pertinência - adequação ao objeto e objetivos do estudo.
2ª etapa: Exploração do material	<ul style="list-style-type: none"> *Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores - recortes do texto e categorização; *Preparação e exploração do material - alinhamento; 	<ul style="list-style-type: none"> *Desmembramento do texto em unidades/categorias - inventário (isolamento dos elementos); *Reagrupamento por categorias para análise posterior - classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos)
3ª etapa: Tratamento dos dados e interpretação	<ul style="list-style-type: none"> *Interpretações dos dados brutos (falantes); *Estabelecimento de quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises; 	<ul style="list-style-type: none"> *Inferências com uma abordagem variante/qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas.

FIGURA 3: Roteiro da análise de conteúdo (Souza; De Melo, 2010)

		Tienen una formación en ciencias médicas:	
		SI	NO
Tienen una formación en ciencias sociales:	SI	Sociólogos de la Medicina Historiadores de la Medicina Sanitarios Epidemiólogos Psiquiatras sociales	Sociólogos Antropólogos Científicos políticos Economistas Otros científicos sociales
	NO	Médicos Enfermeras/os Farmacéuticos Psiquiatras/Psicoanalistas Psicólogos clínicos Otras profesiones sanitarias	Psicólogos Administradores Planificadores Políticos Curanderos Otros

FIGURA 4: Profissionais com conhecimentos sociais e médicos



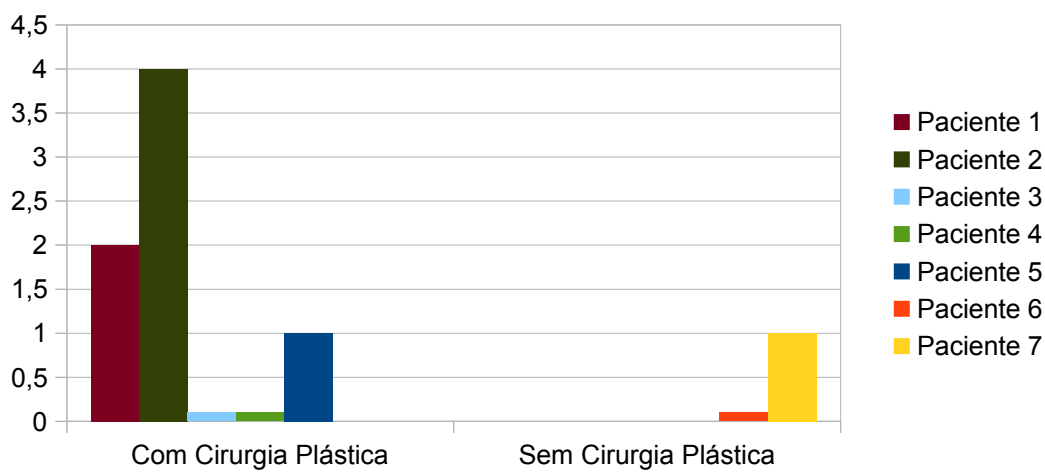


FIGURA 6: Resultados da EAR no Rio de Janeiro.

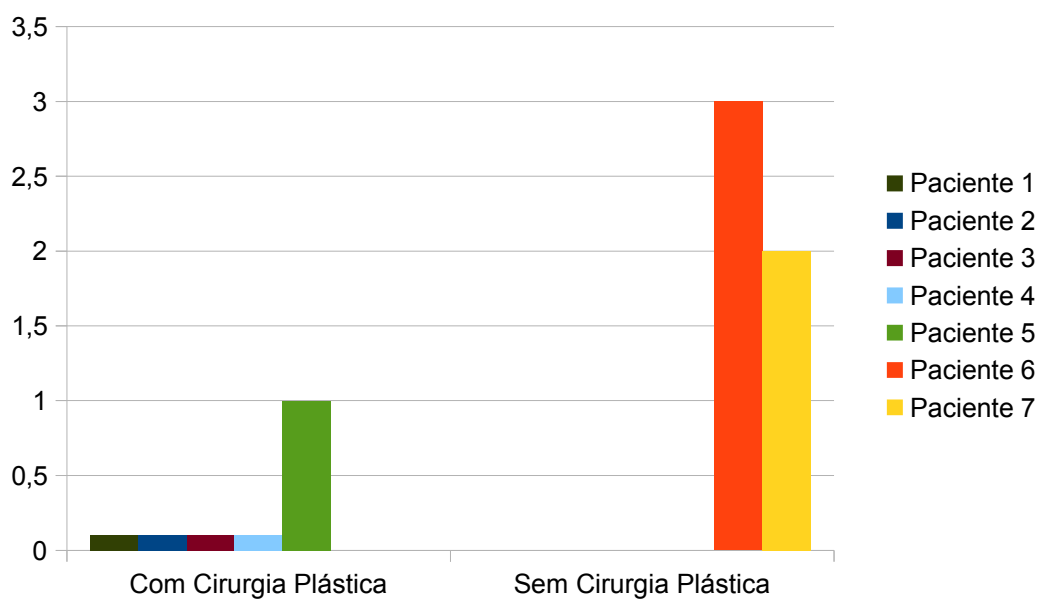


FIGURA 7: Resultados da EAR em Barcelona.



FIGURA 8: Mulher desenhada por uma participante do Rio de Janeiro podendo representar o desejo de igualdade de gêneros ou feminismo.



FIGURA 9: Homem desenhado por uma participante de Barcelona que pode simbolizar o desejo de igualdade de gêneros para os transexuais e uma tendência homossexual



FIGURA 10: Desenho da participante do Rio de Janeiro de um homem que se parecia com o seu parceiro atual, com as tatuagens e o cabelo similares.



FIGURA 11: Homem negro e com cabelos crespos desenhado por uma participante de Barcelona que afirma “não gostar de coisas comuns”.



FIGURA 12: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro. Observa-se os detalhes, podendo representar grande vaidade e autoestima.



FIGURA 13: desenho de si mesmo da participante do Rio de Janeiro. nota-se os detalhes da bolsa, sombrinha, sorriso, botões e estampados da roupa.



FIGURA 14: Desenho de si mesmo representando insegurança com relação ao seu corpo antes da cirurgia plástica.



FIGURA 15: Desenho de si mesmo com uma mão no bolso, mas que pelo seu discurso, não demonstra insegurança pelo seu corpo.



FIGURA 16: Desenho de si mesmo de uma participante do Rio de Janeiro que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial de felicidade.



FIGURA 17: Desenho de si mesmo de uma participante de Barcelona que não fez cirurgias plásticas com uma expressão facial séria, sem sorriso.



FIGURA 18: Mulher que a participante do Rio de Janeiro desenhou menos detalhada e menos sensual que o retrato dela mesma.



FIGURA 19: Mulher desenhada pela participante de Barcelona que parece mais feliz do que ela mesmo.



FIGURA 20: Desenho andrógono de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros, cabelos e saia com padrões sociais femininos, mas com barba masculina.

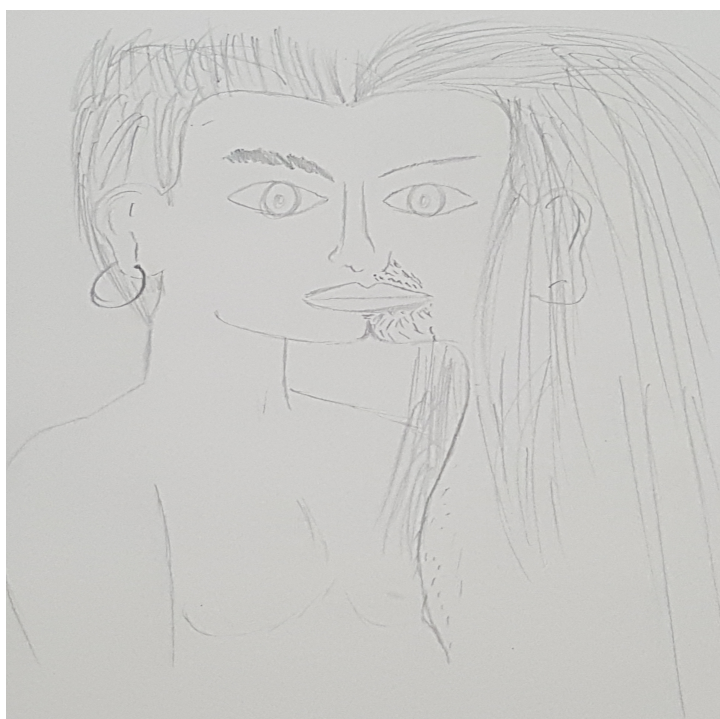


FIGURA 21: Outro desenho andrógono de si mesmo de uma mulher transexual com mistura de gêneros. Barba e pelos de um lado e brincos e sobrancelha de outro.



FIGURA 22: Casa com paisagens e muitos detalhes simbolizando o corpo humano feminino, simbolizando o desejo de procriação e de relações amorosas.

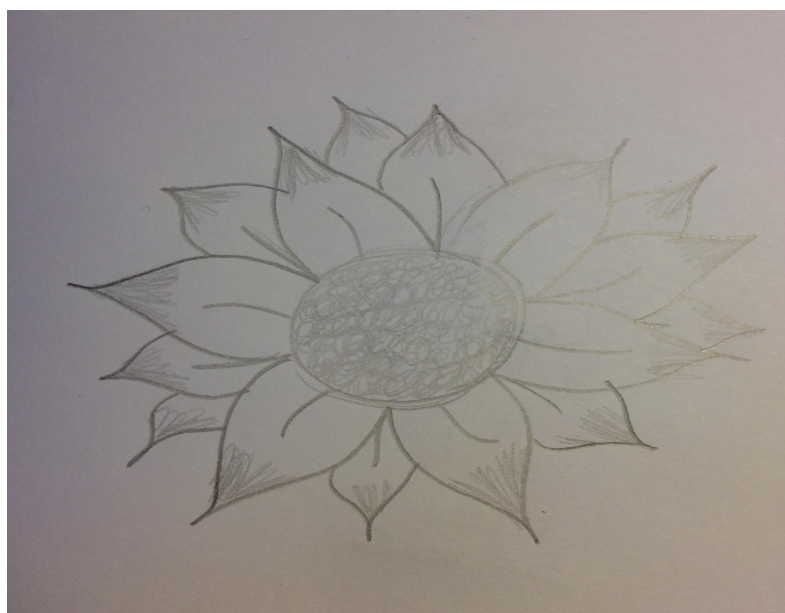


FIGURA 23: Uma flor representando os genitais femininos, o desejo de desabrochar sexualmente ou de ter uma união estável.

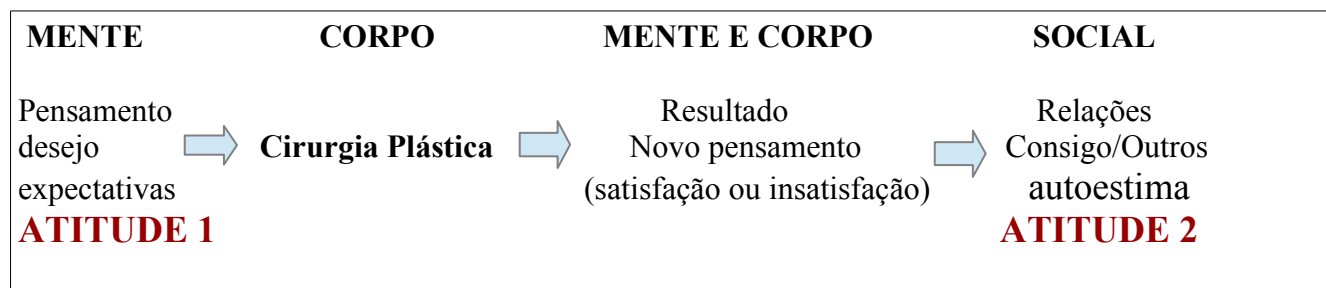
TABELAS E QUADROS

LOCAIS	RIO DE JANEIRO	BARCELONA
Clínicas de Cirurgia Plástica	3	2
Clínicas de Fisioterapia	2	1
Consultórios de Psicologia	1	1
Hospitais	1	1
Universidades	1	1
Outros	2	3
TOTAL: 20	11	9

TABELA 1: Locais investigados.

PARTICIPANTES	RIO DE JANEIRO	BARCELONA
Pessoas que realizaram ou pretendem realizar cirurgias plásticas	5	5
Pessoas que não realizaram e não pretendem realizar cirurgias plásticas	2	2
Médicos Cirurgiões Plásticos	2	3
Fisioterapeutas	2	1
Psicólogos	1	1
Antropólogos	1	2
Outros (Enfermeiro e Anestesiastas)	1	1
TOTAL: 29	14	15

TABELA 2: Participantes do estudo



QUADRO 1: Mudança de atitude no processo de ressignificação corpóreo-mental após uma cirurgia plástica.

RESSIGNIFICAÇÕES	MUDANÇAS
1. Atitudes com mais autoconfiança	Atuar
2. Comunicação com segurança	Relacionar-se
3. Aumento da autoestima	Sentir-se
4. Melhora da percepção da imagem corporal	Ver-se
5. Melhora nas relações sociais	Relacionar-se
6. Aumento das atividades físicas e cuidados com o corpo	Cuidar-se
7. Relações sexuais	Atuar e relacionar-se

QUADRO 2: Resumo das principais ressignificações encontradas no estudo.

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1: Clínica de Cirurgia Plástica em Barcelona.



Fotografia 2: Grupo de Apoio a pessoas transgênero em Barcelona. Fonte: minha autoria.



Fotografia 3: Clínica de Cirurgia plástica em Barcelona. Fonte: minha autoria.



Fotografia 4: Manifestações nas paredes da Universidade Autônoma de Barcelona (UAB). Fonte: minha autoria.



Fotografia 5: Hospital Clínico de Barcelona. Fonte: minha autoria.



Fotografia 6: Paciente que fez lipoaspiração antes e depois de algumas sessões de fisioterapia no Rio de Janeiro. Fonte: minha autoria.



Fotografia 7 : Fotografia retirada no momento em o segurança veio me perguntar por que eu estava tirando fotos da fachada da Clínica do memorável Ivo Pitanguy. Fonte: minha autoria.



Fotografia 8: Fachada da parte de dentro da Clínica do Ivo Pitanguy. Fonte: minha autoria.



Fotografia 9: Fotografia da mesa do Dr. Ivo Pitanguy no Rio de Janeiro. Fonte: minha autoria.



Fotografia 10: Clínica e studio de pilates na Barra da Tijuca no Rio de Janeiro. Fonte: minha autoria.



Fotografia 11: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fonte: minha autoria.



Fotografia 12: Clínica de Cirurgia Plástica de um casal de cirurgiões. Fonte: minha autoria.



Fotografia 13: Hospital *San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona* em Salerno (Itália). Fonte: minha autoria.



Fotografia 14: Aula em conjunto com uma professora da UFRGS sobre os aspectos socioculturais do idoso. Fonte: minha autoria.



Fotografia 15: Prática de cirurgia e anestesia do curso de medicina da Universidade de Salamanca (Usal).Fonte: minha autoria.