



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

André Luís Fernandes Baima

**As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza construída**

Rio de Janeiro

2007

André Luís Fernandes Baima

**As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza  
construída**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor, ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área  
de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa.

Co-orientadora: André Rangel Rios.

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

B161 Baima, André Luís Fernandes  
As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a  
beleza construída / André Luís Fernandes Baima. – 2007.  
125f.

Orientadora: Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa.  
Co-orientador: André Rangel Rios  
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Beleza física – Aspectos sociais – Teses. 2. Mamas – Teses. 3.  
Cirurgia plástica – Aspectos sociais – Teses. 4. Corpo humano –  
Aspectos sociais – Teses. I. Corrêa, Marilena Cordeiro Dias Villela. II.  
Rios, André Rangel. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Medicina Social. IV. Título

CDU 616-007.71

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou  
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

---

Assinatura

---

Data

André Luís Fernandes Baima

**As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza construída**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2007.

Co-orientador: Prof. Dr. André Rangel Rios.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Andréa Rios Loyola  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Luis David Castiel  
Escola nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Escola nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2007

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Dra. Marilena Corrêa e co-orientador Dr. André Rios por acreditarem na viabilidade de orientar um aluno de área (aparentemente) tão distante das Ciências Humanas e que pacientemente compreenderam minhas dificuldades.

Aos professores do IMS pelas colaborações ao longo desta trajetória.

Ao Dr. Luis David Catiel pela colaboração dada ainda no projeto de pesquisa.

Aos colegas de turma do mestrado que com a feliz convivência muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À Marcia pela paciência e carinho incentivador, sem os quais creio que não teria concluído esta dissertação.

[...] eu não podia, vivendo, representar a mim mesmo nos atos da minha vida, verme como os outros me viam, colocar-me diante do meu corpo e vê-lo viver como se fosse o de um outro. Quando me punha diante de um espelho, acontecia uma espécie de sequestro em mim, toda espontaneidade acabava, cada gesto meu me parecia fictício ou postiço.

*Luigi Pirandello* – Um, nenhum, cem mil

## RESUMO

BAIMA, André Luís Fernandes. *As “turbinadas” e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza construída*. 2007. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

Esta dissertação trata da construção dos valores acerca do corpo que transforma aspectos estéticos em problemas de saúde física. Com base na pressuposição do compromisso de aliviar o sofrimento o cirurgião plástico busca, dentro do campo da saúde, justificativas para sua atuação. Por outro lado, na aspiração por modelos de beleza socialmente prestigiados há também a procura pela transformação pessoal com a construção e afirmação de papéis sociais, o que contribui para a maior aceitação das intervenções cirúrgicas com finalidade estética. Seguindo tendências estéticas sempre em mutação, observa-se, na atualidade, uma grande demanda por cirurgia plástica para colocação de implantes de silicone com objetivo de aumento mamário. Tomando como recorte a utilização de tais implantes, buscou-se analisar a construção médica e social da beleza e compreender como a procura e a prática da cirurgia plástica estão ligadas a valores controversamente aceitos ou criticados na sociedade contemporânea.

Palavras-chave: Corpo. Cirurgia plástica. Implantes mamários. Beleza.

## **ABSTRACT**

This study treats the construction of values concerning the body which transform aesthetic appearance into physical health troubles. Based on the presupposition of the commitment of relieving the suffering, the plastic surgeon searches for inside the health field to justify his acts. On the other hand, in aspiration for beautiful socially well-known models looking for personal transformation also occurs, with the construction and affirmation of social roles which contributes to the wider acceptance of operations with aesthetic purpose. Following aesthetics trends always in mutations, it was observed in present times a great demand for cosmetics breast augmentation with silicone implants. It was searched to analyze the medical and social constructions of beauty and understand how the search and the practice of plastic surgery are binding to values controversially accepted or criticized in the contemporaries societies.

Keywords: Body. Plastic surgery. Woman. Breast implants. Beauty.



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
2	<b>A BELEZA CULTUADA</b> .....	11
3	<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b> .....	29
3.1	<b>Definição e histórico</b> .....	29
3.2	<b>Cirurgia plástica no Brasil</b> .....	33
4	<b>O CIRURGIÃO PLÁSTICO E SUA CLIENTELA</b> .....	38
5	<b>CIRURGIA ESTÁTICA DAS MAMAS</b> .....	48
5.1	<b>Mamoplastia de aumento</b> .....	48
5.2	<b>Implantes mamários de silicone</b> .....	59
6	<b>CIRURGIA PLÁSTICA: LINHAS E ENTRELINHAS</b> .....	74
6.1	<b>Mídia escrita e cirurgia plástica</b> .....	74
6.2	<b>Literatura médica: justificando indicações e avaliando resultados</b> ....	82
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	94
8	<b>SUTURA FINAL</b> .....	110
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	113

## 1 INTRODUÇÃO

Como cirurgião plástico atuando em clínica privada na cidade do Rio de Janeiro observo, desde o início da minha formação em cirurgia plástica há cerca de doze anos, uma crescente procura por cirurgia para colocação de implantes mamários de silicone com finalidade estética. Paralelamente, tornou-se cada vez mais comum nesse período a presença de reportagens e propagandas nos meios de comunicação de massa alardeando os bons resultados desse procedimento, principalmente quando realizado em ou por indivíduos em evidência na mídia. Essas matérias com frequência procuram mostrar a exultação das pacientes ou clientes<sup>1</sup> com a exposição dos resultados de seu novo *shape* e, geralmente, revelar e divulgar o nome do profissional e da clínica envolvidos no sucesso da cirurgia.

Embora os implantes de silicone já estivessem disponíveis no mercado brasileiro há mais de vinte anos, somente na última década eles se popularizaram como artifício definitivo para dar volume e projeção aos seios.

Não resta dúvida de que o aperfeiçoamento tecnológico ocorrido a partir da década de 90, como, por exemplo, a utilização de novos materiais de revestimento do implante, bem como o aprimoramento técnico dos cirurgiões, proporcionaram mais segurança à usuária assim como maior previsibilidade de resultados. No entanto, creio ser um raciocínio simplista e precipitado atribuir somente ao desenvolvimento técnico-científico o aumento na demanda pelo referido procedimento.

O interesse por esse tema surge, portanto, a partir de um percurso profissional e pela necessidade pessoal de estabelecer um diálogo com outros

---

<sup>1</sup> A cirurgia plástica estética é área da medicina onde está mais difundida a utilização do termo "cliente" para referir-se ao paciente (Gilman, 1999). Assim sendo, muitas vezes o termo surgirá neste trabalho com este sentido.

saberes, com o objetivo de não se limitar ao enfoque extremamente organicista e naturalizante do corpo proposto pelo discurso acadêmico da cirurgia plástica.

Como aconteceu que tantas mulheres tornaram-se convencidas de que o fato de serem pouco dotadas de mamas constituiu uma “doença” e porque os implantes foram universalmente anunciados como a “cura”?

Dada a crescente valorização do corpo “em forma” na sociedade contemporânea, pretende-se no capítulo inicial levantar alguns paradigmas que contribuíram para a construção social de um ideal de beleza feminina. No capítulo seguinte faz-se um breve resgate histórico sobre a cirurgia plástica estética e o seu desenvolvimento no Brasil. O terceiro capítulo intenta mostrar a relação médico-paciente no campo da cirurgia plástica, expondo como os discursos sobre o corpo são socialmente produzidos. O quarto capítulo trata especificamente da cirurgia estética para aumento mamário e suas implicações, procurando traçar um paralelo entre a construção do “corpo ideal” e o papel desempenhado pelo cirurgião plástico nessa construção. O quinto capítulo procura expor como a mídia explora as representações culturais sobre a cirurgia plástica para a colocação de implantes mamários de silicone, e como a literatura médica especializada busca justificar sua intervenção a partir das indicações clínicas e das análises de resultados. Os capítulos seguintes correspondem à discussão e à conclusão.

Finalmente, gostaria de comentar que quando já havia finalizado este trabalho e me preparava para distribuir as cópias do texto aos membros da banca, foram divulgados na mídia carioca casos recentes de queimaduras conseqüentes a procedimentos estéticos, como bronzamento artificial e depilação a laser. Tais acontecimentos reforçaram minha impressão de que a discussão sobre risco em intervenções estéticas só é tratada com relevância quando decorrente de fatos

pontuais. Entretanto, a relação entre risco e a cirurgia plástica constitui um tema maior, por si só objeto de um trabalho específico. Assim, a opção de não abordá-lo nesse texto, ou de abordá-lo de forma apenas bastante marginal representa uma atitude de prudência necessária à tematização daquela relação.

## 2 A BELEZA CULTUADA

A tríade de “perfeição física”, isto é, a associação entre juventude, beleza e saúde, ao gerar a insatisfação com a própria forma física induz à incessante busca do “corpo ideal” através de práticas de aperfeiçoamento desse corpo.

A crença na beleza como sinônimo de saúde, com a busca incansável por uma juventude real ou aparente, transforma aspectos (in)estéticos do corpo em problemas de saúde física. A identificação de beleza com juventude é geralmente implícita; ela tem mais a ver com o aspecto físico e o sentimento do indivíduo do que com a idade cronológica (Haiken, 1997), embora seu auge seja geralmente antes dos 35 anos, quando o corpo já atingiu seu apogeu físico e procriativo, mas ainda não necessariamente declinou em saúde e fertilidade. É no esforço de preservar a aparência núbil e estender esses anos em perpetuidade que ocorre a busca desesperada pela manutenção da beleza (Etcoff, 1999).

Para Le Breton (2003), a cirurgia estética é uma medicina destinada a pacientes que não estão doentes, mas querem mudar sua aparência. Sendo assim, muitas vezes é o indivíduo fisicamente saudável que, valendo-se do vínculo entre auto-estima e aparência, “diagnostica” a “doença” – envelhecimento, feiúra - a ser tratada pelo cirurgião plástico. Nesse processo, o paciente constrói seu “problema” e procura um profissional para realizar a cura cirúrgica da sua insatisfação. Segundo Ferreira (2006), “o ‘conhecimento da doença’ se dá a partir de um conjunto de parâmetros subjetivos da ordem da cultura<sup>2</sup>” (*Ibid.*,p.144); a doença é construída artificialmente e, embora ela não esteja na materialidade do corpo, começa a fazer parte dele.

---

<sup>2</sup> “Cultura entendida aqui como um sistema de comunicação, cuja simbolização permeia a vida social” (Sudo, 2004).

Quanto ao cirurgião plástico, este assume como médico um compromisso ético de curar a doença ou, ao menos, de aliviar o sofrimento. Com base nesta pressuposição, cabe a este especialista a responsabilidade de demonstrar de que maneira a sua atuação em procedimentos estéticos cumpre com esta obrigação.

Baseando-se nas características fundamentais que definem uma doença, Isenberg (2002) afirma que, a transformação realizada sobre uma anatomia fisicamente normal, ou mesmo sobre uma aparência anatomicamente coerente com o processo normal de envelhecimento, não pode ser configurado como um processo de cura de uma doença, mesmo que ocorra o alívio de uma suposta ansiedade relacionada com a aparência. O autor vai mais além ao assegurar que, mesmo que atribuíssemos ao cirurgião plástico esta capacidade de cura, por outro lado teríamos na supervalorização da atividade deste, e no seu *marketing* agressivo, sua contribuição para a disseminação da insatisfação e da ansiedade centradas na aparência física.

Entretanto, ao tirarem proveito da definição de saúde elaborada pela Organização Mundial da Saúde, de "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença", os cirurgiões plásticos vêem suas atuações como mecanismos que facilitam os pacientes atingirem o "completo bem-estar físico e mental", e não simplesmente como de correção de supostos defeitos físicos.

Cientes da necessidade de fomentar uma identificação com as demais disciplinas médicas estabelecidas, os cirurgiões plásticos procuram por em evidência a melhora na saúde mental como principal resultado do procedimento estético. As intervenções sobre corpos funcionalmente sadios são legitimadas sob a alegação que interferem positivamente no psiquismo dos pacientes (Gilman, 1998). Através

dos recursos técnico-científicos disponibilizados deparamos com a medicina moderna interferindo, por meio de normas de conduta e padrões, no comportamento individual (Corrêa, 2001).

Todavia, na cultura ocidental a aquisição da beleza ainda é interpretada como sinal de vaidade, e esta, juntamente com os procedimentos estéticos, parecem estar automaticamente associados ao gênero feminino. Isto faz com que muitos homens utilizem o subterfúgio de vincular supostos problemas somáticos ao procedimento cirúrgico almejado com o intuito de mascarar o desejo por uma cirurgia estética e, conseqüentemente, conseguir lidar com a ansiedade de ver sua masculinidade posta à prova (Gilman, 1999).

No processo de construção cultural da beleza do corpo feminino é grande a cobrança social exercida sobre as mulheres para que invistam na busca da perfeição física. A associação da feminilidade à beleza não é nova, constituindo um aspecto permanente da história das mulheres e seus corpos. Todavia, o que muda, segundo Sant'Anna (1995), são "as formas de problematizar as aparências, os modos de conceber e de produzir o embelezamento" (*ibid.*,p.121). Desta maneira, a procura por tornar-se bela e atingir uma representação ideal de feminilidade através de intervenções estéticas pode configurar-se projeto existencial prioritário para um grande número de mulheres (Cabeda, 2004), mesmo quando cientes que jamais atingirão o modelo idealizado proposto. Etcoff (1999) argumenta que a suscetibilidade e a busca pela beleza refletem a ação de instintos básicos da natureza humana, estando presente em nossa civilização desde os seus primórdios.

A construção de uma identidade corporal feminina, condicionada por argumentos midiáticos, movimenta a indústria da beleza formada por cirurgias plásticas, dermatologistas, fisioterapeutas, professores de educação física,

nutricionistas, esteticistas, e todo um arsenal terapêutico complementar. Nesse contexto, a participação da mídia e os argumentos publicitários são mecanismos eficientes para a homogeneização dos corpos femininos que, ao serem produzidos para se adaptar aos padrões estabelecidos, adquirem valor no mercado das aparências.

De acordo com Goldenberg (2004) para cada sociedade há um corpo típico que, construído de acordo com o contexto histórico e cultural, valorizará certos atributos em detrimento de outros, sendo previsível que o grupo economicamente dominante apresente suas próprias características físicas como padrão de beleza. Observamos no cenário contemporâneo que, para os indivíduos que procuram uma corporeidade entendida como desejável, as características desse corpo idealizado são, comumente, muito semelhantes (Fontes, 2004). Dentro da lógica da imitação, os corpos reais são "fragmentados" para que possam ser tratados pelas numerosas técnicas corporais propostas, sintetizadas pela forma como o sujeito utilizará e se servirá de seu corpo. Através da "imitação prestigiosa", conceito proposto pelo antropólogo Marcel Mauss em 1934 (*apud* Goldenberg, 2004), os indivíduos imitam os corpos que viram serem bem sucedidos, valorizando determinados atributos em detrimento de outros.

Segundo Barata (*apud* Couto, 2004) "as pessoas mudam tanto os seus corpos, mas não adquirem as formas desejadas porque elas também são mutantes, são efêmeras" (*ibid.*,p.135). As imagens que promovem este corpo camaleônico lembram os muitos modos como este objeto pode ser manipulado em nome de uma perfeição quase sempre inalcançável e, talvez por isso mesmo, cada vez mais desejada e perseguida. Esse corpo que não cessa de ser atualizado está cada vez mais sujeito a intervenções tecno-científicas que, ao ser redesenhado pela cirurgia plástica, sofre



transformações para se adequar às representações corporais dominantes (Couto, 2004).

Para Goellner (2005) o corpo é uma construção social, histórica e cultural, no qual, ao ser desnaturalizado, são conferidas marcas distintas em diferentes épocas. “O corpo é provisório, mutável e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura bem como [...] as representações que cria sobre o corpo” (*Ibid.*,p.28). Segundo a autora essas representações não são universais, variando de acordo com o espaço social / tempo onde este corpo se exhibe. Para ela, é desconstruindo representações e procurando mediações entre passado e presente que podemos compreender o que hoje é considerado um corpo desejável: “Um corpo que, ao mesmo tempo em que é único e revelador de um eu próprio, é também um corpo partilhado porque é semelhante e similar a uma infinidade de outros produzidos neste tempo e nesta cultura” (*Ibid.*,p.40); como em uma linha de montagem busca-se através da individualização em série a reprodução da beleza, procurando, ao tornar-se diferente, tornar-se igual.

Segundo Villaça e Góes (1998) a sociedade de consumo<sup>3</sup> desenvolve “estilos sempre mais singulares nos quais a aparência corporal produz uma ‘estilização de si” (*Ibid.*,p.40). O indivíduo embora use seu livre-arbítrio para se transformar, essa liberdade de escolha é relativa, já que ele é conduzido a uma personalização pré-determinada pelo mercado. Deparamos hoje em dia com um corpo que, ao ser valorizado e estetizado pela metamorfose física oriunda dos avanços científicos, alcança grande visibilidade na sociedade contemporânea (Lehmann, 2001).

Para Haraway (2000) as tecnologias são instrumentos cruciais no processo de remodelação dos corpos, corporificando e impondo novas relações sociais para

---

<sup>3</sup> “Sociedade de consumo é um dos inúmeros rótulos utilizados por intelectuais, acadêmicos, jornalistas e profissionais de marketing para se referir á sociedade contemporânea” (Barbosa, 2004: p.7).

as mulheres no mundo. Para as mulheres, cujos corpos mantêm íntegros suas características biológicas e funcionais, a exposição maciça de uma profusão de corpos idealizados as impele a uma comparação entre esses corpos e os seus próprios, provavelmente portadores de supostos defeitos estéticos segundo os padrões estabelecidos (Fontes, 2004).

Segundo Couto (2005), a utopia tecnológica do corpo perfeito ao ser idealizada e construída promove a indústria do *design* corporal, com os indivíduos aderindo aos diversos “rituais do *auto-up-grade* cotidiano” (*Ibid.*, p.178) e fazendo do corpo o campo de experiências das tecnologias médicas. Para Courtine (1995), é no decorrer da década de 1980 que surgem essas técnicas de gerenciamento do corpo, sustentadas por uma “obsessão dos invólucros corporais”, com o desejo de alcançar uma “tensão máxima da pele” (*Ibid.*, p.86).

Com o objetivo de enfatizar o caráter estético das alterações corporais, observa-se com grande frequência na publicidade de clínicas de cirurgia estética a ilustração de obras de arte clássicas, sugerindo uma afinidade do cirurgião com o artista, assim como a utilização de conceitos eufêmicos como *lipoescultura*, insinuando uma dimensão artística do procedimento (Covino, 2001). Dessa maneira, “o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem a qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições” (Rodrigues, 1979: p.62). De acordo com o autor, a cultura dita normas em relação ao corpo que o indivíduo tenderá a se conformar, até o ponto destes padrões de comportamento se apresentarem como naturais. Ao se submeter a intervenções que buscam destacar ou atenuar aspectos particulares a sua aparência o indivíduo procura se aproximar do ideal estético definido pela sociedade.

A cultura da beleza e da forma física, a partir de determinados procedimentos e condutas, transforma o corpo “natural” em um corpo que Bourdieu (*apud* Lehmann, 2001) denomina como “distintivo”<sup>4</sup>, em que as formas e manifestações do corpo se enquadram em esquemas classificatórios numa hierarquia vertical, segundo o padrão físico culturalmente imposto. Para Bourdieu (*apud* Shilling, 1993), a crescente importância do corpo na sociedade contemporânea faz com que este seja detentor de um valor simbólico, observando-se uma inter-relação entre o aprimoramento corporal e a estratificação social do indivíduo. O corpo se torna uma forma de “capital físico”, que freqüentemente é convertido em ganhos econômicos e sociais, de acordo com interesses pessoais e circunstanciais (Shilling, *idem*).

A sociedade de consumo, ao imputar ao indivíduo a responsabilidade pelas transformações plásticas do seu corpo, o induz a um esforço ascético para alcançar a aparência ambicionada, verificando-se uma certa ambigüidade entre disciplina e prazer em investimentos corporais (Villaça & Góes, 1998). Como objeto, o corpo pode ser transformado, comercializado e exposto, sendo necessário um investimento para a manutenção desse corpo como capital simbólico, ou seja, de reconhecimento e prestígio.

É evidente que essa reengenharia corporal – quando ela inclui ou pressupõe intervenção de cirurgia estética - com o objetivo de atender aos parâmetros traçados pela cultura vigente somente é acessível àqueles que podem pagar por isso (Fontes, 2004). Assim sendo, embora as pessoas queiram basicamente o mesmo, modificar suas aparências, as desigualdades sociais de acesso às construções corporais fazem desse corpo hedonista-consumista uma metáfora da sociedade, tornando o corpo “natural” sinônimo do corpo social pobre (Malysse, 2002).

---

<sup>4</sup>. “A distinção é a diferença inscrita na própria estrutura do espaço social quando percebida segundo as categorias apropriadas a essa estrutura” (Bourdieu, 1989: p.144).

O indivíduo “natural” é consciente de que a sua exclusão de uma categoria desejável de pertencimento é definida por questões físicas. Para Gilman (1999), “outros sinais presentes no mundo exterior podem marcar a exclusão, mas eles são vistos como corolário das diferenças físicas” (*Ibid.*, p.22). Para o autor, embora se deseje fazer parte de uma comunidade definida social e economicamente, este grupo é primeiramente determinado fisicamente.

De acordo com o desejo e com as condições financeiras do cliente, a anatomia corporal torna-se apenas um “rascunho” a ser aperfeiçoado pela ciência em consonância com os modismos vigentes (Novaes, 2003). Para Del Priore (2000), o tal corpo adorado é um “corpo de classe”, dotado de conotação simbólica de sucesso, e que deve ser trabalhado e valorizado até adquirir as condições ideais de competitividade ou sobrevivência na lógica capitalista. Dessa forma, as técnicas de embelezamento atuam como sinais de identidade social, indicando ao sujeito o grupo ao qual ele pertence (Deppe, 2001). O corpo bem sucedido será muito mais caro de ser mantido e demonstrará isso ao mudar de atitude em relação à ocultação da cirurgia plástica, fazendo da sua ostentação e da vanglória do preço pago um sinalizador de *status*.

Para Cabeda (2004), “a cirurgia plástica é uma estratégia estética largamente utilizada pelas mulheres famosas, mas ainda comentada com certo constrangimento e vergonha entre as mulheres anônimas, como se esse artifício não fosse legítimo e a vaidade, moralmente inaceitável” (*Ibid.*, p.337). Essa idéia é fruto do pensamento vigente até a primeira metade de século XX, que associava o embelezamento em demasia à vida das mulheres “libertinas”, moralmente inaceitável para “meninas de família”. A essas moças apenas uma dissimulação cosmética dos defeitos era recomendada (Sant`Anna, 1995).

Dentro dos valores religiosos sobrevividos da tradição cristã a beleza era considerada uma dádiva, sinal genuíno da bondade interna, tornando perigoso intervir no próprio corpo (Gonçalves, 2001). Por sua vez, a exposição da silhueta corporal cabia, segundo Freyre, à chamada "mulher da vida fácil" (Freire, 1986: p.30), inclinada a exibicionismos de suas partes mais atraentes, como a ostentação de decote com seios provocantes.

No entanto, com a progressiva liberação da influência de médicos céticos e de moralistas, ocorrida principalmente após a Segunda Guerra Mundial, observamos uma mudança na aceitação pública das práticas de embelezamento. Dentro de uma nova ética da beleza, a de que "qualquer um pode ser belo", observou-se a aprovação e expansão generalizada de procedimentos estéticos (Edmonds, 2002). Dentro da lógica de que só não é belo quem não quer, a sociedade ao outorgar à mulher a responsabilidade pelo processo de manutenção da aparência transforma a beleza em uma obrigação moral. Entretanto, deixa-se transparecer aqui uma incoerência da sociedade contemporânea, que valoriza o culto à vaidade mas contraditoriamente atribui à vaidade uma conotação negativa.

A imagem nos constitui e marca o início da nossa existência diante do outro (Lehmann, 2001); é a parte mais pública da pessoa, aquela que os outros presumem ser o espelho do nosso caráter, o que torna inegável na atualidade a influência da aparência física nas relações sociais. Ao se buscar certos modelos de beleza através de mudanças no corpo há também a procura pela transformação pessoal, com a construção e afirmação de papéis sociais. Nesse cenário os meios de informação, através da difusão de diversas formas de intervenção corporal propagadas pela mídia, influenciam os sujeitos a consumirem determinados

produtos e práticas corporais, mas também procuram transmitir ideologias dominantes em relação ao corpo (Silva, 2003).

Na modernidade os indivíduos procuram enfatizar a rapidez e o imediatismo, valorizando os procedimentos médicos que proporcionam resultados quase instantâneos, o que contribui para a maior aceitação e consolidação de intervenções cirúrgicas com finalidade estética (Fontes, 2004). Da mesma forma, cabe considerar as questões que cercam a imagem e identidade corporais frente ao contexto das mudanças científicas e da tecnologia médica contemporânea.

É inegável a crescente proliferação de tecnologias na área da saúde com o objetivo de oferecer subsídios para melhorar ou manter a qualidade de vida dos indivíduos. Atrelado a este crescimento observa-se, porém, questões que envolvem eficácia dos procedimentos propostos, competitividade industrial, avaliações de risco e segurança, informação ao consumidor e capacidade deste de efetuar escolhas (Faulkner & Kent, 2001).

Apesar da tecnologia médica gozar de uma imagem positiva perante o público em geral, a invenção e adoção de novos instrumentos médicos representam um constante desafio para as políticas de saúde. Por um lado, temos as novas tecnologias aludindo benefícios para a saúde ou alívio do sofrimento, por outro lado, os potenciais riscos, os custos econômicos e sociais, e as questões éticas suscitadas por esses dispositivos (*Ibidem*).

O aumento crescente da procura por tratamentos estéticos, justificados pela valorização do corpo “em forma” condicionando a identidade corporal feminina, muitas vezes relega a segundo plano as implicações e os potenciais riscos à saúde implícitos nesses procedimentos. Todavia, é compreensível que características

socioculturais como gênero, faixa etária e grupo social influenciem as distintas percepções do risco inerente ao tratamento proposto (Castiel, 1999).

Para Guilam (2003) o risco pode ser abordado de três formas distintas, de acordo com quem irá interpretá-lo: O clínico está propenso a considerar as informações de risco de acordo com sua experiência profissional, levando em conta mais sua casuística pessoal do que os dados epidemiológicos. Por sua vez o epidemiologista, habituado a lidar com análises estatísticas, não está afeito a assistir indivíduos como “corpos concretos sob risco” (*Ibid.*,p.35). Ao leigo cabe, de acordo com seu interesse e objetivo, acatar ou ignorar definições oficiais de risco.

O risco cirúrgico é definido como a probabilidade de morbidade ou mortalidade ocasionada pelo preparo pré-operatório, intercorrências anestésicas, procedimento cirúrgico e recuperação pós-operatória. Desta forma, a decisão de como proceder com qualquer intervenção terapêutica tem de ser determinada pelos riscos possíveis e benefícios do procedimento. Dentro da perspectiva liberal de “liberdade de escolha”, é facultado ao paciente o adequado acesso à informação para que este obtenha os esclarecimentos necessários para exercer seu direito de decidir e a “obrigação” de optar pela melhor escolha<sup>5</sup>. Este fato se torna ainda mais preocupante quando os procedimentos destinados a corrigir supostas imperfeições podem, muitas vezes, ser irreversíveis.

Para Giddens (1991), a segurança “é definida como uma situação na qual um conjunto específico de perigos está neutralizado ou minimizado” (*Ibid.*,p.43). Para tanto, é importante que exista um equilíbrio de confiança e risco aceitável. A confiança presume a percepção das circunstâncias de risco, porém, há uma crença por parte das pessoas leigas na credibilidade do “conhecimento perito” (*Ibid.*,p.35) do

---

<sup>5</sup> Castiel, LD. – Comunicação pessoal.

profissional envolvido, assim como no sistema de excelência técnica no qual ele está inserido.

Apesar do progresso da biomedicina, com o aumento do arsenal terapêutico e a utilização de técnicas e materiais mais seguros legitimarem o saber científico dos especialistas, paradoxalmente esses se utilizam de vocabulário eufemístico para descrever procedimentos médicos complexos para um público que, na maioria das vezes, não compreende as possibilidades e limites da cirurgia plástica.

Esta tática, aliada à utilização de informações científicas para justificar sua atuação, tem como objetivo convencer a paciente da necessidade de, através da transformação de aspectos estéticos do corpo, reparar um “problema” de saúde física. Os cirurgiões plásticos asseguram essas transformações através da passagem por “cenários mágicos” (Fontes, 2004, p.25), nos quais as mulheres ao passarem por mesas cirúrgicas entram com um corpo e saem com outro, esculpido conforme os padrões vigentes.

A procura pelo especialista (*expert*) cria expectativas irrealistas de segurança que, muitas vezes, tornam confusos os julgamentos de custos e benefícios da cirurgia proposta (Castiel, 1999). É, portanto, necessário esclarecer à paciente a diferença entre os resultados possíveis de serem alcançados com o procedimento cirúrgico e os que ela pretende obter magicamente (Prochet, 2004).

Atualmente observa-se no mercado editorial inúmeras publicações escritas por cirurgiões plásticos em co-autoria com profissionais não-médicos que, valendo-se do monopólio da verdade depositado nas concepções médico-científicas e, sob a alegação de desmistificarem a cirurgia plástica ao esclarecer de maneira acessível o público leigo sobre os procedimentos cirúrgicos, funcionam na realidade com um forte apelo autopromocional, alardeando os feitos cirúrgicos do autor.



Se, por um lado, existe o reconhecimento do saber médico legítimo, por outro, no caso da medicina estética, em que conquistas científicas ainda não atingiram totalmente a sua legitimidade, os conhecimentos parecem difundir-se com mais facilidade quanto menos nítido for seu caráter técnico e mais próximo for do conhecimento popular (Boltanski, 1984). Talvez aí se encontre uma das explicações para a crescente aceitação e difusão de publicações leigas acerca de procedimentos estéticos.

Entretanto, nessas revistas é comum a presença de colaboradores especialistas para assessorar e complementar o trabalho do jornalista em assuntos relacionados à saúde. Para Buitoni (1990) os preceitos desses especialistas são expressos de maneira acrítica, cabendo ao leitor aceitar os ensinamentos da ciência.

A valorização da autoridade científica, associada à utilização de formas verbais imperativas, freqüentemente traduz um discurso autoritário e persuasivo, influenciando decisivamente nas escolhas das leitoras (*ibidem*). Para Silva (2001) os meios de comunicação induzem os indivíduos ao consumo de produtos e serviços ao “demonstrar” para esses a sua carência de beleza / saúde. Dessa forma, a mídia desempenha uma mediação na necessidade dos indivíduos de corresponder a uma idealização corporal.

No Brasil, o progressivo desnudamento dos corpos dificulta os disfarces das “imperfeições da natureza”, induzindo as mulheres para uma busca constante de artifícios que possibilitem a aproximação dos modelos de referência (Cardozo e Guareschi, 2004), sendo estes padrões estéticos socialmente estabelecidos. De acordo com Silva (2001) a normatividade da ciência cria “padrões de beleza” que, posteriormente, irão influenciar essa mesma ciência que os fundamentou, propiciando uma nova relação do indivíduo com seu corpo (*ibid.*, p.58).

Gilman (1999) comenta em seu livro *Making the body beautiful* sobre a história cultural da cirurgia estética, “ter se tornado lugar-comum a cirurgia para redução das mamas entre filhas de famílias da classe média alta brasileira” (*Ibid.*, p.225). Para o autor, tal conduta visaria distinguir essas jovens das mulheres pertencentes às camadas sociais mais baixas, supostamente negras ou mestiças, e portadoras de mamas pendulares, conforme características raciais. Em livro publicado em 1977, Talita Franco e Cláudio Rabello, conceituados cirurgiões plásticos brasileiros, afirmavam que “no Brasil, raramente encontramos indicação para próteses de tamanho maior que *small*, e as pacientes não as solicitam” (*Ibid.*, p.16).

Entretanto, transcorrido apenas alguns anos desde a publicação do livro de Gilman, é notável no meio urbano da cidade do Rio de Janeiro, pólo formador e propagador de padrões de comportamento e tendências estéticas, a inversão completa dessa propensão, com a grande demanda por cirurgia estética para colocação de implantes de silicone com o objetivo de aumento mamário, enfatizando assim a natureza sensual das mamas fartas na atualidade.

Segundo Malysse (2002), os rituais de autotransformação, sempre em mutação de acordo com as culturas e as épocas, podem se prender a cada uma das partes do corpo e às vezes até inverter as tendências estéticas, o que para Wolf (1991) significa que características anatômicas hoje admiradas poderão amanhã ser reclassificadas como novas deformidades.

Na sociedade ocidental moderna observa-se o destaque que os seios ganham no corpo das mulheres, sendo percebidos como um órgão de grande apelo erótico. Sua forma, consistência e volume devem corresponder a um modelo específico, com a cobrança social por mamas grandes, projetadas e firmes, mesmo que isso venha a contrariar a lei da gravidade. Para Strey (2004) os seios são um

componente importante da auto-imagem corporal feminina; “uma mulher pode gostar ou não deles, mas raramente será neutra a seu respeito” (*Ibid.*, p.242).

Para Yung (apud Strey, 2004) há uma forma e proporções perfeitas para os seios que, assim como a maioria das normas de feminilidade, raramente descrevem os seios das mulheres de carne e osso. E, aquelas que possuem o privilégio de ostentar mamas semelhantes as das normas já estão cientes de que será apenas por algum tempo, visto as alterações fisiológicas que ocorrerão com o passar dos anos.

De fato, é inegável a pressão exercida pelos discursos médicos e midiáticos que, em algum grau, internalizam nas mulheres a “necessidade” de reparar o corpo para se adequar a um padrão mutável, historicamente determinado (Cabeda, 2004).

Observamos com a proclamação dessa nova “preferência nacional” uma “releitura” do significado das mamas volumosas, entendidas, até um passado muito recente, como um problema tanto físico como estético, ou herança da miscigenação. Diferentemente dos Estados Unidos, onde a cirurgia plástica está muitas vezes vinculada à tentativa de ocultação da origem étnica ou racial, no Brasil mais provavelmente a decisão pela cirurgia parte da interpretação da aparência como um problema estético individual, desvinculado da opressão e desigualdade raciais. Aqui, apesar da propalada beleza miscigenada da mulher brasileira, observamos uma hierarquia estética que, refletindo a desigualdade social intrínseca, é abertamente admitida e aceita (Edmonds, 2002).

O aumento mamário com a utilização de implantes não passou inicialmente incólume. Ele foi reconhecido pelos mais “nacionalistas” como “traição da preferência nacional por seios menores” (*Ibid.*, p.248), numa clara alusão à submissão aos padrões importados da cultura norte-americana. Entretanto, a construção dessa

nova realidade e as representações sociais dela decorrentes são fatos ainda pouco explorados.

Tomando como recorte a utilização de implantes de silicone na mamoplastia de aumento, o presente trabalho procura analisar e confrontar a construção da beleza dentro da medicina, mais especificamente dentro da cirurgia plástica, com aquela do senso comum presente nos meios de comunicação, aqui representados pelas publicações leigas sobre cirurgia estética destinadas ao público feminino.

Corroborando com a até recente polêmica existente no meio médico e jurídico norte-americano acerca do embargo pelo *U.S. Food and Drug Administration*<sup>6</sup> (FDA) da utilização de implantes mamários com preenchimento de gel de silicone, é farta a literatura científica sobre a utilização de tais implantes. Embora as indicações cirúrgicas para a utilização de implantes mamários estejam presentes em qualquer artigo científico sobre mamoplastia de aumento, o questionamento do "porquê" destas indicações permanece como um dogma no meio da cirurgia plástica, como algo que se deva sustentar sem que tenha sido colocado em questão.

Observa-se, portanto, uma dissociação entre o que é produzido pela ciência com o corpo, e as questões da subjetividade e das repercussões advindas desses procedimentos sobre os sujeitos envolvidos. Nesse contexto, a mídia procura se legitimar através de teorias científicas, incorporando a beleza ao discurso corrente sobre saúde.

A cirurgia plástica com finalidade de colocação de implantes de silicone para aumento mamário tem sido freqüente em nosso meio. Em pesquisa quantitativa encomendada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) ao The Gallup Organization, das 616.287 cirurgias plásticas realizadas no Brasil<sup>7</sup> no ano de 2004,

---

<sup>6</sup> Departamento que regula a venda de alimentos e remédios nos Estados Unidos.

<sup>7</sup> Efetuadas por cirurgiões plásticos filiados à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

365.698 (59%) correspondiam a procedimentos estéticos, e desses, 91.973 (25%) à colocação de implantes mamários, associados ou não a outras intervenções. Já nos Estados Unidos o número de mulheres que se submeteram à cirurgia para colocação de implantes mamários cresceu quase 600% no período de 1992 a 2002 (Anderson *et al.*, 2006). Segundo estatísticas da *American Society of Plastic Surgeons* (Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos), a mamoplastia de aumento com a utilização de implantes de silicone foi o procedimento cirúrgico estético mais realizado naquele país no ano de 2004, com quase 334 mil casos (Handel *et al.*, 2006).

A cirurgia para aumento mamário em sua moderna forma é um fenômeno bastante recente. Os primeiros aumentos utilizando o silicone datam de meados do século passado, sendo extensamente usadas formas líquidas de silicone nos anos 50 e 60. Nesta época iniciou-se também o uso de próteses implantáveis de esponja com diversas composições diferentes, observando-se alta taxa de complicações.

O advento do implante de gel de silicone ocorreu no início da década de 60, com pesquisas que revelaram que o silicone nesta forma não provocava reação de corpo estranho, era quimicamente inerte, não-carcinogênico, não-alergênico, esterilizável e resistente à deformação mecânica. Desde então modificações foram realizadas para diminuir a incidência de alterações pós-operatórias. Avanços também têm sido feitos nas técnicas de imagem para a detecção precoce de câncer e diagnóstico das complicações de implantes (Ribeiro & Burnett, 2001).

Para as mulheres o desejo que seria o de melhorar a aparência física, no caso diminuindo o descontentamento com as mamas, parece se constituir na principal motivação para se submeterem à cirurgia de mamoplastia de aumento. Busca-se através de um procedimento cirúrgico alterar a aparência física e,

conseqüentemente, melhorar a imagem corporal. Esse aprimoramento ocorre através de mudanças nas percepções acerca da aparência em geral, das proporções corporais e, mais especificamente, da forma e tamanho das mamas.

Apesar de Sarwer *et al.* (2003) admitirem que estudos prévios falhassem em identificar a relação entre sintomas psicopatológicos e a busca pela cirurgia estética, esses autores acreditam que somente estudos utilizando entrevistas clínicas padronizadas permitem a geração imparcial de diagnósticos psiquiátricos. Para eles, é característica de pesquisas em cirurgia plástica a realização de estudos prospectivos que utilizam escalas de medições psicossociais consagradas no meio científico para avaliação do nível de satisfação das pacientes. Essas escalas, no entanto, ignoram o contexto sócio-cultural em que estes indivíduos estão inseridos.

### 3 CIRURGIA PLÁSTICA

#### 3.1 Definição e histórico

Segundo Gilman (1999), nenhuma outra especialidade médica, exceto a psiquiatria, preocupou-se tanto em documentar a sua própria história como a cirurgia plástica. Derivada da palavra grega *plastikos*, que significa moldar, dar forma, o termo “cirurgia plástica” foi criado em 1818 pelo cirurgião alemão Carl Ferdinand Von Graefe (Jacobson, 2000). Tanto a cirurgia estética como a reparadora são partes da cirurgia plástica e estão intrinsecamente ligadas. Na tentativa de proporcionar um inegável contexto médico para as cirurgias estéticas, cirurgiões plásticos e seus historiadores procuraram alinhar historicamente os procedimentos estéticos com os reparadores (Gilman, 1999).

Segundo a definição adotada pela Associação Médica Americana (*American Medical Association*), considera-se cirurgia estética aquela realizada para aperfeiçoar as estruturas normais do corpo com intenção de aumentar a atratividade do indivíduo e sua auto-estima. Por sua vez, a cirurgia reconstrutiva ou reparadora é executada sobre as estruturas anormais do corpo, causadas por problemas congênitos, do desenvolvimento ou crescimento, traumatismos, infecções, tumores ou enfermidades. É realizada, sobretudo, para aprimorar a função, embora também possa ter como objetivo melhorar o aspecto físico do indivíduo (Rankin *et al.*, 1998).

A dicotomia entre estética e reparadora é alvo de freqüentes críticas e contestações. Se considerarmos o “aspecto psicológico” da cirurgia estética ou a constante busca do aperfeiçoamento estético na cirurgia reparadora veremos a dificuldade de delimitar a fronteira entre ambas. Para Gonçalves (2001) esta

distinção se torna mais perceptível na divisão do espaço de atuação público e privado do cirurgião, onde no primeiro ele realiza os procedimentos “reparadores” e na clínica particular principalmente os “estéticos”.

Pode-se datar o verdadeiro início da cirurgia estética moderna o final do século XIX, com a popularização da rinoplastia estética desempenhada por John Roe em Nova Iorque e Jacques Joseph em Berlim. Esta época coincidiu com o desenvolvimento da anestesia e com a aceitação de práticas de antissepsia que, ao eliminarem a dor e reduzirem o risco de infecções, tiveram papel central no crescimento da prática cirúrgica de uma maneira geral (Gilman, 1999).

Porém, foi no período compreendido entre o final da Segunda Guerra Mundial e o início dos anos 1960 que a cirurgia plástica apresentou seu mais rápido período de progresso, quando técnicas cirúrgicas desenvolvidas nos anos de guerras começaram, ao final destas, a serem descritas e publicadas em artigos científicos (Hage, 2002). Técnicas estéticas utilizadas como coadjuvantes dos procedimentos reparadores e aplicadas aos mutilados de guerra com o objetivo de restabelecer sua integridade foram fundamentais para atenuar a imagem de algo supérfluo associada à cirurgia plástica.

A aceleração no desenvolvimento da cirurgia plástica estética deu-se, no entanto, como consequência do gradual aumento da demanda motivada pelas mudanças sociais ocorridas no pós-guerra, como a crescente ênfase na juventude como sinônimo de capacidade laborativa, a popularização de atividades ao ar livre que destacavam a boa forma física, e a percepção de que a cirurgia plástica poderia auxiliar aqueles indivíduos cujos problemas psicológicos eram motivados por preocupações com suas aparências (*Ibidem*). Essas transformações sociais



também foram observadas no Brasil onde, em parte devido ao cinema e as suas estrelas, se tornou crescente a influência da cultura norte-americana.

Mesmo nos países desenvolvidos havia ainda, nesta época, uma grande discriminação por parte dos chefes de departamento de instituições acadêmicas e dos editores de periódicos médicos com relação à cirurgia plástica estética, fazendo com que cirurgiões gabaritados para atuarem nesse campo optassem por não fazê-lo com receio de macularem suas reputações, retardando também a livre troca de informações (*Ibidem*).

A percepção de que a cirurgia estética poderia não progredir sob essas condições levou Mario González-Ulloa (1913-1995), cirurgião fundador da Sociedade Mexicana de Cirurgia Plástica, a publicar em 1966 o seguinte “Manifesto” (*apud Hage, 2002*):

“Eu protesto contra o termo ‘cirurgia cosmética’ que demos para nossa especialidade porque ‘cosmético’ é um termo de adorno pessoal ou de embelezamento da pele ou cabelo, e não conota o nível técnico, artístico e de princípios filosóficos da nossa profissão ... Eu protesto contra a falta de apreciação acadêmica dos valores estéticos na cirurgia plástica ... Eu protesto contra a atitude hipócrita do cirurgião plástico que se envergonha de reconhecer abertamente a importância da estética em sua especialidade ... Eu protesto contra a ausência de metas definidas para as quais poderíamos direcionar nossos esforços para o avanço e perfeição da cirurgia estética ... Eu protesto contra a visão limitada daqueles cirurgiões que estão satisfeitos em modificar aspectos isolados sem atentar para a beleza do indivíduo como um todo, cuja restauração ou criação deveria ser nossa função ... Eu protesto contra aqueles que ignoram o valor da beleza como um elemento integral das aspirações humanas ... Eu protesto contra a ausência em nossos programas de ensino o estudo e a apreciação da beleza ... Eu protesto contra nossa indiferença para com o paciente em ajudá-lo a confrontar sua imagem interior com sua real aparência ... Eu protesto contra a ignorância, indiferença ou falta de percepção no entendimento da beleza humana ... Eu protesto contra a ausência do conhecimento e da filosofia da beleza, da estética e das artes como um contra-ponto vital das nossas habilidades técnicas ... Eu protesto contra a falta geral de

entendimento do quão importante a aparência física pode ser e o quanto seu prejuízo pode inibir a real personalidade do indivíduo que procura nosso entendimento, conhecimento e perícia na sua necessidade de viver uma vida completamente integrada. Além disso, penso que um cirurgião plástico que não pode enfrentar nenhum desafio técnico não é um cirurgião, e um cirurgião que não pode entender e resolver um problema estético não é um 'cirurgião plástico' " <sup>8</sup>

Passados quarenta anos da publicação do manifesto podemos notar o quanto as indignações de González-Ulloa ainda se fazem presentes. Embora o meio acadêmico da cirurgia plástica reconheça os valores estéticos e a necessidade de auxiliar os pacientes a confrontar sua imagem interior com sua aparência real, nem todos os programas de formação de cirurgiões plásticos oferecem um treinamento adequado em cirurgia estética, assim como o estudo e a apreciação da beleza, da estética e das artes como um contra-ponto à perícia cirúrgica (Hage, 2002).

Todavia, a convicção largamente difundida de que a beleza na sociedade moderna assumiu um valor econômico e social ajudou a persuadir os cirurgiões mais arraigados na função reparadora da cirurgia plástica a reverem seus posicionamentos recusativos em relação à cirurgia estética.

No mundo globalizado, onde assistimos "ao vivo" acontecimentos de qualquer natureza em todas as partes do planeta e onde qualquer notícia é imediatamente notificada, temos também na área médica em geral as informações disponíveis num clicar de *mouse*. Esta rápida difusão do conhecimento, principalmente via Internet, trouxe ainda como contribuição uma rápida assimilação e evolução da cirurgia plástica estética nos países mais conservadores e sem tradição cultural para tais procedimentos. Mais recentemente, ao lado do Brasil, Argentina, Estados Unidos, Espanha e França, por exemplo, em outros países onde a cirurgia plástica encontra-

---

<sup>8</sup> Tradução livre minha.

se ainda em fase incipiente observa-se uma progressiva receptividade nas diversas camadas sociais (Kury, 2006).

A este processo Wolf (1992) denomina de “efeito dessensibilizante global” (p.334). Para a autora os determinantes da beleza, associados à sofisticação das tecnologias cirúrgicas, tornam procedimentos já amplamente aceitos pelas norte-americanas, progressivamente assimilados por sociedades ainda refratárias aos tratamentos estéticos e aos sacrifícios impostos em nome da beleza.

Hoje em dia a cirurgia plástica estética tornou-se um lucrativo negócio ao atravessar fronteiras. Norte-americanos procuram clínicas na América do Sul e Central para serem submetidos a procedimentos cirúrgicos a custos mais razoáveis, ingleses afluem para Marbella na Espanha em busca do sol e de cirurgias de rejuvenescimento, assim como alemães viajam à África do Sul com a intenção de fazer turismo ecológico e cirurgias estéticas. Neste crescente e competitivo mercado novos centros como Rússia, Polônia, Marrocos, Israel, Líbano, Coreia do Sul e Singapura despontam para conquistar seu espaço e garantir seu filão. Porém o Brasil, devido à sua tradição de formação em grande escala de profissionais bem treinados, mas sujeitos às limitações econômicas de crescimento de demanda do mercado interno, destaca-se nesta disputa atraindo pacientes de todos os continentes (Gilman, 1999).

### **3.2 Cirurgia plástica no Brasil**

No ano de 1920 foi criado no Hospital de Clínicas de Buenos Aires o Departamento de Cirurgia Plástica, aquele que viria a ser o primeiro serviço da

especialidade na América Latina. Os anos que se seguiram foram de rápido desenvolvimento da especialidade, não só na Argentina, mas também no Brasil. A partir da década de 1930 renomados cirurgiões plásticos europeus visitaram a América Latina com intuito de se interessarem do que se fazia na especialidade nesses países. O intenso intercâmbio dos cirurgiões plásticos sul-americanos culminou com a constituição da Sociedade Latino-Americana de Cirurgia Plástica em julho de 1940, e a realização do I Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica em julho de 1941, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Posteriormente, a Sociedade transformou-se em Federação Ibero-latino-americana de Cirurgia Plástica (Malbec, 1992).

Consideramos como pioneiros da cirurgia plástica no Brasil os cirurgiões José Rebelo Neto e Antônio Prudente Meirelles de Moraes. O primeiro, após especializar-se em 1929 e freqüentar vários serviços na Europa, criou o Departamento de Cirurgia Plástica anexo ao Serviço de Otorrinolaringologia no Hospital Municipal de São Paulo. Posteriormente, fundou o Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de São Paulo, local onde se formaram renomados cirurgiões brasileiros. Antônio Prudente foi professor da Escola Paulista de Medicina e presidiu o I Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica. Em 1930, Antonio Pires Rebelo, após freqüentar serviços de cirurgia plástica na Europa, montou no Rio de Janeiro uma clínica denominada "Academia Científica da Beleza", destinada inicialmente à cirurgia plástica (Sinder, 1992).

Muitos foram os cirurgiões plásticos brasileiros que, em virtude de suas habilidades ou trabalhos publicados, obtiveram reconhecimento internacional. Entretanto, é indiscutível a notoriedade alcançada por um cirurgião mineiro, Ivo Hécio Jardim de Campos Pitanguy, que após freqüentar os principais serviços de

cirurgia plástica dos Estados Unidos e da Europa no final dos anos 40 e início da década de 50, criou o Serviço de Cirurgia Plástica da 38ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1960, Ivo Pitanguy iniciou o Curso de Cirurgia Plástica da Escola de Pós-Graduação Médica na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, formando desde então cerca de 500 alunos de mais de 40 países. Além disso, publicou mais de 800 trabalhos científicos, tornando-se, sem dúvida, o maior divulgador internacional da cirurgia plástica brasileira (*Ibidem*). Porém, para Pitanguy, foi a atuação dos cirurgiões plásticos sob sua liderança que, após o incêndio do Gran Circo Norte-Americano de Niterói em dezembro de 1961, evidenciou a importância desta especialidade médica (Pitanguy, 2006b). Especialidade esta que se estruturou no estudo e aprimoramento conjunto de certos procedimentos complexos que eram realizados por outras áreas da medicina, como a ortopedia, a oftalmologia e a otorrinolaringologia.

Embora não seja possível avaliar estatisticamente a área de influência dos cirurgiões plásticos brasileiros no cenário mundial, nos últimos 50 anos nossos representantes sempre se fizeram presentes no intercâmbio científico internacional. Se é inegável a primazia dos Estados Unidos na cirurgia plástica estética do segmento cefálico, o mesmo não se pode dizer das demais regiões abordadas cirurgicamente. Técnicas operatórias do contorno corporal desenvolvidas por cirurgiões plásticos brasileiros foram rapidamente assimiladas e aperfeiçoadas pelos cirurgiões norte-americanos numa intensa troca de tecnologias.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica foi fundada em São Paulo no dia 7 de dezembro de 1948. Hoje, a SBCP possui cerca de quatro mil

associados<sup>9</sup>, sendo a segunda maior entidade do gênero no mundo, superada apenas pela *American Society of Plastic Surgeons (ASPS)*. Para ingressar na Sociedade brasileira é necessário se submeter a um “ritual” de qualificação: o interessado deve possuir graduação em medicina, realizar a formação de dois anos em cirurgia geral, três anos em cirurgia plástica em serviço credenciado pela SBCP e/ou pelo Ministério da Educação e se submeter a uma prova escrita e oral aplicada por uma banca composta por membros titulares da Sociedade.

O título de especialista, com a chancela da Associação Médica Brasileira e registro no respectivo Conselho Regional de Medicina, é um reconhecimento oficial da qualificação do profissional. Embora pela legislação vigente no Brasil qualquer médico possa realizar procedimentos de cirurgia plástica (ou de qualquer outra área da medicina), somente os membros detentores do título de especialista podem se nomear cirurgiões plásticos. Em vista disto, e sob a alegação da suposta capacitação profissional diferenciada, é freqüente a realização por parte da SBCP de campanhas institucionais corporativas para a valorização desta certificação perante o público leigo, implicitando o intuito da reserva de mercado.

Existem hoje em funcionamento no Brasil 86 serviços credenciados pela SBCP, sendo 171 o número de candidatos aprovados no Exame de Especialista no ano de 2006. Esses novos cirurgiões plásticos, ávidos para ingressarem no extremamente competitivo mercado profissional, depararão com condições de trabalho que, mesmo para os mais qualificados, tornará incerto o retorno do investimento e esforços empregados para a adequada formação acadêmica e profissional (Kury, 2006).

---

<sup>9</sup> A Alemanha, por exemplo, país com uma população aproximadamente metade da brasileira, conta com 638 membros plenos e 650 membros associados em sua sociedade da especialidade (DGPRÄC, 2006).

Associada à instabilidade financeira de majoritária parcela da sociedade brasileira ao longo dos últimos anos, observa-se uma progressiva deterioração da relação médico-paciente, hoje submetida à interferência de planos de saúde privados, às condições catastróficas do atendimento público e, mais recentemente, à intermediação de financeiras que visam auferir lucro dos pacientes sobre os procedimentos médicos (*Ibidem*). Nesta luta pela “sobrevivência profissional”, cada um segue os princípios da formação recebida, das orientações e exemplos de seus professores e do instinto para buscar uma diferenciação no mercado, o que muitas vezes se traduz em baixos preços e condições de pagamento de honorários facilitadas.

Com o objetivo de atualização de conhecimentos a SBCP realiza anualmente cinco Jornadas Científicas regionais e um Congresso brasileiro, sendo freqüente nesses encontros a presença de “*experts*” estrangeiros convidados, principalmente dos Estados Unidos e Europa (SBCP, 2006).

Embora seja inegável o papel desempenhado pelos pioneiros na especialidade, o fato do Brasil ter se tornado referência internacional na área da cirurgia plástica deve-se, em grande parte, ao mérito de toda uma categoria profissional. Os cirurgiões plásticos brasileiros são vistos como médicos habilidosos e inovadores, que procuram sempre se aperfeiçoar no refinamento técnico com o objetivo de atender ao exigente mercado consumidor interno.

#### 4 O CIRURGIÃO PLÁSTICO E SUA CLIENTELA

*Make me beautiful ...*

*Make me...*

*Perfect soul*

*Perfect mind*

*Perfect face*

*A perfect life*

*(A perfect lie – The Engine Room)*<sup>10</sup>

A cirurgia plástica ao proporcionar transformações físicas de forma rápida, eficiente e prática vai de encontro a anseios básicos da sociedade contemporânea que são, segundo Gonçalves (2001), obter o máximo de resultado com o mínimo de esforço, priorizar esses resultados em detrimento do seu processo de obtenção e estar constantemente consumindo mudanças.

Essa relação de consumo transforma o paciente em um cliente conhecedor de seus desejos, que vê na figura do cirurgião plástico o executor de seus anseios. O desejo do paciente é, na maioria das vezes, adquirir as mesmas características físicas do grupo ao qual pertence ou deseja pertencer, de forma a tornar-se comum perante o mesmo. A esse processo Gilman (1999) denomina de “*passing*”, que seria, dentro da conotação inglesa do termo, impostura, ser aceito como algo que não é, fazer-se “passar por normal”. O objetivo não seria tornar-se “invisível”, mas poder ser visto como membro de um grupo ao qual necessita ou desejaria se identificar.

O conceito de “*passing*”, inicialmente utilizado pelo autor para descrever as transformações proporcionadas pela rinoplastia estética com o objetivo de disfarçar traços raciais, estendeu-se posteriormente a categorias como sexualidade e

---

<sup>10</sup> Música tema do seriado americano de televisão *Nip/Tuck* que retrata as aventuras e desventuras de dois cirurgiões plásticos em Miami, Flórida.



juventude. Ao indivíduo restaria a crença de que, ao modificar características exteriores também estaria alterando sua realidade interior, ou ao menos, fazendo com que a sociedade ou o grupo aceitasse sua aparência exterior como indicativa de uma determinada realidade interna. Caberia ao constante desenvolvimento das intervenções médicas atenuar os limites entre o indivíduo e o grupo, ou criar a ilusão de que esta distinção não existiria (*Ibidem*).

Técnicas cirúrgicas inicialmente indicadas para tratar deformidades decorrentes de doenças mutiladoras como a sífilis começaram, a partir do final do século XIX, a ser associadas aos ideais raciais da medicina higienista, sendo utilizadas como embuste para curar a “feiúra” racial, isto é, intervir naqueles que não se enquadravam no padrão estético dominante, ou seja, o caucasiano. Uma vez estabelecida a “cura cirúrgica da feiúra” causada por doença ou raça, outras indicações de embelezamento através de cirurgias estéticas passaram a ser consideradas. Segundo Gilman (1999), “uma vez que você pode modificar o que a sociedade entende como imutável, como as marcas raciais, então é possível imaginar alterar outros aspectos do corpo vistos como permanentes, como os sinais da idade” (*Ibid.*, p.16).

Se a beleza transmite vantagens econômicas e sociais reais, é inegável que a feiúra desencadeia desvantagens sociais e discriminação. Embora as pessoas gostem de pensar e demonstrar que a aparência não tem tanta importância, é evidente que o culto desta gera um dos preconceitos mais arraigados, embora dos mais negados (Etcoff, 1999).

Em um mundo onde as pessoas são julgadas pelas aparências, ao se enquadrar nos padrões socialmente estabelecidos o indivíduo liberta-se da opressão e do estigma de ser diferente. Entretanto, por ser a beleza culturalmente constituída,

o que o tornaria uma pessoa “invisível” numa determinada época ou lugar, poderia torná-la estigmatizada em outra circunstância (Gilman, 1999).

“Elas buscam a normalidade e, normal, é o que não se nota”.

(Ivo Pitanguy, *blog* da revista *Época* de 23/10/2006).

Baseando-se em entrevistas realizadas com mulheres no Rio de Janeiro, o antropólogo Alexander Edmonds (2002) questiona a alegação de Gilman do desejo de aceitação como fator motivador para o indivíduo se submeter a uma cirurgia plástica. Para o primeiro, tal explicação ao evocar a busca da normalidade desconsidera a possibilidade do desejo individual de se destacar perante o grupo, de atingir uma suposta perfeição física sem se preocupar em levar em consideração as pressões sociais. Essa argumentação é bastante presente no discurso de mulheres que afirmam buscar através da cirurgia para colocação de implantes mamários aumentar seu poder de sedução, expondo a relação implícita existente entre cirurgia estética e erotismo.

Em uma pesquisa realizada com universitárias nos Estados Unidos, Sarwer (2005) relatou que 5% das entrevistadas já tinham sido submetidas a uma intervenção estética. O aumento mamário foi um dos procedimentos mais comum, precedido apenas pelo *peeling* químico. Entretanto, 91% das entrevistadas responderam estarem familiarizadas com a cirurgia para o aumento mamário, contra apenas 52% com relação ao *peeling* químico. Além disso, 40% das universitárias questionadas consideraram a possibilidade de realizar uma cirurgia estética em um futuro próximo, sendo a mastoplastia de aumento o procedimento mais apontado. Convém lembrar, no entanto, que estes dados foram coletados com indivíduos pertencentes, em sua maioria, a classes sociais mais favorecidas e, conseqüentemente, com maior potencial de arcar com os custos de uma cirurgia estética.

Utilizando um questionário para avaliar a postura das estudantes frente à cirurgia plástica, Sarwer (*Idem*) descreveu que aquelas, de uma maneira geral, eram favoráveis à cirurgia plástica, com a maioria aprovando o comportamento das mulheres que procuram, através das modificações proporcionadas pela cirurgia, aumentar sua auto-estima.

Outro dado advindo da pesquisa foi o de que as considerações financeiras e a opinião do parceiro teriam pouco impacto no interesse pela realização de um procedimento estético, com apenas 5% das entrevistadas afirmando que se submeteriam a uma cirurgia caso isso fosse solicitado pelo companheiro. Para Novaes (2006) o discurso do aperfeiçoamento pessoal apresentado pelas mulheres das camadas sociais superiores contrasta com o apresentado pelas mulheres de menor poder aquisitivo; para essas, a cirurgia é muitas vezes utilizada como garantia de manter um relacionamento estável. Entretanto, a autora credita a diferença observada mais na franqueza das respostas do que no sentimento subjetivamente experimentado, o que torna inegável a busca de aprovação do olhar do outro.

Com relação ao profissional que executará o procedimento, é comum que o cirurgião plástico não esclareça detalhadamente ao paciente como se procederá o ato operatório, por considerar essas informações técnicas de domínio exclusivamente médico. Em geral são fornecidas explicações genéricas sobre o local da incisão, forma de abordagem das estruturas a serem modificadas e o tipo de anestesia a ser utilizada (Gonçalves, 2001). Essa postura médica, aliada a priorização do resultado em detrimento dos meios, induz a paciente a acreditar que toda intervenção cirúrgica é descomplicada, o que nem sempre corresponde à prática. Além das possíveis complicações inerentes ao procedimento específico,

todos os potenciais riscos que normalmente estão envolvidos em uma cirurgia eletiva em um paciente previamente hígado podem, similarmente, ocorrer.

No caso de cirurgia para aumento mamário, a paciente precisa estar ciente de que as alterações que ocorrem nos seios após a colocação dos implantes são irreversíveis. Se ela posteriormente decidir pela remoção dos implantes, é provável que venha ocorrer a ptose mamária, com a presença de flacidez e sobra de pele.

É conferida ao cirurgião plástico a responsabilidade de realizar um julgamento estético adequado e convertê-lo em realidade, seja na remodelação ou na reconstrução de uma estrutura anatômica afetada. Para tanto, a habilidade na concepção estética deve estar em consonância com a perícia técnica na diligência de reparar o que está malformado ou restaurar o que foi perdido.

Nesse aspecto, o cirurgião plástico assemelha-se ao artesão ao empregar, meticulosamente, sua perícia e seu instrumental na busca do melhor resultado possível, rejubilando-se de ter seu trabalho elogiado e reconhecido como uma obra de arte. Essa situação de enaltecimento efusivo origina um estado de autoconfiança excessiva em seu trabalho que, associada à “adoração” do cirurgião-artista pela sua obra, incorpora neste profissional um “complexo de Pigmaleão”<sup>11</sup>. Blum (2003), no entanto, faz duas significativas revisões da história mitológica contada por Ovídio. Inicialmente, a “matéria-prima” a ser esculpida é formada por estruturas anatômicas (*flesh*, no original) e não pedra. Segundo, ao contrário de Pigmaleão, cuja meta era ver seu objeto de arte idealizado transformar-se em carne e osso, o cirurgião plástico busca, ao “esculpir” a matéria viva, transformá-la em obra de arte, esquecendo muitas vezes que se trata de um indivíduo aos seus cuidados.

---

<sup>11</sup> Segundo uma lenda grega contada pelo poeta romano Ovídio (43 a.C. -17 d.C.), Pigmaleão era um escultor que se apaixonou por uma estátua de marfim que esculpira para reproduzir a versão ideal do corpo feminino. A deusa Afrodite, em resposta às preces de Pigmaleão, transformou a estátua em uma mulher de carne e osso, chamada Galatea (Ovídio – *Metamorfoses*).

“O paciente vê o cirurgião como um pintor-escultor de formas vivas, que lida com um ser que é ao mesmo tempo racional e sensível, consciente e inconsciente, corpo e alma [...] Mas o cirurgião é um escravo da forma e da anatomia e, muitas vezes, sente-se limitado em sua criatividade”.

(Ivo Pitanguy, *blog* da revista *Época* de 23/10/2006)

Para o perfeito entendimento da beleza e o adequado domínio da arte, as habilidades requeridas vão muito além da destreza manual e da formação acadêmica tradicional. O sucesso de um procedimento de cirurgia plástica depende em parte da habilidade de julgar formas, interpretar apropriadamente os contornos e realces e ter a capacidade de perceber o relacionamento espacial entre as estruturas anatômicas envolvidas (Januszkiewicz, 2002).

Januszkiewicz (*idem*) chama a atenção para a importância da inserção do estudo das artes nos programas de formação em cirurgia plástica. Para ela, o aprendizado de desenhar e esculpir aguçaria as habilidades perceptivas, elevando a consciência aos detalhes, e melhoraria a apreciação da estética, com a obtenção de um resultado mais harmonioso para o paciente.

Os cânones clássicos, assim como as orientações neoclássicas e renascentistas ditaram correlações anatômicas que ao longo dos séculos impuseram a representação da beleza na arte ocidental. Um dos exemplos mais famosos e difundidos de um modelo das proporções humanas baseado no ideal clássico da beleza foi ilustrado por Leonardo da Vinci no seu desenho do homem vitruviano<sup>12</sup>, tendo o corpo ajustado em um círculo e quadrado perfeitos. Embora esses parâmetros ainda hoje reverenciados possam ter servido modernamente como fundamentação e fonte de inspiração aos cirurgiões plásticos, poucos se preocupam em testar cientificamente se eles descrevem as proporções ideais das pacientes de

---

<sup>12</sup> O homem vitruviano é um conceito apresentado na obra *De Architectura* escrita pelo arquiteto romano Vitruvius. Tal conceito é considerado um cânone das proporções humanas (Etcoff, 1999).

carne e osso. Talvez porque os sistemas de medidas fundamentados em proporções sejam falhos em descobrir uma fórmula universal de quantificar a beleza (Etoff, 1999).

Estimando a beleza como algo subjetivo, é na questão da perfeição dos resultados que o cirurgião plástico deverá centrar suas atenções, já que é através de seus procedimentos que buscará transformar o imperfeito em perfeito. Para tanto, é preciso estar ciente de que para se obter um resultado irrepreensível é fundamental que se execute uma cirurgia primorosa. Todavia, um procedimento corretamente executado não é garantia de um resultado impecável, já que é preciso ter em mente a incapacidade de se controlar totalmente os processos biológicos envolvidos inerentes a cada indivíduo submetido a uma cirurgia. É certo, porém, esperar um resultado ruim de um procedimento mal executado (Strasser, 2002).

Autores como Tebbetts (2001) defendem a formulação de algoritmos para, através do estudo das proporções do tórax / mamas, escolherem o tamanho e forma ideais dos implantes. Baseado na análise de mamas definidas como "esteticamente perfeitas", em que medidas antropométricas de mulheres caucasianas e com idade entre 17 e 38 anos foram comparadas e tomadas como padrão, Westreich (1997) propôs um protocolo para a avaliação pré-operatória da paciente, assim como do resultado cirúrgico obtido. Entretanto, para a maioria dos cirurgiões plásticos não há um critério estético mensurável para os seios. Sem dúvida isto se deve em parte às alterações dinâmicas das formas que ocorrem, por exemplo, com a mudança de postura ou de posição dos braços.

Se com a mulher na posição supino os seios assumem uma forma mais globosa, com o alargamento da base, achatamento da projeção e pendência para os lados, no decúbito lateral as mamas respondem à gravidade, com a assimetria das

formas e localização. Na posição ortostática, elas tendem a se apresentar mais simétricas, adquirindo a forma em “gota” na vigência de ptose. Quando da inclinação do corpo para frente, as mamas estão propensas a se tornar mais esféricas ou mesmo tubulares, com o estreitamento de suas bases.

Além do aspecto dinâmico, as mamas são uns dos órgãos do corpo que mais se modificam ao longo da vida. Elas se alteram com a puberdade, com o desequilíbrio hormonal, com o ganho e perda ponderal, com a gestação e lactação, e com a menopausa e o envelhecimento. Entretanto, independentemente do tamanho preferido, os seios considerados eróticos sempre foram firmes e empinados, com sua forma ideal encontrada nas mulheres nulíparas, já que com a idade e a paridade a forma adquirida pelas mamas provavelmente prejudicaria seu poder de atração (Etcoff, 1999).

Em vista do que foi anteriormente exposto, podemos concluir que a tentativa de imitar através de artifícios cirúrgicos a atratividade das mamas naturais é uma tarefa complexa e dificultosa. Para Brody (2004), a utilização de implantes de silicone permite, na melhor das hipóteses, a modelagem de uma mama “natural” apenas em uma posição de postura – a ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo. Em qualquer outra posição o aspecto “natural” está condicionado à relação de volume entre a mama e o implante, e o quanto este interfere na mobilidade do tecido mamário pré-existente.

O autor afirma que, embora o egocentrismo muitas vezes latente no cirurgião reivindique o desempenho de um papel central na obtenção dos resultados, suas escolhas em um dado paciente estão limitadas aos aspectos anatômicos e biológicos deste. Com exceção da garantia de aumento de volume, a forma final dos seios estará condicionada às variantes anatômicas do tórax, das mamas e dos

implantes. Ao se levar em conta fatores primordiais como a constituição física da paciente e o ideal que deseja alcançar, procura-se personalizar ao máximo a indicação de cada procedimento.

Considerando não existir uma total simetria bilateral nos órgãos pares, é possível, com o escrutínio das mamas, demonstrar que diferenças estão presentes em um certo grau em todas as mulheres. Dessa forma, cabe ao cirurgião plástico prudentemente chamar a atenção no pré-operatório para as assimetrias observadas em suas pacientes, já que estas, freqüentemente, só realizam um minucioso auto-exame no pós-operatório, muitas vezes ignorando aspectos de sua anatomia original.

Embora a cirurgia plástica não seja isenta de riscos e os seus resultados não dependam somente da atuação médica, mas também de fatores imponderáveis pessoais do paciente, muitos juristas entendem ser a atuação do cirurgião plástico uma obrigação de resultado. Isso significa que o profissional não somente está obrigado a utilizar-se dos meios necessários para atingir determinado fim como também é obrigado a alcançar o resultado esperado ou proposto ao paciente. Caso isto não ocorra, o cirurgião plástico poderá sofrer as conseqüências legais do descumprimento do contrato (Ferreira, 2001).

Sendo a cirurgia plástica considerada como obrigação de resultado, dele pode resultar a inversão do ônus da prova, cabendo ao médico, presumivelmente culpado por não atingir um determinado objetivo, provar sua inocência. Decorre daí a importância atribuída às informações feitas por escrito no pré-operatório, de forma ao cirurgião poder comprovar, mediante a assinatura do paciente no documento conhecido como termo de consentimento livre e esclarecido, que o mesmo foi devidamente esclarecido quanto ao procedimento proposto, potenciais implicações e



limitações. Embora essas informações escritas não garantam, por si só, sucesso em um processo judicial, elas são indicativas da seriedade e boa fé do profissional.

## 5 CIRURGIA ESTÁTICA DAS MAMAS

### 5.1 Mamoplastia de aumento

No que diz respeito à anatomia das mamas os cirurgiões plásticos, juntamente com os psiquiatras e psicólogos, “construíram” várias “doenças”, para as quais os implantes mamários seriam o tratamento. Esta construção médica da “necessidade” está diretamente relacionada com o estágio do desenvolvimento tecnológico. Jacobson (2000) faz uma distinção entre necessidade e desejo, onde este, embora seja uma construção social, é um sentimento e vontade individual que conduz a mulher a procurar a cirurgia para colocação de implantes. A “necessidade”, por sua vez, é algo gerado externamente, com reconhecimento e sanção social. A necessidade seria, portanto, a legitimação do desejo, entendida como algo indispensável.

Como afirma Corrêa (2001) ao abordar o “desejo de filhos” no contexto das tecnologias reprodutivas, “o desejo é visto como o que conscientemente move o indivíduo em suas decisões e ações, ou como fonte de suas realizações, identificável muitas vezes com a idéia de vontade” (*Ibid.*, p.177). No entanto, apenas o desejo não é suficiente, é preciso torná-lo necessário para adequar essa demanda à medicina.

A necessidade é produto de uma complexa interação entre o indivíduo e a sociedade, entre tecnologia e práticas, e entre o paciente e o médico. Portanto, assim como as tecnologias se desenvolvem e as sociedades mudam, a construção da “necessidade” também sofre alterações, refletindo mudanças na concepção de feminilidade (Jacobson, 2000).

Na história dos implantes mamários, a “necessidade” foi inicialmente elaborada pela patologização das variações de forma e tamanho das mamas, tornando as diferenças anatômicas algo a ser tratado. Nesse contexto, os implantes surgiram como o procedimento terapêutico indicado para essas doenças recém-descobertas (Jacobson, *idem*). Para a autora, ao criarem a necessidade para a utilização de implantes mamários os cirurgiões plásticos procuraram legitimar não só a tecnologia do procedimento, mas suas próprias atuações. É importante deixar claro que não estamos tratando aqui da necessidade de implantes para reconstrução mamária por mutilações, haja vista não ser o objetivo deste estudo.

A crescente popularidade e o entusiasmo público por determinadas práticas terapêuticas muitas vezes direciona o desenvolvimento médico no sentido de adequá-lo a uma demanda específica. A incorporação pela cirurgia plástica como especialidade médica de técnicas cirúrgicas estéticas, com a conseqüente criação de uma gama de opções de novos tratamentos, deu-se em grande parte como resposta a uma demanda de mercado, corroborando com a “cultura medicalizada” da sociedade ocidental desde o século passado (Haiken, 1997).

O processo de medicalização social, que procura explicar o comportamento humano através da linguagem e da ideologia da medicina científica, influenciou médicos e pacientes a reconhecerem e descreverem a feiúra como condição patológica a ser tratada, tendo a cirurgia plástica como nexos entre a medicina e a cultura do consumo (*ibidem*). Neste processo, a medicina estética procura estabelecer no corpo uma “doença” que está fora dele, e sim, na ordem do social (Ferreira, 2006). Inspirados nesta nova cultura os cirurgiões plásticos começaram a discutir e a enfatizar a importância social e econômica da aparência exterior, tendo a beleza como mercadoria altamente valorizada.

Os “tratamentos da feiúra” se desenvolveram em função de uma demanda preexistente: o desejo de tornar-se bela. Assim como Corrêa (2001) assevera que “sem desejo de filhos não há infertilidade” (*Ibid.*, p.36), e essa deixaria de ser percebida como defeito biológico a ser tratado pela medicalização da reprodução humana, correlativamente poderíamos dizer que, sem o desejo de se adequar a padrões socialmente estabelecidos de beleza, não teríamos na ausência desta uma “anormalidade” para justificar sua correção cirúrgica.

Já no início do século XX os cirurgiões plásticos começaram a pensar e a discutir os aspectos psicológicos das transformações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos. Porém ao invés de conceitos psicológicos específicos, nessas discussões os cirurgiões invocavam termos do senso comum como insegurança e infelicidade. Foi Alfred Adler, psicólogo vienense, quem em meados da década de 1920 formulou o conceito de “Complexo de Inferioridade”. O público norte-americano, receptivo à Psicologia como nova ciência que surgia à época, acolheu com particular entusiasmo o novo conceito, tomando este de uso corrente nos círculos médicos e leigos (Haiken, 1997).

Na tentativa de buscarem respostas para a crescente procura por seus serviços, os cirurgiões plásticos encontraram no conceito de “Complexo de Inferioridade” uma convincente ferramenta para a explicação e justificativa para a prática da cirurgia estética. Todavia, é surpreendente que esses cirurgiões tenham adotado o ponto de vista psicológico tão rapidamente. Afinal, era de se esperar que problemas nessa esfera demandassem a atenção de um profissional da saúde mental, e não de um cirurgião plástico. Por sua vez, pacientes que desenvolviam complexo de inferioridade devido a aspectos físicos, localizando na superfície do corpo um “problema” existente até então somente na imaginação, se valiam desse

termo para explicar ou justificar sua procura pela cirurgia, assim como atribuíam a essas alterações a falta de confiança necessária para serem bem sucedidos no meio social e profissional (*Ibidem*).

Como descreve Haiken (1997), amparado pelo discurso persuasivo da psicologia, observou-se nos Estados Unidos, a partir das décadas de 1920 e 30, um aumento na demanda por cirurgias estéticas. Tal fato decorreu da crescente crença entre os norte-americanos de que o aspecto físico seria fundamental para o sucesso econômico e social, assim como para a saúde mental. Ao associar anormalidades físicas a problemas psicológicos, anunciavam-se as intervenções cirúrgicas estéticas como meio de obter a cura. Revistas populares também começaram a publicar artigos descrevendo o potencial cirúrgico de provocar mudanças psicológicas.

Nesta época, ainda era grande a resistência dos cirurgiões plásticos mais reputados de aceitarem a cirurgia estética como um procedimento merecedor de suas atenções, e aqueles que o faziam preferiam atuar de forma velada. Procurava-se, através da utilização de termos como deformidade e desfiguração, deixar claro a distinção entre a cirurgia com finalidade cosmética da reconstrutiva (*Ibidem*).

A aplicação de teorias da psicologia ofereceu aos cirurgiões plásticos uma nova maneira de pensar e falar sobre sua especialidade, sobre seus pares e pacientes, permitindo àqueles retratarem a cirurgia estética com mais seriedade, e não simplesmente como cirurgia da vaidade.

Ao realçarem a influência da aparência nos meios social e econômico os cirurgiões plásticos procuraram dividir com o público em geral a incumbência da elaboração do diagnóstico das alterações estéticas. A ênfase na importância psicológica do aspecto físico levou os cirurgiões a compartilhar com os pacientes a indicação da cirurgia. A avaliação subjetiva dos pacientes, e não mais o julgamento

médico objetivo, passou a ser o fator determinante na avaliação da existência de uma deformidade e na indicação de sua correção cirúrgica. Ao escutarem seus pacientes os cirurgiões permitiam que portadores de complexo de inferioridade formulassem seus autodiagnósticos (*ibidem*).

Nas décadas de 1930 e 40, os cirurgiões plásticos começaram a melhor articular os problemas das mamas como constituídos de fatores social, cultural e psicológico. Apesar de ressaltarem a crescente preocupação com as anormalidades mamárias como limitadoras de determinadas atividades laborativas, assim como das alterações de ordem sexual e psicológica impostas pelas deformidades da forma mamária, alguns cirurgiões identificavam na sociedade um preconceito contra a cirurgia das mamas (Jacobson, 2000). A cirurgia estética "pura" ainda era vista como algo supérfluo, fruto da vaidade, possuindo assim uma conotação negativa.

Diferentemente dos cirurgiões plásticos que valorizavam as queixas das pacientes, aqueles que discriminavam as intervenções estéticas recusavam-se a reconhecer o sofrimento da mulher cuja deformidade não era decorrente de traumatismos ou de doença. Assim como o preconceito contra aquilo que era considerado vaidade contava para a resistência à cirurgia estética das mamas, as inadequações técnicas e tecnológicas também emperravam a sua aceitação. Com o advento de implantes de esponjas artificiais na década de 1950, os cirurgiões plásticos afirmaram ter dado um imenso salto tecnológico na cirurgia das mamas. No entanto, os resultados insatisfatórios e os efeitos indesejáveis, como o endurecimento e o encolhimento dos implantes, forçaram as tentativas de aprimoramento para a atenuação dos problemas (*ibidem*). Outros materiais como o silicone líquido e a parafina também foram utilizados neste período, igualmente sem sucesso.

Segundo Jacobson (2000), para justificar os riscos e ponderar os efeitos colaterais, a idéia de vaidade deveria ser dissociada do procedimento ao este ser estabelecido como tratamento para várias patologias. A tática utilizada foi enfatizar as indicações psicológicas e os benefícios do aumento mamário através de explicações científicas. Exemplo disso é que na década de 1950 os seios pequenos começaram a ser medicalizados. A palavra "hipomastia", usada até então para descrever uma variação anatômica da mama, passou a designar um termo diagnóstico, uma patologia a ser estudada. As pesquisas que construíram a hipomastia como uma "doença" apontaram os implantes como o seu tratamento, justificando os riscos que se opunham aos benefícios da cirurgia para aumento mamário.

Uma classificação para a hipomastia foi proposta em 1958, considerando de 1º grau aquela hipomastia em que o defeito de desenvolvimento mamário compreenderia as formações adiposas e glandulares, assim como a aréola e o mamilo. De 2º grau aquelas mamas em que o componente adiposo estaria ausente, e de 3º grau aquelas em que o volume mamário, mesmo presente, estaria em desacordo com a morfologia do restante do corpo (Franco & Rebello, 1977).

Os primeiros estudos sobre as mamas descritos na literatura psiquiátrica datam dos fins dos anos 1930, e viam o tema dentro de uma perspectiva psicanalítica. As mamas eram significativas tanto como um órgão de "identificação feminina", quanto uma parte do corpo genitalizado para representar a ausência do falo. Posteriormente, já na década de 1950, começaram a surgir os trabalhos psiquiátricos enfatizando a relação entre tamanho das mamas, feminilidade e disfunção psicológica.

Em 1958 foi publicado o primeiro estudo sobre o estado psicológico das mulheres que buscavam aumentar os seios através da colocação de implantes sintéticos. O trabalho, conduzido por um psiquiatra e um cirurgião plástico, consistia em entrevistas pré e pós-operatórias, tendo como principal questão a probabilidade com que o aumento mamário seria útil para tratar os problemas emocionais apresentados por essas pacientes. Como resultado eles relataram mudanças positivas na auto-imagem, melhoria nas relações sociais e perda do constrangimento em relação às mamas (Edgerton & McClary, 1958).

Nas décadas de 1960 e 70 uma série de artigos apresentados em conferências e publicados em periódicos de psiquiatria e de cirurgia plástica descreveu o perfil das mulheres que procuravam cirurgia para aumento mamário. Essas eram apresentadas como indivíduos aparentemente saudáveis psicologicamente, mas cuja autoconfiança exteriorizada mascarava um verdadeiro sentimento de inadequação, baixa auto-estima, depressão e neurose. O sentimento de inadequação surgia, para a maioria dessas mulheres, desde a adolescência, quando notavam um desenvolvimento que consideravam insatisfatório das mamas. Esse sentimento poderia ser exacerbado pelo destaque dado na mídia às mulheres portadoras de mamas fartas. No entanto, os cirurgiões plásticos alegavam, baseando-se em resultado de pesquisas, que a decisão pela cirurgia partiria de um desejo individual, e não por pressões de ordem social. Outros fatores determinantes para a procura por aumento mamário seriam os sintomas de cunho sexual relacionados a hipomastia e os momentos de turbulência na vida pessoal, como crise matrimonial, por exemplo. Nesse caso, segundo os cirurgiões, essas mulheres eram desencorajadas a realizar a cirurgia (Jacobson, 2000).



No final dos anos 1960 os cirurgiões plásticos iniciam um esforço junto aos demais profissionais de saúde para promover a cirurgia para o aumento mamário. Valendo-se das outras especialidades médicas e da enfermagem como intermediários, buscou-se estabelecer entre o público leigo a utilização terapêutica dos implantes mamários. O advento dos implantes de gel de silicone no início dos anos 1970 estabeleceu um marco para o crescente número de cirurgias. Por conseguinte, a mamoplastia de aumento pôde ser vista não apenas como um fenômeno médico, mas também como um evento sociológico e tecnológico, em que os avanços científicos e a utilização dos implantes só foram possíveis graças à crescente receptividade da sociedade (*Ibidem*).

Segundo Jacobson (2000), a partir de meados dos anos 1970 os estudos científicos começaram a reconceitualizar as pacientes que procuravam a cirurgia para aumento mamário. Ao contrário das pesquisas realizadas até então, que tendiam à “patologizar” essas pessoas, os novos estudos – claramente influenciados pelo movimento feminista e pelas mudanças ocorridas com a revolução sexual – procuraram focar na normalidade psicológica individual. Caberia ao cirurgião plástico não mais apenas curar uma doença, mas satisfazer os desejos da paciente. Observa-se a partir desse momento alterações na abordagem psicológica dessas mulheres, redimensionando suas classificações à progressiva “despatologização”.

Em um estudo retrospectivo com indivíduos candidatos à cirurgia plástica, Sarwer *et al.* (2004) observaram que 19% dos pacientes relataram algum tipo de distúrbio psiquiátrico, sendo o mais comum a depressão. Esse percentual, entretanto, contrastou enormemente com pesquisas anteriores que, de acordo com a metodologia utilizada nas entrevistas psiquiátricas, descreveram incidências de até 70% de alterações psicopatológicas entre os pacientes de cirurgia plástica, mais

freqüentemente distúrbios de personalidade e ansiedade. Contudo, ressaltaram os autores, a relação entre a existência de psicopatologia pré-operatória e a avaliação das mudanças ocorridas com o resultado cirúrgico careceria de novos estudos.

No campo ideológico, o discurso feminista de que as mulheres deveriam ser emancipadas e consumidoras informadas foi apropriado pelos cirurgiões plásticos que afirmavam que a liberação social e política feminina teriam conseqüências em relação aos cuidados de saúde dessas mulheres. Esses cirurgiões, em sua maioria homens, pregavam que as mulheres haviam se tornado menos passivas em relação aos seus corpos, fazendo-se vozes ativas no direito de possuírem mamas dita normais. Embora a ideologia do movimento feminista fosse contrária à demanda por aumento mamário, paradoxalmente os cirurgiões plásticos apontavam esse movimento como a principal causa para o crescente interesse pelo procedimento, atribuindo às mamas a única evidência externa real de feminilidade (Jacobson, 2000).

Na perspectiva feminista, a cirurgia estética como objeto de opressão feminina representaria a rendição à ideologia cultural vigente e ao mito da beleza<sup>13</sup> que historicamente vitimizaria as mulheres. Caberia ao cirurgião plástico e sua parafernália tecnológica o papel de “algoz”; representante incontestável do sistema patriarcal, e que procuraria exercer sobre as mulheres antigas formas de controle médico (Gonçalves, 2001). Neste processo, as imagens impostas da beleza feminina seriam empregadas como uma arma política contra a evolução da mulher, tão mais rígidas quanto mais fossem os obstáculos sociais e materiais vencidos por estas. Além do mais, a beleza feminina como instrumento de fetiche masculino

---

<sup>13</sup> “O mito da beleza na realidade sempre determina o comportamento, não a aparência” (Wolf, 1991: p.17), o que significa que as qualidades consideradas belas em um determinado momento são apenas símbolos do comportamento feminino julgado desejável para aquele período.

conferiria, perante uma sociedade machista, *status* ao homem ao qual a mulher “compartilhasse” seus atributos (Wolf, 1991).

Ao enquadrarem a beleza como uma questão social e não um problema individual, as feministas encorajavam as mulheres a resistirem a tais pressões (Haiken, 1997), desconsiderando ser de livre escolha dessas mulheres mudarem suas aparências, mesmo que para se adequarem a padrões não determinados por elas.

De maneira ampla, haveria dentro do discurso feminista duas abordagens para explicar o porque as mulheres optariam por se submeter à cirurgia plástica, e a relação dessa com a subordinação feminina na sociedade. A primeira abordagem sustentaria que as mulheres, ao se decidirem por ter seus corpos modificados cirurgicamente, seriam vítimas inconscientes, subjugadas pelos padrões hegemônicos do olhar masculino. A segunda perspectiva afirmaria que mulheres que se submetem à cirurgia plástica exercitariam de livre vontade a escolha de controlar seus corpos e suas vidas (Gagne & McGaughey, 2002).

Dentro da retórica democrática de que toda mulher poderia ser bela, para os cirurgiões plásticos a livre escolha, colocada como princípio que direciona a decisão pessoal, concederia ao indivíduo a autonomia de transformar-se em busca da felicidade, e esta, dentro de uma noção utilitária, seria o objetivo central a ser alcançado pela cirurgia estética (Gilman, 1999).

A década de 1970 marca ainda uma mudança na abordagem do cirurgião plástico no que diz respeito à vaidade, de até então negada como fator de influência para o desejo feminino pela cirurgia, para a sua naturalização, retratada como uma virtude positiva (Jacobson, 2000). Mas é na década de 1980 que a ideia de valorização do corpo e as práticas de embelezamento apontam com força

incontestável, porém não sem críticas à idealização de um corpo feminino e à adesão incondicional ao consumo de técnicas para a construção desse corpo (Fontes, 2004).

Como tendência estética predominante no Brasil observamos, a partir do final dos anos 1980, a ostentação de seios volumosos modelados por implantes de silicone tornar-se sinônimo de beleza e sensualidade (*Ibidem*).

Lembrando que a utilização de implantes para a reconstrução mamária por deformidades ou pós-mastectomia não é escopo do presente trabalho, é inegável que a crescente "despatologização" das mulheres que procuram a cirurgia para aumento mamário, num processo de substituição da "necessidade" pelo "desejo", aliada à maior confiança dos cirurgiões plásticos nos implantes de silicone, ampliou imensamente o mercado potencial para tal procedimento.

Esse desejo, marcado pelo exercício da individualidade e do consumo, marginaliza aquelas que não conseguem se manter no fluxo da normatização (Lucero, 1995). Para as feministas persiste, portanto, a questão por qual razão a aparência deve ser tão valorizada, a ponto de compelir as mulheres a se exporem a riscos potenciais ao submeter seus corpos saudáveis a intervenções estéticas (Fraser, 2003).

Segundo Davis (2002), a cirurgia plástica está inserida em um arranjo de tecnologias, discursos e práticas que definem o corpo feminino como deficiente, necessitando de constantes transformações. O padrão de beleza é introjetado na mulher via mídia, impondo um sentimento de culpa e marginalização àquelas que não conseguem se adequar a esses quesitos, o que Pellicer (1994) caracteriza de "ditadura do espelho". Para Ferreira (2006), "a insatisfação com o próprio corpo e o

desejo de transformá-lo se dá num outro corpo que não é o biológico, em um corpo sem órgãos que é puro desejo e/ou insatisfação" (*Ibid.*, p.143).

## 5.2 Implantes mamários de silicone

Desde os anos 1950 o silicone em suas diversas formas vem sendo utilizado como constituinte importante de diversos implantes de uso médico, tais como valvas cardíacas artificiais, tubos endotraqueais, implantes faciais e lentes intra-oculares. Somente na segunda metade do século passado mais de 2000 estudos foram realizados com o objetivo de certificar a segurança deste material (Muzaffar & Rohrich, 2001). Entretanto, sua utilização no início da década de 1950 sob a forma de injeções líquidas subcutâneas esteve relacionada à infecção, hematoma e migração do material injetado. Ainda nas décadas de 1950 e 60 outros materiais derivados de substâncias como o álcool polivinílico, o polietileno e o poliglicometacrilato foram testados e, antes que os resultados negativos surgissem, cada uma dessas substâncias foi considerada, por um breve período, como a ideal para o aumento mamário.

A partir dos trabalhos de dois cirurgiões plásticos, Thomas Cronin e Frank Gerow, realizados entre 1960 e 1963 no Texas, é iniciada no final dos anos 60 nos Estados Unidos a fabricação em escala comercial dos implantes mamários de silicone pela *Dow Corning Company*. Esses implantes eram compostos por uma espessa e lisa membrana (envelope) de silicone, preenchida com gel de silicone. Em meados dos anos 1970 foram realizadas modificações com a diminuição na espessura da membrana dos implantes, com o objetivo de diminuir a incidência de

contratura capsular<sup>14</sup>. Em contrapartida, observou-se uma maior suscetibilidade a ruptura. O risco de rompimento influenciou desde esta época a preferência de alguns cirurgiões plásticos pelos implantes preenchidos com solução salina (soro fisiológico), por acreditarem ser mais inócuo em caso de vazamento (Faulkner & Kent, 2001).

Contudo, os implantes salinos apresentam uma série de desvantagens quando comparados com os preenchidos com gel de silicone. Eles são mais propensos à ocorrência de ondulações e irregularidades de sua superfície, atribuem às mamas uma consistência menos natural, possuem um potencial maior para vazamento e conseqüentemente o esvaziamento, e apresentam uma maior mobilidade dos tecidos que o recobrem (Brown *et al.*, 2005).

Uma “segunda geração” de implantes de silicone foi desenvolvida e comercializada nos Estados Unidos ainda na década de 70. Os implantes foram revestidos com espuma de poliuretano que, embora retirados do mercado norte-americano pelo fabricante em abril de 1991, são hoje produzidos e amplamente utilizados no Brasil. Segundo a SILIMED<sup>15</sup>, única fabricante nacional, existem evidências científicas que demonstram a eficiência deste revestimento na diminuição da ocorrência de contratura capsular (Faulkner & Kent, 2001). O fato de esses implantes terem sido retirados do mercado norte-americano estaria baseado em estudos experimentais realizados em animais de laboratório, onde um dos subprodutos da hidrolização do poliuretano ao longo dos anos, o TDA (2,4 toluene diamine), estaria associado à remotíssima possibilidade de surgimento de tumores hepáticos em humanos (Brody, 1997).

---

<sup>14</sup> Devido a uma reação natural do organismo uma cápsula é formada ao redor do implante. Esta cápsula pode endurecer e contrair o implante, alterando a sua forma.

<sup>15</sup> SILIMED – Silicone e Instrumental Médico Cirúrgico e Hospitalar Ltda, com sede no Rio de Janeiro.

Após evoluções que trouxeram mudanças na consistência do gel de silicone do preenchimento e na espessura da membrana, em meados da década de 80 uma “terceira geração” de implantes foi desenvolvida. A utilização de uma espessa membrana externa texturizada teria como objetivos minimizar a razão de vazamento do gel de silicone (“gel bleed”) e reduzir a incidência de contratura capsular. Desde 1995, um novo tipo de implante de silicone com preenchimento de triglicérides está disponível comercial ou experimentalmente em alguns países. Além da diversidade de materiais utilizados na confecção da membrana (envelope) e no preenchimento do implante, existe uma grande variedade de formas, tamanhos, assim como da presença de duplo ou triplo lúmen ou de válvulas para expansão dos implantes (Faulkner & Kent, 2001). Com relação às formas, elas podem ser redondas ou anatômicas (“em gota”)<sup>16</sup>, e possuem perfil (altura) alto ou baixo. A presença de mais de um lúmen permite o preenchimento diferencial dos compartimentos do implante, podendo ser usado solução salina externamente e gel de silicone internamente, diminuindo o risco de vazamento deste, mas permitindo uma sensação mais natural das mamas à palpação.

A suposição da associação dos implantes mamários de silicone com doenças auto-imunes, do tecido conectivo ou reumáticas, como lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, fibromialgia e esclerodermia, assim como com a maior predisposição ao câncer de mama, levou o *U.S. Food and Drug Administration (FDA)* a solicitar em abril de 1991 que os fabricantes americanos de implantes apresentassem evidências da segurança dos seus produtos com preenchimento de silicone, que à época, contavam com a preferência de 80% dos cirurgiões plásticos

---

<sup>16</sup> O implante “em gota” possui dimensões diferentes nos seus diâmetros horizontal e vertical.

norte-americanos. Entretanto, essas informações não foram satisfatoriamente disponibilizadas pelos fabricantes.

Embora isso não indicasse necessariamente que os implantes com preenchimento de silicone fossem inseguros, o FDA não poderia, conforme determina a lei americana, comprovar sua segurança. Contrariando a posição do seu conselho consultivo, que recomendava a manutenção da disponibilidade dos implantes mamários de silicone para uso clínico enquanto os estudos subseqüentes ainda encontravam-se em andamento, o Comissário do FDA à época, David Kessler, propôs, em janeiro de 1992, uma "moratória" do uso de implantes com gel de silicone nos Estados Unidos, não permitindo a sua comercialização com o propósito de aumento mamário em mulheres saudáveis. A decisão foi tomada com base na insuficiência de evidências científicas para que se pudesse descartar a associação dos implantes com o câncer de mama e outras doenças sistêmicas (Fisher, 2002).

Por causa da preocupação do FDA com a possibilidade de ocorrerem efeitos adversos a médio ou longo prazo, somente os casos de reconstrução mamária por câncer, defeitos congênitos ou lesões graves das mamas estariam autorizados a utilizar os implantes com preenchimento de silicone. Ao se reconhecer os efeitos psicológicos envolvidos na reconstrução mamária, considerou-se o emprego dos implantes como parte vital do processo de recuperação, presumindo que o benefício da sua utilização nesse grupo de mulheres sobrepunha aos riscos, diferentemente quando da sua finalidade estética (Gilman, 1999).

A geração desta controvérsia acerca da segurança dos implantes de silicone para uso estético foi em parte devido à pressão da mídia, de grupos ativistas sociais e de advogados, atingindo seu ápice com a decisão do FDA. Desde então se seguiu uma grande disputa envolvendo evidências científicas favoráveis ou contra os



implantes, assim como questões pertinentes à atribuição da responsabilidade legal aos fabricantes, aos cirurgiões ou ao órgão regulador, o que culminou com o maior acordo de indenizações de um produto na história dos Estados Unidos.

Como consequência da polêmica pública gerada pela suposta associação dos implantes mamários com doenças auto-imunes, mais de trinta mil processos foram abertos na justiça americana contra a *Dow Corning Company*, principal fabricante de implantes. Em setembro de 1994 quase meio milhão de mulheres que se diziam insatisfeitas com seus implantes tentavam participar de um acordo coletivo com a empresa quando esta declarou falência (Gilman, 1999).

Pressionado pelas milhares de queixas de mulheres que supostamente haviam sido prejudicadas pelos implantes mamários, o FDA concluiu, à época, que não era possível fornecer informações adequadas sobre os riscos a que essas mulheres estavam expostas por portarem implantes com preenchimento de silicone (Faulkner & Kent, 2001). Porém, o FDA admitiu que os riscos envolvidos na retirada dos implantes eram provavelmente maiores do que os já conhecidos com a permanência dos implantes colocados (Fisher, 2002).

Em outubro de 2003 o FDA realizou um painel consultivo para avaliar o *premarket approval* dos implantes convencionais de gel de silicone, o que permitiria uma flexibilização na utilização destes dispositivos. Apesar do parecer favorável do painel, a aprovação foi rejeitada (Adams, 2004).

Até novembro de 2006, nos Estados Unidos, somente os implantes com preenchimento salino estavam disponíveis tanto para fins estéticos quanto para reparadores. Os implantes preenchidos com gel de silicone só podiam ser utilizados em reconstruções mamárias ou em mulheres envolvidas em estudos clínicos mantidos pelos fabricantes e aprovados pelo FDA, com a supervisão de cientistas e

profissionais de saúde. Para participarem desses estudos as candidatas precisavam atender aos critérios de um protocolo de inclusão, com a sua elegibilidade avaliada pelo médico responsável.

Contudo, não foi sem críticas esta ambivalência do FDA com relação à distinção quanto à opção de implantes disponíveis para fins estéticos ou reparador. Alegou-se que ambos os grupos de mulheres possuíam direitos e necessidades a serem satisfeitas e, se os implantes eram seguros para um determinado grupo, eles deveriam ser seguros para ambos. Por um lado, havia aqueles que clamavam por regulamentações mais rígidas e, por outro, os que apelavam pelo direito da liberdade de escolha (Faulkner & Kent, 2001).

Ao privar do direito individual de escolha em função dos riscos implicados o FDA colocou a autonomia dos médicos e pacientes de cirurgia estética em questão, não levando em consideração a argumentação apresentada pela Associação Médica Americana (*American Medical Association*) de que as mulheres estariam aptas a se decidir após tomarem conhecimento dos debates públicos sobre o tema e receberem os devidos esclarecimentos médicos (Gilman, 1999).

É interessante salientar que, antes da introdução de políticas restritivas em 1992, os implantes mamários eram classificados dentro da classe mais baixa de risco pelos órgãos regulamentadores (Faulkner & Kent, 2001).

Em contraste com a situação até recentemente vigente nos Estados Unidos, no Brasil, assim como na maioria dos países europeus, o uso de implantes com preenchimento de gel de silicone permaneceu irrestrito. Na Europa, os implantes com gel de silicone foram certificados como dispositivos médicos, satisfazendo as normas da Comunidade Européia quanto a sua segurança e eficácia (*Ibidem*).

Trabalhos desenvolvidos no Reino Unido e divulgados em 1997 afirmaram não haver, até a referida data, nenhuma evidência que sugerisse a associação de implantes mamários de silicone com o aumento da incidência de câncer de mama ou como causa de doenças auto-imunes. Embora se admita que o vazamento de silicone do implante possa ocorrer como um processo gradual ou devido à ruptura, não foi demonstrado que isso pudesse ser prejudicial à saúde (*Ibidem*).

Numerosos estudos epidemiológicos realizados em instituições conceituadas como o Mayo Clinic e o Johns Hopkins University dos Estados Unidos refutaram consistente e conclusivamente cada uma das alegadas doenças associadas ao uso de implantes mamários (Muzaffar & Rohrich, 2001). Além disso, pesquisas realizadas por grupos independentes na Austrália, Europa, Canadá e Estados Unidos verificaram que mulheres portadoras de implantes, produzidos total ou parcialmente de silicone, não apresentariam um risco maior para câncer de mama do que mulheres sem implantes. Da mesma forma, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (*International Agency for Research on Cancer*) constatou haver evidências que sugerem a ausência de carcinogenicidade dos implantes mamários de silicone em humanos, e o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (*Institute of Medicine of the National Academy of Sciences - Washington DC*) concluiu, após extensa revisão da literatura, que os implantes não aumentam a taxa de recorrência de câncer de mama e não diminuem a taxa de sobrevida com a sua utilização na reconstrução mamária (Hoshaw, 2001).

Segundo o Colégio Americano de Radiologia (*American College of Radiology*), com relação à detecção de câncer mamário oculto em pacientes portadoras de implantes, é possível o diagnóstico precoce com as técnicas comumente disponíveis, desde que os exames radiológicos sejam feitos por um

profissional experiente (Jakubietz *et al.*, 2004). Além do mais, admite-se que o risco de não se diagnosticar um tumor mamário decresce nas mulheres portadoras de implantes, devido a maior adesão destas aos exames médicos de rotina (Muzaffar & Rohrich, 2001).

Handel *et al.* (2006) ao compararem mulheres com câncer de mama observaram que tumores de tamanhos semelhantes eram mais facilmente palpáveis nas pacientes que portavam implantes mamários do que nas sem implantes. Para os autores este efeito benéfico dos implantes poderia compensar um potencial prejuízo na sensibilidade do exame mamográfico. Entretanto, ambos os grupos tiveram seus diagnósticos realizados em um estágio similar, com prognósticos semelhantes.

No que diz respeito à presença de silicone no leite materno, este foi encontrado na mesma quantidade tanto em mulheres com ou sem implantes, fornecendo uma evidência da onipresença do silicone em nosso meio ambiente e sustentando não haver dados que apoiem a orientação de mães portadoras de implantes evitar amamentar seus filhos; mesmo porque, níveis ainda maiores de silicone foram detectados no leite de vaca e em formulações infantis (Muzaffar & Rohrich, 2001).

O silicone utilizado nos implantes mamários é um dos materiais menos biorreativos disponíveis para ser usado em dispositivos médicos. Em um trabalho publicado em 1997, Brody afirmou existir mais de mil produtos médicos nos quais o silicone entra em sua composição ou é utilizado no processo de manufatura. Além disso, referiu não haver, até aquele momento, nenhuma doença sistêmica que pudesse ser definitivamente atribuída ao silicone.

Em comunicado à imprensa divulgado em 17 de novembro de 2006 o FDA, após uma “rigorosa revisão científica” aprovou os implantes mamários preenchidos

com gel de silicone fabricados pelas empresas Allergan Corp. e Mentor Corp., ambas estabelecidas na Califórnia<sup>17</sup>. Para se beneficiarem de tal aprovação essas empresas foram submetidas a inspeções que averiguaram o cumprimento das determinações legais das suas instalações fabris. De acordo com o FDA, os implantes poderão, a partir daquela data, ser utilizados em reconstruções mamárias de mulheres de qualquer idade ou para aumento mamário naquelas com mais de vinte e dois anos de idade (FDA, 2006).

Na nota o FDA afirma que, após rever uma extensa quantidade de dados de testes clínicos, assim como de informações determinando os riscos e benefícios destes produtos, reuniu evidências científicas que garantiram satisfatoriamente a segurança destes dispositivos. Essas informações foram obtidas a partir de estudos clínicos dos fabricantes de implantes, na revisão de estudos científicos independentes e na deliberação de painéis consultivos. Para o FDA as informações contidas nas instruções que acompanham os implantes, tais como a possibilidade de ruptura ou a necessidade futura de uma cirurgia adicional, são suficientes para permitir aos médicos e suas pacientes decidir pela utilização ou não dos implantes.

Em contrapartida, o FDA determinou que cada fabricante realizasse um extenso estudo acompanhando cerca de 40 mil mulheres por até dez anos após a colocação dos implantes. Os estudos pós-aprovação dos implantes deverão colher informações tais como taxas de complicações locais, de patologias associadas, de incidência de câncer e suicídio, do potencial de interferência na lactação e nos exames radiológicos. Argumenta-se que somente com uma ampla utilização do produto questões como efeitos adversos raros poderão ser respondidas.

---

<sup>17</sup> Quase a metade dos cirurgiões plásticos do mundo está nos Estados Unidos e, coincidentemente, um terço está estabelecido na Califórnia (Etkoff, 1999).

Todos os tipos de implantes possuem um ciclo de envelhecimento. Entretanto, a avaliação da longevidade dos implantes mamários permanece problemática, uma vez que, geralmente, não é possível prever os efeitos e comportamento desses implantes em longo prazo, além de não terem um limite de vida útil reconhecido pelo meio científico. Embora não exista um consenso, muitos cirurgiões advertem suas pacientes sobre a limitação, de aproximadamente dez anos, da durabilidade dos implantes, sugerindo a sua substituição preventivamente findo este prazo (Faulkner & Kent, 2001).

Segundo as instruções de uso que acompanham os produtos manufaturados pela SILIMED, o implante mamário de silicone é constituído de uma membrana de elastômero de silicone, contendo em seu interior um volume definido de gel de silicone transparente e de alta coesividade, com forma, consistência e densidade similares ao tecido mamário. O fabricante adverte que, "qualquer paciente submetido a uma cirurgia para introdução de elemento estranho ao organismo está sujeito a sofrer possíveis complicações", delegando ao médico a responsabilidade de prestar os devidos esclarecimentos aos pacientes.

De acordo com o manual de "instruções de uso", as complicações relatadas na literatura médica atual com a utilização dos implantes mamários são as seguintes: afundamento da parede costal, assimetria mamária, calcificações, contratura capsular, deslocamento ou dobras do implante, dor, erosão ou erupção cutânea, extrusão do implante, hematoma, infecção, seroma, necrose da pele, perda de sensibilidade, trombose e rompimento do implante. Não há, segundo o manual, comprovação científica da relação dos implantes com o câncer de mama, alterações na resposta imunológica, interferência na amamentação ou teratogenicidade. É importante ressaltar que este manual, presente no interior da caixa lacrada do

implante e que só é aberta no centro cirúrgico juntamente com a embalagem estéril do implante, geralmente não é fornecido à paciente. Cabe a esta o “Cartão de implantes para pacientes”, onde consta as especificações do implante como tamanho e forma, juntamente com seu “número de série” para qualquer anormalidade.

O manual ressalta ainda a importância da avaliação pré-operatória de instabilidade psicológica da paciente, história de insatisfação anterior com a utilização de implantes, assim como da obtenção de consentimento formal da paciente para o procedimento proposto.

Os implantes com preenchimento de gel de silicone coesivo apresentam como vantagens uma maior capacidade de proporcionar um contorno mamário mais natural, uma ampla variedade de tamanhos e formas com melhor adequação às variações de dimensões torácicas, uma maior manutenção da forma com menor possibilidade de ocorrência de irregularidades na superfície do implante devido à maior aderência aos tecidos circunvizinhos e resistência à deformação, e uma menor probabilidade de vazamento do conteúdo conseqüente à ruptura do implante (Brown *et al.*, 2005).

Toda cirurgia para colocação de implantes mamários tem que, necessariamente, levar em conta os seguintes parâmetros: volume, forma e constituição do implante, localização da incisão cirúrgica e plano anatômico para colocação do implante. No que diz respeito à localização da cicatriz, esta pode ser inframamária, transareolomamilar ou periareolar. Menos freqüentemente, utilizam-se os acessos axilar e umbilical. Quanto ao plano de colocação, este pode ser submuscular ou subglandular. Com relação às características dos implantes, estas já foram anteriormente mencionadas.

A técnica ideal para o aumento mamário sempre foi debatida, já que não há um padrão que se adeqüei a todas as pacientes. A existência destas variáveis e a necessidade de harmonizá-las de acordo com cada contorno corporal faz com que a cirurgia de mastoplastia de aumento se torne "arte e ciência" (Spear *et al.*, 2004, p.73e).

A seleção quanto à forma e tamanho do implante deve levar em consideração o grau de projeção e o preenchimento do pólo superior da mama propostos. Na decisão quanto ao local da incisão é importante considerar o diâmetro da aréola e o tamanho do implante que se deseja colocar. No que diz respeito ao plano de descolamento para a confecção da cavidade para o implante, é fundamental que se investigue, caso se opte pela sua colocação subglandular, a presença de um panículo lipoglandular adequado para a cobertura do implante. Caso o tecido mamário existente não seja suficientemente espesso, deve-se considerar a colocação do implante no plano submuscular, o que reduz também o risco de contratura capsular.

Embora tenham sido propostas orientações baseadas nas características dos implantes e nas peculiaridades tissulares das pacientes para a seleção dos implantes, nenhum método foi suficientemente eficaz para prever qual forma ou tamanho proporcionaria uma maior satisfação à paciente no longo prazo. Além disso, os resultados dependerão também de outros fatores individuais como o estado geral de saúde da paciente, a tendência a sangramento, a existência de cirurgias mamárias prévias, o contorno corporal e a sua estrutura torácica.

O "envelope" mamário, ou seja, os tecidos que irão recobrir o implante, suportam até uma determinada carga de peso, após a qual é previsível a ocorrência de efeitos negativos. Podemos citar como conseqüências da colocação de implantes



excessivamente grandes e pesados a ptose mamária, o esgarçamento e afinamento dos tecidos que recobrirão o implante, com a potencial exposição ou extrusão deste, e a atrofia do parênquima e do tecido celular subcutâneo, o que torna as bordas do implante palpáveis e visíveis. Todas essas situações, nem sempre imagináveis pela paciente e em parte evitáveis com a limitação do tamanho do implante, tornam necessária uma nova operação, com seus gastos e riscos adicionais (Tebbetts, 2001).

Com base no que foi acima exposto, sobrevém a seguinte questão: a quem cabe a decisão por tais parâmetros? Tal indagação gera discussões ardorosas entre os cirurgiões plásticos, sem que haja, obviamente, um consenso. Por um lado, há aqueles que argumentam que, uma vez que cabe ao cirurgião, detentor do conhecimento técnico, a responsabilidade pelo procedimento, nada mais lógico que este tome a frente de todo o processo decisório, não permitindo a inferência da paciente. Por outro lado, é considerável o número de mulheres que retornam aos consultórios (geralmente de outro cirurgião) em busca de uma reoperação, reclamando que seus cirurgiões tomaram todas as decisões e que os resultados foram aquém do esperado (Dowden, 2003).

Dentre essas reclamações, a mais freqüente diz respeito ao tamanho dos implantes, que em sua maioria são menores que o desejado pelas pacientes. Embora essas mulheres não dimensionem o tamanho dos implantes em função do diâmetro de sua base ou o seu volume em centímetros cúbicos, elas geralmente possuem uma clara imagem das proporções corporais que gostariam de obter. Outras fontes de questionamentos são referentes ao plano anatômico da colocação dos implantes, da forma e composição destes, e da localização da cicatriz (*Ibidem*).

Hoje em dia, tornou-se bastante popular entre homens e mulheres o aspecto até então definido como "artificial" dos seios. As pacientes solicitam a colocação de tamanhos de implantes cada vez maiores e que possam proporcionar mais definição do pólo superior da mama já que, como afirma Wolf (1991), ninguém parece estar preocupado em fingir que elas pareçam ser naturais. Neste quesito, a mídia e seus veículos atuam auxiliando na redefinição de padrões de forma e tamanho dos seios, com a idealização destes redondos e firmes (Dowden, 2003).

A discussão se os implantes mamários podem causar danos à saúde ainda é uma questão de grande interesse público e científico. Com o objetivo de identificar se os supostos efeitos adversos atribuídos ao silicone eram ou não decorrentes da exposição direta a este, tornou-se importante a avaliação de outras doenças correlatas. Diversas pesquisas foram realizadas com a alegação de coletar informações e avaliar variáveis que pudessem distinguir os efeitos dos implantes mamários de outros fatores de risco para uma multiplicidade de doenças.

Ao compararem mulheres portadoras de implantes com mulheres da população em geral ou submetidas a outros tipos de cirurgia plástica, essas pesquisas chegaram a conclusões nem sempre consonantes. Entre outras, observou-se que mulheres com implantes tinham filhos geralmente mais cedo, tinham uma maior porcentagem de abortos induzidos, de uso de contraceptivos orais, de tinturas de cabelo, de abuso de cigarros e bebidas alcoólicas, e maior número de parceiros (Brinton *et al.*, 2000).

Seria de se esperar que um contorno físico mais desejável promovido pela mamoplastia de aumento conduzisse a uma maior realização sexual. Conquanto a cirurgia para aumento mamário esteja intimamente relacionada com a sexualidade e o sentimento de feminilidade, é irônica a possibilidade de perda da sensibilidade nos

mamilos no pós-operatório, fato este impossível de prever se ocorrerá ou não (Haiken, 1997).

## 6 CIRURGIA PLÁSTICA: LINHAS E ENTRELINHAS

### 6.1 Mídia escrita e cirurgia plástica

A cirurgia plástica tornou-se um tema influente dentro da discussão na atualidade sobre saúde. Não só pelo número de indivíduos que se submetem a ela, mas também pela diversidade de instrumentos e tecnologias que invadem um ávido mercado consumidor. Dessa forma, as publicações que abordam o assunto deveriam contribuir responsavelmente para o adequado esclarecimento do público leigo nesta área.

Na sociedade contemporânea é inegável a importância atribuída à mídia<sup>18</sup> no processo de organização e transmissão de informações. Fatos e acontecimentos ganham projeção e tendências são socializadas ao serem veiculados por produções midiáticas, adquirindo ascendência sobre o cotidiano das pessoas. A disseminação de dados e esclarecimentos sobre o conhecimento médico provém subsídios para os indivíduos controlarem seus próprios corpos, tornando-os responsáveis pela sua manutenção.

A medicalização da sociedade encontra nos meios de comunicação, e no seu poder de persuasão, um influente canal de conscientização dos indivíduos sobre a importância dos cuidados corporais. Aconselhamentos e novidades são difundidos de uma maneira acessível pela mídia, mais do que pelos profissionais de saúde (Neves, 2000). A proliferação de páginas na Internet e de anúncios e reportagens em jornais e revistas relatando as promessas e reveses da cirurgia plástica deixam claro que estamos em meio a um fenômeno cultural extremamente persuasivo e

---

<sup>18</sup> Consideraremos mídia (*media*) como sinônimo de meios de comunicação de massas, tendo as revistas como meio de comunicação escrita.

cativante (Covino,2001). Para Del Priori (2004), “argumentos publicitários, produtos de beleza e medicina vulgarizada nas revistas são os mecanismos sutis, mas extremamente repressivos que agem sobre o corpo feminino” (*Ibid.*, p.266).

No que diz respeito à comunicação escrita, a imprensa feminina com seus periódicos voltados para a obtenção e manutenção do corpo desejado encontra-se em permanente expansão, com novos títulos<sup>19</sup> surgindo a cada ano. Embora se observe a crescente aparição de temas direcionados para o público masculino, conseqüente ao aumento do número de cirurgias estéticas realizadas neste grupo<sup>20</sup> e ao reconhecimento de que a insatisfação com o corpo há muito deixou de ser uma aflição somente das mulheres, estas ainda se mantêm como alvo privilegiado de informações quanto aos cuidados com o corpo. Por esse motivo, temos ainda como elemento definidor para qualificarmos uma publicação como feminina o sexo preponderante de seus leitores (Buitoni, 1990).

Exemplo disso é o título do editorial “Entre amigas”<sup>21</sup> da revista mensal *Plástica & Beleza*<sup>22</sup>, como se a beleza fosse um valor que dissesse respeito unicamente ao feminino. A publicação em questão, lançada em 1999, funciona como um atraente catálogo de anúncios de procedimentos estéticos, buscando, através de um jornalismo de esclarecimentos, divulgar os serviços oferecidos por seus anunciantes, inclusive de planos de financiamento para cirurgias plásticas. Nesta revista é comum a presença de textos com estrutura de matéria produzidos pela

---

<sup>19</sup> Embora revistas como *Plástica & Beleza*, *Estética e Plástica*, *Plástica e Você*, *Corpo e Plástica* sejam específicas sobre cirurgia plástica, praticamente todas as publicações femininas apresentam artigos sobre o tema.

<sup>20</sup> De acordo com pesquisa encomendada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ao Instituto Gallup, do total de cirurgias estéticas realizadas em 2004, 18% foram realizadas em homens, numa alusão de que o estigma do narcisismo que antes era associado a tais procedimentos encontra-se em vias de desaparecer. Entretanto, Novaes (2006) afirma ainda ser dominante, no imaginário popular, uma visão preconceituosa da preocupação masculina com a aparência. Além disso, é inegável que a sociedade mostra-se mais tolerante com a feiúra masculina.

<sup>21</sup> Grifo meu.

<sup>22</sup> Editada pela United Magazines Editora Ltda. – São Paulo.

redação, mas patrocinados por anunciantes, com menções ao produto a ser divulgado (*Ibidem*).

Para tornar o objeto / tratamento mais interessante, é importante que este seja apresentado como uma novidade, como algo que existe de mais “atual” no mercado. A novidade é, então, imediatamente incorporada, desenvolvida e disseminada, exortando os pacientes que tomaram conhecimento desse procedimento através da mídia a considerarem desatualizados os médicos que não o dominam ou não o utilizam.

Com a participação ou convivência de cirurgiões plásticos, este expediente muitas vezes gera uma distorção na percepção das pessoas acerca daqueles tratamentos, induzindo-as a depreciarem os riscos e criarem expectativas inalcançáveis de resultados. Esta tática é, no entanto, criticada por muitos cirurgiões por considerarem-na uma forma de “mercantilização” e banalização dos procedimentos e, conseqüentemente, da cirurgia plástica como especialidade médica.

Segundo Andrade (2005), as revistas direcionadas ao público feminino ao ensinarem técnicas de como lidar com o corpo atuam como um artefato pedagógico, divulgando receitas para atingir o corpo “ideal” representado na mídia. Apesar do aspecto “educativo” da exposição dos recursos disponíveis, é evidente a prevalência dos interesses comerciais.

“... a moda e a plástica estão aí para oferecer soluções cabíveis para valorizar a sua comissão de frente [...] veja tudo o que pode fazer para dar um ‘up’ no seu *airbag* e deixá-lo sedutoramente à mostra”.

(Plástica e Beleza, ano 8, n.71, p.70, jan/fev 2006)

É através de um conjunto de práticas socialmente instituídas que essas representações são construídas, sendo o discurso publicitário constituído de tais

práticas cotidianas exercidas na sociedade. Segundo Sabat (2005), “a publicidade não inventa coisas, seu discurso, suas representações, estão sempre relacionadas com o conhecimento que circula na sociedade; suas imagens trazem sempre signos, significantes e significados que nos são familiares” (*Ibid.*, p.150). Para Etcoff (1999) a mídia atua direcionando os desejos e reduzindo a amplitude das faixas de preferência: ao agradar um grande grupo uma imagem se torna um molde, com sua beleza sendo imitada consecutivamente.

A publicidade veiculada nas revistas é mais uma etapa no processo de consumo. Nele, as mulheres consomem não só mercadorias, mas desejos e também valores que instituem como deve ser o corpo (Sabat, 2005).

“Ter seios avantajados deixa as mulheres mais felizes com a aparência e seguras em todas as áreas, pois se sentem poderosas”.

(Corpo e Plástica<sup>23</sup>, ano V, No. 25, p.16)

É comum que as pessoas criem expectativas de que os indivíduos atraentes sejam mais populares e descontraídos, socialmente confiantes, e sexualmente mais excitantes. De fato, mulheres atraentes tendem a sentir-se mais à vontade socialmente, a serem mais confiantes, e menos suscetíveis a opiniões negativas do que as não atraentes. Embora não tenham nenhum privilégio exclusivo sobre a técnica sexual, provavelmente possuem mais oportunidades e pretendentes (Etcoff, 1999)

Para Fraser (2003) as revistas femininas, que tem como principal público alvo as mulheres adultas jovens e urbanas, não oferecem uma abordagem homogênea sobre a cirurgia plástica, sendo estas publicações inclusive distintas em termos de leitores e patrocinadores anunciantes. A maioria dos extensos artigos sobre cirurgia estética presente nestas revistas utiliza o expediente da apresentação de casos bem

---

<sup>23</sup> Editada pela ArtPrinter/Promoven – São Paulo

sucedidos para informar sobre as possibilidades desses procedimentos, assim como para criar entre os leitores uma atmosfera favorável à cirurgia plástica. Muitos dos artigos são realizados por repórteres que, passando-se por clientes em potencial, entrevistam cirurgiões plásticos com o objetivo de abordar determinado assunto, sempre finalizando as matérias com os endereços e telefones dos consultórios para informações complementares.

O efeito que esses artigos pretende criar é o de uma reportagem com aparência científica e pretensamente neutra, onde a informação é proporcionada num cenário pseudo-imparcial. Na realidade, a apresentação de inúmeras fotos de pré e pós-operatório, os testemunhos pessoais de sucesso e a sutil exposição de fotos de modelos nuas procuram inferir que a cirurgia estética, quando realizada por um cirurgião supostamente qualificado e experiente, é quase ilimitada no seu potencial de transformação.

*"Beauty is not in the eye of the beholder ...  
it is in the hands of the right plastic surgeon".*

(Spilson *et al.*, 2002)

Devido ao aspecto *sui generis* da cirurgia plástica, sua publicidade é mais freqüente do que de qualquer outra especialidade médica. Essa exposição massiva gera um aumento do interesse do público pelo assunto e, conseqüentemente, um aumento da clientela do cirurgião anunciante. Por sua característica facultativa, a cirurgia estética é geralmente divulgada de forma que as regras que se aplicam à publicidade médica não são seguidas, o que deveria incluir a exposição de possíveis complicações. Da mesma forma, o uso de imagens freqüentemente sugere ser a cirurgia uma opção fácil de se atingir um resultado muitas vezes irrealista (Spilson *et al.*, 2002).



O mesmo expediente pode ser observado na Internet ao se pesquisar *sites* sobre cirurgia plástica. A maioria dessas páginas eletrônicas é mantida por médicos que, em geral, apresentam detalhes muitas vezes precisos, porém limitados dos procedimentos que realizam. Apesar desse aspecto informativo, é de se supor que a proposta principal seja o *marketing* pessoal. Essa suposição é reforçada pelo fato de que não são mostrados maus resultados e, na maioria das vezes, as potenciais complicações desses tratamentos não são discutidas. Somado a isto, a falta de uma regulamentação precisa neste tipo de mídia faz com que informações corretas dividam espaço com dados imprecisos ou tendenciosos (Gordon *et al.*, 2001).

A palavra da autoridade científica, detentora dos (“últimos”) conhecimentos médicos na área, possui em nossa sociedade a chancela da veracidade. Castiel (1999), no entanto, chama a atenção para freqüentes disparidades geradas na mídia pela difusão leiga de achados científicos, muitas vezes com prejuízo para o público e para os profissionais de saúde envolvidos.

Uma outra abordagem, esta mais presente em publicações populares, procura expor a relação de supostas celebridades do meio artístico com a cirurgia plástica, apresentando suas transformações ou mais recentes aquisições. A forma como são escritos esses artigos procura seduzir suas leitoras e convidá-las a contemplar os resultados cirúrgicos, muitas vezes extravagantes e nem sempre felizes, obtidos por pessoas famosas. Em muitas publicações é possível observar propagandas de cirurgiões ao longo dos artigos ou ao final das matérias. Muitas revistas destinadas ao público em geral começaram a editar colunas regulares sobre cirurgia estética e, mais recentemente, algumas revistas destinadas ao público feminino lançaram mão de promoções tendo como prêmio a realização de uma cirurgia plástica (Fraser, 2003).

É prática comum nas publicações destinadas ao público feminino a afirmação de que as mulheres que procuram a cirurgia plástica não o fazem por seus parceiros, e sim por uma questão de auto-estima, com o objetivo de aumentar seu bem estar. Esta afirmativa desafia a suposição de que as mulheres se submetem à cirurgia por conta da pressão do companheiro. Em entrevistas, mulheres operadas enfatizam o empoderamento de se submeterem a procedimentos estéticos, apesar da resistência daqueles que as cercam. No entanto, o inegável *status* atribuído à aparência no meio social desmente a possibilidade de total autonomia na decisão pela cirurgia. Todavia, o recurso da decisão por “conta própria”, freqüentemente presente na discussão sobre cirurgia plástica, reflete uma preocupação contemporânea com o “*self*” como algo independente e internamente autodefinido, e não como consequência de uma produção cultural (*Ibidem*). Para Andrade (2005), os cuidados de si representam a responsabilização do feminino sobre seu próprio corpo, entendido como um exercício de autopoder. Sibilia vai mais além, ao afirmar que “na nova eugenia da beleza e do mercado, a ‘salvação’ depende de cada um”, atribuindo ao indivíduo o “dever” de alcançar o corpo ideal.

Com freqüência, a cirurgia plástica é vista entre as mulheres inseridas em um competitivo mercado de trabalho como uma ferramenta para atingir o sucesso, assim como um sinal de empoderamento, ambição e independência. Essa abordagem da cirurgia presume que a mulher pode controlar seu destino profissional através de um investimento pessoal, manipulando ou controlando sua aparência. Convencidas das imposições do mercado de trabalho onde serão julgadas por seus atributos físicos e conscientes de que uma bela aparência é um bem fungível, essas mulheres optam por atender tais exigências com intuito de obter benefícios materiais ou uma maior

mobilidade profissional e social (Courtine, 1995), relevando a discriminação oculta na veneração da boa aparência.

"Ter seios muito pequenos oprime e muitas vezes desestimula a mulher a ir avante em seus projetos e conquistas. Parece estapafúrdio, mas não é, a mulher segura não tem medo de ouvir um não, de meter as caras, pois ela se sente bonita e o fato de estar contente consigo mesma a deixa corajosa".

(Corpo e Plástica, ano V, No. 25, p.16)

É interessante notar que a alegação de ganho financeiro ou a agregação de valor de troca, ao invés de unicamente "por vaidade", tem sido utilizada com frequência crescente para legitimar a decisão de se submeter a uma intervenção cirúrgica estética. Este fato pode indicar uma mudança na maneira como a feminilidade é construída culturalmente; onde a beleza, tradicionalmente apresentada como uma maneira de atrair a atenção masculina para um relacionamento amoroso, é utilizada para ganhos materiais diretos (Fraser, 2003). Para Wolf (1991) esta dicotomia entre a obtenção de sucesso profissional e a submissão às imposições estabelecidas pelos padrões de beleza levaria essas mulheres à infelicidade e ao cerceamento da liberdade.

Outro tema central na discussão sobre a cirurgia plástica é se o indivíduo estaria apto a contrapor os riscos relativos às recompensas de se submeter a um procedimento estético, o que implicaria no acesso adequado a informações de modo a poder tomar uma decisão com base nos esclarecimentos obtidos. Entretanto, segundo Castiel (1999), os profissionais de saúde constroem categorias e difundem, com intermediação da mídia, informações em suas áreas de atuação que, em virtude das diferenças de linguagem com o público receptor, podem gerar desinformação e atitudes preconceituosas.

"Ficar turbinada com a cirurgia de colocação de prótese tomou-se super comum. Segundo especialistas, o procedimento tem pouquíssima rejeição e deixa as mulheres mais satisfeitas com o corpo".

(Corpo e Plástica, ano V, No. 25, p.19)

Além disso, o contato desse público leigo com a racionalidade médica poderia exercer, principalmente nos indivíduos oriundos das camadas mais populares, o sentimento de inserção destes na modernidade. Exemplo disso é o progressivo domínio popular de termos técnicos e gírias como "siliconada", "lipada" ou "botocada".

## 6.2 Literatura médica: justificando indicações e avaliando resultados

A mudança na denominação da sociedade americana de cirurgiões plásticos, de *American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons* para *American Society of Plastic Surgeons*, ocorrida em outubro de 1999, simboliza a crescente importância atribuída à cirurgia estética e o reconhecimento desta como parte indivisível da cirurgia plástica.

Outro fato sintomático desta notoriedade diz respeito ao periódico *Plastic and Reconstructive Surgery*<sup>24</sup> que, embora por uma questão de tradição e reputação tenha mantido seu nome original, vêm, nos últimos dez anos, expandindo paulatinamente o espaço dedicado à cirurgia estética em suas edições. Essa decisão tem como justificativa dos seus editores a argumentação de que a expansão da seção de estética é reflexo da prática profissional corrente de seus leitores e colaboradores (Rohrich e Goldwyn, 2001). Entretanto, essa resolução é alvo de

---

<sup>24</sup> Publicação mensal oficial da *American Society of Plastic Surgeons (ASPS)*, publicado pela Lippincott Williams & Wilkins e considerado o principal periódico na especialidade.

discussões acaloradas entre os especialistas mais tradicionalistas que, além de se surpreenderem com as mudanças no teor do material impresso, questionam o processo editorial que permite a publicação de artigos com dados pouco claros, citações inadequadas e referências imprecisas para um periódico desta envergadura (Lineaweaver, 2001).

Lineaweaver (*Idem*) pondera que, ao se abrir mão dos padrões usuais de uma publicação científica para os artigos sobre cirurgia estética, corre-se o risco destes procedimentos, assim como as revistas que as publicam, serem considerados incoerentes e triviais.

Apesar deste aparentemente irreversível processo de transformação na literatura médica especializada, ainda é pouco freqüente a presença de artigos que abordem os aspectos subjetivos que acompanham as cirurgias estéticas. Em uma pesquisa que procurou analisar as informações científicas publicadas no ano de 2002 nos três principais periódicos<sup>25</sup> sobre cirurgia plástica, observou-se, por exemplo, que a categoria "pesquisas experimentais" apresentava a maior recorrência, com 22% dos artigos publicados, 11% referiam-se à cirurgia reparadora das mamas, incluindo a abordagem das características dos implantes e os insucessos cirúrgicos, e 8% tratavam de procedimentos estéticos. Assuntos que não se enquadravam em nenhuma categoria específica como as questões subjetivas, legais ou os recursos da mídia relacionados à cirurgia plástica, foram agrupados de forma abrangente como "pesquisa clínica", correspondendo a 11% do total de artigos publicados (Huemer *et al.*, 2004).

Um dos maiores desafios dentro da cirurgia plástica estética é a necessidade de documentar as mudanças e avanços nas funções psicológicas dos pacientes

---

<sup>25</sup> Os periódicos em questão são: *Annals of Plastic Surgery*, *British Journal of Plastic Surgery* e *Plastic and Reconstructive Surgery*.

ocorridos no pós-operatório. Busca-se com isso dar suporte à credibilidade e legitimidade do procedimento.

Diferentemente do que se observa em outros campos da medicina, onde os resultados dos tratamentos são de alguma forma submetidos a padrões científicos, na cirurgia plástica estética os critérios de avaliação são geralmente baseados em impressões subjetivas tanto por parte do cirurgião quanto do paciente, sendo este muitas vezes influenciado por expectativas sugeridas pela mídia.

Através de evidências clínicas e empíricas os cirurgiões plásticos, freqüentemente, relatam um alto grau de satisfação de seus pacientes com os procedimentos estéticos. Além disso, supõe-se que as modificações ocorridas na aparência física conduzam a mudanças psicológicas positivas, como a elevação da auto-estima<sup>26</sup> e da autoconfiança.

A satisfação do paciente com a mudança na aparência física é considerada o principal fator que determina o sucesso de uma cirurgia estética. Sendo assim, há cirurgiões que defendem que os resultados devem ser avaliados a partir de dados baseados em evidências e em critérios bem definidos que reflitam o julgamento estético e o grau de contentamento do indivíduo. Nesse sentido uma variedade de escalas e questionários padronizados foi desenvolvida como ferramenta para avaliar este grau de satisfação e a melhora na qualidade de vida relacionados com os resultados dos procedimentos (Ferreira, 2000).

Todavia, Honigman *et al.* (2004) chamam a atenção para o fato de que, embora o paciente possa estar satisfeito com as alterações físicas proporcionadas pela cirurgia, ele não vivencia, necessariamente, mudanças nas suas características psicológicas. Apesar da satisfação do paciente com o procedimento e a mudança no

---

<sup>26</sup> A auto-estima está relacionada à avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, levando em conta seus aspectos tanto positivos quanto negativos.

seu estado psicossocial sejam questões relacionadas, elas não são inerentes uma à outra.

Partindo dessa premissa os autores procuraram, ao focar o estudo em pacientes insatisfeitos com cirurgias objetivamente bem sucedidas, determinar fatores que permitissem ao cirurgião identificar aqueles indivíduos que apresentariam uma maior propensão a um resultado psicológico insatisfatório após um procedimento estético. Entre os fatores apresentados pôde-se citar a depressão grave, a insatisfação com cirurgias estéticas prévias, a presença de distúrbio dismórfico corporal (DDC)<sup>27</sup> e a expectativa irreal quanto aos resultados, já que muitos pacientes vêem a cirurgia plástica como uma panacéia que irá solucionar todos os problemas de suas vidas.

Entretanto, para Honigman *et al.* (*Idem*), o fato de os pacientes de cirurgia plástica terem sido, principalmente nos estudos pioneiros, entrevistados por psiquiatras contribuiu, devido às parcialidades teóricas destes, para um alto nível de identificação de psicopatologias entre os indivíduos pesquisados. Por este motivo os relatos clínicos de alterações psiquiátricas deveriam ser vistos com cautela, já que as informações com relação aos critérios diagnósticos ou aos detalhes das entrevistas seriam, muitas vezes, deficientes ou pouco claros.

Ainda segundo esses autores, as conclusões dos estudos que procuraram investigar alterações psicológicas decorrentes da cirurgia plástica estética foram, muitas vezes, confusas ou contraditórias, com resultados psicológicos variando de satisfatório à desfavorável. Em decorrência disso, Honigman *et al.* (2004)

---

<sup>27</sup> Não se pretende aqui abordar o distúrbio dismórfico corporal, visto que não se inclui na abrangência deste trabalho. No entanto, pesquisas realizadas com pacientes em investigação pré-operatória de cirurgia estética identificaram que de 7 a 15% se enquadravam nos critérios diagnósticos para DDC. Com relação à população em geral, a prevalência não foi estabelecida (Sarwer, 2005). O distúrbio é caracterizado, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), por uma preocupação excessiva com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física de uma pessoa.

questionaram se tais estudos estariam usando escalas inadequadas ou se valendo de mensurações incompatíveis para explorar distúrbios psicológicos específicos relacionados com a preocupação com a aparência. Apesar destas questões metodológicas, os trabalhos pesquisados indicaram que, em sua maioria, os pacientes submetidos à cirurgia plástica estavam satisfeitos com os resultados obtidos e relatavam mudanças psicológicas e psicossociais positivas como consequência do procedimento.

Por sua vez, Sarwer (1998) viu no uso de mensurações psicométricas confiáveis realizadas tanto no pré quanto no pós-operatório um aprimoramento dos estudos prévios que, freqüentemente, utilizavam somente avaliações subjetivas aplicadas após a cirurgia. O autor procurou apontar a limitação dos estudos embasados nas considerações subjetivas pós-operatórias dos pacientes ao questionar quantos destes retornavam aos consultórios de seus médicos para se queixar dos resultados obtidos ou, igualmente, quantos cirurgiões admitiam, perante os seus pares, que seus pacientes não estariam satisfeitos com a intervenção realizada.

Embora existam numerosos estudos que apontem para mudanças positivas na imagem corporal após a cirurgia plástica, essas pesquisas, ao se basearem no relato de pacientes e na avaliação de cirurgiões, aumentariam a probabilidade de criar resultados tendenciosos, não sendo substitutas para mensurações objetivas (Rankin, 1998). Para Sarwer *et al.* (2002), somente a pesquisa baseada na aplicação de questionários<sup>28</sup> pré e pós-operatórios permitiria obter dados empíricos válidos e confiáveis para constatar o grau de satisfação das pacientes e concluir se

---

<sup>28</sup> *Multidimensional Body-self Relations Questoinnaire, Body Dysmorphic Disorder Examination Self-repor, Body Comparision Scale* entre outras.



a cirurgia estética conduziu a uma melhora na avaliação da imagem corporal e do aspecto físico modificado pelo procedimento.

A imagem corporal refere-se ao conceito pessoal que os indivíduos têm de seus corpos e inclui características afetivas, cognitivas, comportamentais e perceptuais. Ela diz respeito ao tamanho e forma do corpo, das partes que o constituem, e aos sentimentos relacionados a essas características. Segundo Gonçalves (2001), a imagem corporal é composta pela inter-relação de três partes: “a imagem idealizada, ou aquela que se deseja ter; a imagem apresentada pela impressão de terceiros; e a imagem objetiva, ou a que a pessoa vê, olhando e sentindo seu próprio corpo” (*ibid.*, p.19).

A imagem corporal possui um papel central no entendimento das motivações das pacientes pela cirurgia estética, uma vez que ideações e sentimentos sobre a aparência podem influenciar essa decisão. Alguns elementos podem predispor um indivíduo a desenvolver um transtorno da imagem corporal, já que essa é influenciada por uma série de fatores como a idade de início do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a presença de transtorno emocional e a influência da avaliação do outro (Sarwer, 2002).

Ainda podemos considerar a imagem corporal como constituída de dois componentes: o de orientação, que diz respeito ao quanto é importante para o indivíduo a imagem corporal, e o componente de avaliação, que se refere ao nível de satisfação com o próprio corpo. Nesse processo, uma maior adequação da imagem corporal pode ocorrer a partir de critérios determinados pela existência de padrões de beleza socialmente definidos. Esses critérios, embora ditados por padrões efêmeros, instituem parâmetros como forma e proporções ideais para cada parte constituinte do corpo (Neves, 2000).

Estudos publicados em periódicos de cirurgia plástica têm buscado investigar e aferir a imagem corporal por meio de diferentes instrumentos de avaliação. Dentre os instrumentos que se ocupam objetivamente da avaliação subjetiva – que investiga os sentimentos e atitudes em relação ao corpo – encontram-se os questionários e escalas. Após uma análise crítica das escalas disponíveis para avaliar os resultados das cirurgias estéticas, Ching *et al.* (2003) concluíram que as mensurações da qualidade de vida e da imagem corporal seriam os componentes mais importantes para estimar a satisfação dos pacientes com o procedimento.

Diante da natureza multidimensional do que seria qualidade de vida, Sarwer (1998) argumentou a importância de se explorar os efeitos das cirurgias estéticas em outros domínios, como na vida social e profissional. Além disso, ponderou que os estudos deveriam permitir a comparação entre os efeitos psicológicos conseqüentes aos diversos tipos de cirurgia plástica, uma vez que determinados procedimentos poderiam conduzir a efeitos benéficos em áreas específicas e outros não. Ainda para Sarwer (*idem*), estudos futuros deveriam avaliar a extensão dessas mudanças psicológicas, já que os efeitos psicológicos benéficos da cirurgia plástica seria maior durante um período pós-operatório recente, enquanto os pacientes estariam recebendo os estímulos positivos de amigos e familiares, decrescendo ao longo do tempo, na medida em que esses elogios também diminuíssem.

Da mesma forma, Soest *et al.* (2006) chamaram a atenção para o fato da maioria dos trabalhos sobre cirurgia estética focarem unicamente na imagem corporal como fator preditivo para a motivação de se submeter a uma cirurgia, ignorando uma variedade de análises que incluiriam outras variáveis psicológicas. Dentre essas variáveis foi citada a auto-estima, a história de escárnio por parte de

colegas e familiares, a aceitação social da cirurgia estética e a suscetibilidade de se deixar influenciar pela opinião dos outros.

Assim como os pacientes apontam, ao exporem o desejo de se submeter a um procedimento estético, os efeitos positivos sobre a auto-estima, estudos baseados em escalas de avaliação, como o *Rosenberg's Self-Esteem Scale*, indicam um aumento das medições após a cirurgia. Quanto à imagem corporal, ela também é comumente avaliada através de questionários, como o *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire*, que levam em consideração aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais da imagem corporal. Com relação à tendência de ser influenciada por outras pessoas, ela pode igualmente ser mensurada por uma escala, a *Snyder's 18-item Self-Monitoring Scale* (Soest et al., 2006).

O trabalho de Soerst et al. (*Idem*) finaliza concluindo que a imagem corporal e a aceitação da cirurgia estética no ambiente social pessoal são os principais fatores preditivos para a motivação pelo procedimento, deixando claro a importância dos fatores sociais e não somente das variáveis individuais na decisão pela cirurgia. Embora a aceitação social não sustente necessariamente a tendência individual para se submeter a uma cirurgia, ela proporciona um ambiente favorável para a troca de informações sobre os procedimentos, aumentando com isso a probabilidade da sua realização. A pesquisa apontou ainda uma forte correlação entre auto-estima e avaliação da imagem corporal, confirmando a presunção de que na sociedade contemporânea a auto-estima feminina está fortemente relacionada à avaliação da aparência pessoal.

Contudo, é importante levar em consideração os aspectos socioculturais que podem influenciar no desenvolvimento da imagem corporal e dos transtornos a ela relacionados. Nesse contexto, a percepção do tamanho das mamas está fortemente

associada a valores culturais, em que a insatisfação com as mamas é muitas vezes decorrente da discrepância entre a autopercepção e o desejo relativo a um tamanho idealizado. Dessa forma, analisando as escolhas relativas ao tamanho considerado “normal” para as mamas, pode-se notar uma maior concentração de escolhas próprias por mamas volumosas (Sarwer, 2003).

Em um estudo conduzido por Sarwer *et al.* (2003) com pacientes em pré-operatório para colocação de implantes mamários foi observado, entre essas mulheres, uma maior preocupação com a imagem corporal em comparação com um grupo controle. No entanto, não foi notada diferença significativa entre os dois grupos com relação à satisfação com o próprio corpo como um todo. Tal conclusão corrobora um estudo prévio no qual Sarwer *et al.* (2002) relataram que pacientes em pré-operatório de cirurgia plástica não obstante referissem descontentamento com características específicas do corpo, não apresentavam uma insatisfação corporal global maior do que quando comparadas com grupos-controle.

Entretanto, Anderson *et al.* (2006) ressaltam a carência de instrumentos que possam avaliar a melhoria na qualidade de vida decorrente da cirurgia estética mamária especificamente, propondo, para tal, um questionário “válido e confiável”. O questionário em questão, *Breast Evaluation Questionnaire*, é composto de 55 itens, tendo como objetivo avaliar o grau de satisfação das pacientes com suas “novas” mamas e as mudanças na qualidade de vida decorrentes da cirurgia. Contudo, várias outras escalas e questionários, como o *Breast Chest Rating Scale*, *Motivation for Augmentation Questionnaire* e o *Breast Implant Questionnaire*, também foram desenvolvidos para a avaliação da cirurgia mamária (Didie & Sarwer, 2003).

Para Sarwer (2003) as expectativas das pacientes com relação à cirurgia podem ser classificadas como psicológica, social ou cirúrgica. A primeira incluiria

melhora na auto-estima e na imagem corporal, a segunda influenciaria as relações interpessoais, e a cirúrgica, as mudanças físicas decorrentes do procedimento. Um maior contentamento com os resultados operatórios seria mais provável nas pacientes com expectativas realistas nas três áreas. Da mesma forma, a harmonia entre as preferências estéticas dos cirurgiões e das pacientes teria grande influência na satisfação com a cirurgia executada.

No entanto, em um estudo realizado por Hsia & Thomson (2003) comparando as preferências em relação ao formato das mamas, observou-se grande disparidade nas percepções de naturalidade e atratividade por parte de cirurgiões plásticos e pacientes. Para os primeiros, mamas com o pólo superior côncavo, teoricamente descrito como o mais "natural", seriam também as mais atraentes; já para as pacientes, em consonância com o senso comum, mamas convexas, com o preenchimento do pólo superior conferindo ao seio um aspecto arredondado, teriam a forma mais atraente e natural. Sarwer (2003) levanta a possibilidade desta preferência ter sido influenciada pela descrição do corpo ideal na mídia, retratado como o da mulher esbelta e de seios fartos, combinação física esta que raramente ocorre naturalmente.

Embora afirme ser o conceito de beleza subjetivo, conseqüente à harmonia e simetria entre as partes anatômicas, Strasser (1999) discute o fato dos resultados de procedimentos estéticos carecerem de critérios objetivos para sua padronização e comparação. O autor propõe um sistema de graduação baseado na identificação de imperfeições conseqüentes à cirurgia plástica, como o aspecto da cicatriz, deformidades do contorno e assimetrias, para avaliar de forma crítica e objetiva a qualidade dos resultados operatórios com o intuito de aprimorá-los. Para o autor, o cirurgião plástico costuma perseguir um resultado perfeito sem ter claramente uma

meta delineada, e sem esse objetivo bem definido, argumenta, não há como estabelecer critérios específicos para considerar um resultado como sem imperfeições. Baseado somente nas impressões subjetivas do profissional um resultado estético pode ser considerado excelente para um cirurgião plástico, mas apenas razoável para outro.

Ao considerar que a beleza intrínseca afetaria a avaliação subjetiva dos resultados, o sistema proposto, ao basear-se somente na perfeição técnica do procedimento realizado, eliminaria as avaliações facciosas e exporia a diferença existente entre beleza e perfeição. Strasser (2002) admite que embora seu sistema de graduação tenha sido elaborado com o intuito de delinear as características da beleza, ele no fundo é definido em termos de perfeição. Dessa forma, ele assevera que a cirurgia plástica consiste em uma busca da perfeição sob diferentes circunstâncias anatômicas, tendo como ponto em comum maximizar a atratividade física. Neste contexto, o autor considera a beleza como um atributo pessoal intrínseco, enquanto a perfeição corresponde à ausência de imperfeições, independentemente da atribuição de beleza. Sendo assim, um resultado pode ser considerado perfeito ainda que não necessariamente belo e vice-versa.

Um sistema de avaliação de resultados que se proponha a comparar objetivamente as diferentes técnicas descritas para um mesmo procedimento permite considerar a máxima cirúrgica de que a melhor técnica a ser utilizada é aquela que seja a mais simples e que produza o melhor resultado. Entretanto, um procedimento de execução perfeita pode ser considerado de mau resultado se o desejo e as expectativas do paciente forem ignorados. Para se atingir a plena satisfação do paciente é imperativo que seja dada prioridade a sua vontade.

Os avanços das tecnologias biomédicas oferecem ao indivíduo inúmeras alternativas de modificações corporais. Para Villaça e Fróes (1998) “o alcance de tais transformações vai além da aparência corporal, para atingir elementos fundamentais de sua identidade” (*Ibid.*, p.180). Questões psicológicas como auto-estima, imagem corporal e identidade, quando surgem relacionadas à cirurgia plástica muitas vezes não levam em consideração os fatores sociais e o padrão cultural associados. Elas são naturalizadas como se fossem uma construção individual, na qual o “resgate da auto-estima” é apontado como uma grande motivação do sujeito para se submeter a um procedimento cirúrgico. Embora a cirurgia plástica possa ser um catalisador para mudança na imagem corporal, ela pode não necessariamente alterar padrões bem estabelecidos dessa imagem.

## 7 DISCUSSÃO

Após a exposição teórica dos temas acerca dos aspectos culturais da beleza e da cirurgia plástica estética em relação aos implantes mamários, se faz necessário debater algumas questões suscitadas ao longo do trabalho.

Uma primeira questão relevante diz respeito ao aspecto social da beleza, onde se observa na valorização crescente do corpo “em forma” a percepção de que a aparência tem valor competitivo nas esferas social, profissional e afetiva. Estudos psicológicos como os desenvolvidos por Nancy Etcoff (1999) respaldam o senso comum que associa às pessoas belas um estereótipo favorável de conduta pessoal, julgando que essas são mais bem sucedidas socialmente, melhor realizadas profissionalmente e bem resolvidas afetivamente. Se por acaso essas condições não corresponderem à realidade, resta então a indignação geral e o sentimento de solidariedade, afinal de contas, *como isso pôde ocorrer logo com ela que é tão bonita?*

Todavia, os investimentos destinados aos cuidados estéticos não são em vão, já que é inegável o mérito atribuído socialmente à beleza. Além disso, é possível, no Brasil, buscar explicações de ordem econômica para as práticas de embelezamento e manutenção da juventude. A crescente participação da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, aliada a uma estrutura populacional jovem e ao aumento progressivo da expectativa de vida, tornou o mercado profissional extremamente competitivo; nele a conservação da beleza passou a ser vista como demonstração de “boa saúde” e força de vontade, e a dissimulação do envelhecimento manobra indispensável para a preservação das condições de sobrevivência profissional. Outro fato significativo é que, por disporem de renda própria, essas mulheres



passaram a ter mais liberdade de consumir produtos e serviços relacionados com o embelezamento. Com isso, a escolha por se submeter a um tratamento estético passou a depender fundamentalmente da condição financeira daquela que queira modificar seu corpo.

Como não poderia ser diferente, o conflito de gerações e a busca de condições de igualdade de competição através do resgate ou manutenção de uma aparência jovem também se deram nos espaços sociais e das relações afetivas. Não obstante os ganhos pessoais e profissionais conquistados nas últimas décadas, a aparência permaneceu imutável como quesito essencial na percepção do senso de valor próprio entre as mulheres. Através da cirurgia plástica a mulher quer mudar mais do que a sua aparência, ela quer igualmente transformar sua própria identidade. Ao se submeter a uma intervenção cirúrgica estética, a mulher estará modificando diretamente sua realidade exterior, e, com isso, indiretamente a forma como é vista pela sociedade; isto significa que a visão e as atitudes dos outros em relação a ela também serão transformadas. A contradição sobrevém do fato de que, neste caso, o tornar-se diferente é tornar-se igual, pois as transformações sempre ocorrerão em consonância aos padrões idealizados de beleza.

Diferentemente da discriminação racial ou sexual, patrulhada pelo discurso politicamente correto, a discriminação devido à aparência física é, em nossa sociedade, amplamente aceita e até estimulada. A estigmatização da feiúra por vezes ocorre de uma forma sutil; vemos, por exemplo, enunciados discriminatórios da mídia ao anunciar que os *points* da moda são locais onde “só tem gente bonita”, como se a presença de indivíduos desprovidos de notória beleza tornasse esses ambientes menos interessantes. Mas pode ocorrer de uma forma mais acintosa, como a onipresença na entrada desses lugares da figura da *hostess* (ou

*doorwoman*<sup>29</sup>) impedindo, baseada no seu julgamento estético, o acesso daqueles cuja aparência física não condiz com o “perfil” da clientela almejada. Alguém já imaginou qual seria o sucesso de audiência da Rede Globo ou de faturamento em *merchandising* de um *Big Brother Brasil* só com gente “feia” ou que há muito deixou de ser jovem?

Os ditames estéticos são produzidos e reforçados por tendências que são instituídas pela sociedade em um momento historicamente determinado. Através de um modelo idealizado reforça-se a coação social para a adoção de artifícios que cultuem a boa aparência. Por sua vez, os cuidados estéticos visam preparar o indivíduo para corresponder aos julgamentos e expectativas sociais. O investimento empregado nesses cuidados está diretamente relacionado à visibilidade social que o indivíduo deseja alcançar. Numa sociedade como a brasileira, com baixo nível de escolaridade formal, a crença na afirmação de identidade e na ascensão social através de atributos físicos é muito forte.

Embora os julgamentos de gosto não sejam estranhos às categorias sociais, a psicóloga Joana Novaes (2006) confirmou em sua pesquisa realizada em academias de musculação a hipótese de que “o culto ao corpo se atualizava nas diversas camadas da população de forma muito semelhante” (*Ibid.*, p.36). Comparativamente é possível afirmar que, guardadas as devidas proporções e considerando igualmente a clientela da cidade do Rio de Janeiro, semelhante constatação é observada empiricamente nos consultórios de cirurgia plástica. Nestes, o discurso das práticas corporais é imitado e limitado não por ideais distintos em função de classe social, mas sim em função do poder aquisitivo de aderir a tais procedimentos, comportamento que sugere uma homogeneização dos padrões

---

<sup>29</sup> Personagem presente nas portas dos clubes noturnos norte-americanos desde o final da década de 1970.

corporais. Ao “consumir” cirurgia plástica o indivíduo é imbuído da expectativa de estar adquirindo um determinado padrão corporal que ele associa, e julga o estar obtendo, a um *status* social diferenciado, o tal “corpo de classe”.

Vê-se na posição da cirurgia plástica estética uma situação paradoxal: ao mesmo tempo em que ela funciona como um instrumento transformador, do qual o sujeito lança mão para reforçar a autonomia sobre seu próprio corpo e com isso conquistar a felicidade e o bem estar, ela também serve de panacéia no alívio do sofrimento causado a esse mesmo indivíduo por não possuir o corpo ideal determinado por padrões sociais de aparência; padrões esses que, estabelecidos por uma dinâmica social complexa, são aceitos pelos cirurgiões plásticos, que, por sua vez, buscam, de um ponto de vista médico-cirúrgico, normatizá-los.

Segundo uma lógica, por assim dizer, liberal que pressupõe uma sociedade com indivíduos dotados de livre-arbítrio, o indivíduo manifestaria sua autonomia através do gerenciamento do próprio corpo, dando voz ativa à opção pessoal pelo remodelamento corporal por meio de práticas embelezadoras; práticas que seriam, no entanto, regidas por ideais estéticos que podem ou não ser percebidos pelos indivíduos como culturalmente impostos. Que esse modelo seja historicamente imposto isto não é nenhuma novidade, o ineditismo está na coação implícita na mensagem de que a mulher contemporânea só não é bela se não quiser ou não se esforçar para tal, o que faz passar a decisão a submeter-se a procedimentos cirúrgicos estéticos como um ato individual e autônomo, tingindo de um caráter moral e, assim, potencialmente culpabilizante, turvando nela a sua dimensão social e heterônoma.

Pela dialética feminista a visão liberal, acima mencionada, é ambígua e contraditória por ignorar o padecimento causado pela auto-imposição de padrões de

aparência, e o conseqüente sofrimento internalizado por não conseguir corresponder às expectativas corporais idealizadas pela sociedade. Diante deste ideal nem sempre acessível resta um sentimento de frustração e o desenvolvimento de uma relação de aversão à própria imagem corporal, esta muito distante do corpo da moda.

Fraser (2003) coloca a questão do que a cirurgia plástica “pode fazer” não com relação aos procedimentos e resultados, mas em termos do seu papel como um fenômeno cultural. Da mesma forma, um dos aspectos centrais, e talvez mais polêmico da discussão acerca da cirurgia estética é o debate sobre o porquê de as pessoas, e principalmente as mulheres, se submetem a tais intervenções. Ou dentro de uma colocação mais ampla, as razões pelas quais a aparência física deve ser preponderante nas relações pessoais e ser considerada tão importante a ponto de justificar tais procedimentos invasivos.

O discurso das motivações é amplo, ele enfatiza desde o sofrimento decorrente da insatisfação com o próprio corpo e o desejo de elevar a auto-estima à vontade de parecer mais jovem ou mais feminina e, eventualmente, tirar proveito desta condição.

Conquanto se admita que na construção do “corpo ideal” o papel desempenhado pelo cirurgião plástico não se restrinja à execução do projeto, parece reducionista a afirmação de que a cirurgia plástica ao criar os “defeitos estéticos” procuraria justificar sua intervenção, uma vez que esta assertiva desconsideraria as circunstâncias socioculturais da ocorrência de tal processo. Da mesma forma, parece simplista enxergar na figura do cirurgião plástico a personificação de um sistema sexista e mercantilista no qual as mulheres passivamente acatariam a imposição de padrões estéticos.

Todavia, não há unanimidade dentro dessa perspectiva feminista. A socióloga holandesa Kathy Davis (2002), por exemplo, embora admita que as escolhas feitas pelas mulheres ocorram dentro de padrões determinados, se mostra mais razoável ao afirmar que estas são livres para agenciarem suas aparências, denotando uma *postura* de autonomia em relação a seus corpos. Em outro trabalho a autora (*Idem*, 2003) descreve o caso de uma bem sucedida cirurgiã plástica para expor a tensão existente entre a cirurgia plástica e o discurso feminista.

Suzanne Noël, nascida na França em 1878 e conhecida no meio médico e acadêmico como Madame Noël, foi, na primeira metade do século XX, uma atuante cirurgiã plástica, reconhecida também pela sua militância feminista. Ela estudou medicina numa época em que era muito difícil para as mulheres treinar, se especializar e, sobretudo, ingressar no mercado de trabalho em uma especialidade reconhecidamente de domínio masculino. Além disso, sua postura profissional não se enquadrava no *ethos* – nas atitudes e na visão de si – daqueles que então praticavam a cirurgia plástica; seus valores e comportamento eram distintos da arrogância e audácia historicamente relacionadas à figura do cirurgião plástico. Paralelamente às suas atividades profissionais, Noël foi co-fundadora de uma organização internacional de mulheres e defendia entusiasticamente o direito feminino ao trabalho e ao voto.

No período no qual Mme. Noël atuou, a cirurgia plástica firmava, através do intenso desenvolvimento prático e teórico de técnicas cirúrgicas, sua posição como um importante ramo da medicina. Assim como os muitos cirurgiões pioneiros da sua época, Noël adquiriu uma notável experiência ao tratar os mutilados de guerra, elevando deste modo o reconhecimento da especialidade ao restaurar a dignidade e integridade dos indivíduos. Valendo-se desse aprendizado Noël publicou em 1926

aquele que seria um dos primeiros livros sobre cirurgia plástica (*La Chirurgie Esthetique: son role social*).

Diferentemente dos seus contemporâneos, que escreviam numa postura defensiva, procurando, ao se referirem ao valor da beleza em termos abstratos ou aos distúrbios psicológicos das pacientes, respaldar a importância da cirurgia plástica como especialidade médica, Noël justificava suas operações por razões sociais e materiais. Para ela, sua vocação era uma maneira de auxiliar as mulheres a conquistar a independência financeira e o reconhecimento social ao permiti-lhes o direito de tentar perpetuar uma aparência jovem e, conseqüentemente, mais competitiva no mercado de trabalho.

Partindo da premissa da prática da cirurgia plástica estética como antítese dos valores do feminismo, como seria possível conceber que uma cirurgiã plástica exercesse uma militância feminista? Embora por razões ideológicas as feministas vejam a cirurgia plástica como representante da capitulação feminina às normas culturais que vitimizam as mulheres em nome da beleza, seria um anacronismo desmerecer o trabalho de Noël porque suas idéias não compactuavam com tal crítica. Antes de acusá-la de praticar um feminismo de submissão, é importante considerar seu pioneirismo ocorrido há quase um século. Se de fato ela não questionava a referida normalização feminina através dos seus corpos, é inegável reconhecer as conquistas por ela alcançadas à sua época, em uma especialidade então dominada pelo *ethos* masculino.

Segundo dados da revista *Plastiko`s*<sup>30</sup>, órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, dos 171 cirurgiões plásticos aprovados no exame de especialista da SBCP no ano de 2006, quarenta e nove, ou seja, 29%

---

<sup>30</sup> Revista *Plastiko`s*, ano XXIV, nº155, nov/dez 2006.

eram mulheres. Seriam elas todas insensíveis à causa feminina ou aproveitadoras do *statu quo*? Ou seriam elas uma versão “Nöel contemporânea”?

Estas cirurgiãs, assim como seus pares masculinos, estão inseridos em um complexo sistema de oferta e demanda em que a cirurgia estética é, freqüentemente, apresentada como parte de um repertório de ferramentas utilizadas pelas mulheres para alcançarem o sucesso, sendo a submissão a tais práticas sinais de empoderamento, ambição e liberdade. É, portanto, ingênuo imaginar que as mulheres não sejam conscientes de que competem e são julgadas com base em sua aparência e que, da mesma forma, não procuram obter benefícios desta condição. Paradoxalmente, entretanto, a intenção de se tirar proveito material desta situação vai de encontro a um dos valores feministas mais caros, o da independência financeira.

Para muitas pensadoras feministas, a cirurgia plástica como fenômeno cultural da modernidade é vista como uma expressão nociva do regime disciplinar que envolve a “ditadura da beleza”, na qual as mulheres, como “corpos dóceis” (Foucault, *apud* Davis, 2002), são numérica e ideologicamente as vítimas primárias dessas intervenções. Embora seja inegável a majoritária participação de mulheres no universo de pacientes, há muito a cirurgia plástica deixou de ser um paradigma unicamente feminino. Ao menos na realidade brasileira a insatisfação com o corpo deixou de ser uma aflição que afeta somente as mulheres, visto ser crescente o contingente masculino nos consultórios de cirurgias plásticas nos grandes centros urbanos.

Embora seja incontestável o crescimento da participação masculina na clientela da cirurgia plástica, a procura empreendida por homens para tratamentos estéticos ainda é vista como algo que foge da “normalidade” do comportamento

masculino. Diferentemente da mulher, entre as quais a utilização de artifícios cirúrgicos é vista como uma extensão natural do seu desejo normal de tornar-se bela.

De forma a justificar a prática profissional, assim como estabelecer parâmetros para o debate sobre as implicações éticas dos procedimentos, os cirurgiões plásticos argumentam que a cirurgia estética tornou-se uma necessidade dentro de uma cultura onde a aparência está intimamente relacionada ao bem-estar e à felicidade pessoal. Tal constatação faz com que essas práticas continuem a ser avidamente promovidas pela mídia como um desejável produto de consumo, sendo os meios de comunicação instrumentos fundamentais no processo de globalização que permite a ampla difusão de imagens e informações relacionadas à beleza corporal.

Apesar da inegável popularidade e aceitação da cirurgia plástica, é necessário reconhecer que se trata de uma intervenção na qual os procedimentos são inevitavelmente dolorosos, impõem restrições temporárias ou permanentes, e possuem uma gama de efeitos adversos associados.

Uma cirurgia plástica bem sucedida é aquela que, segundo o senso comum e as revistas femininas, proporciona um resultado com aspecto "natural". Curiosamente, o "*natural look*" raramente é definido, sendo apresentado como algo patente e auto-explicativo. Contudo, pelo menos no que diz respeito aos implantes mamários de silicone, esta preocupação com a aparência natural nem sempre está presente.

A decisão de se valer do exemplo da cirurgia de aumento mamário para debater os paradigmas da cirurgia plástica não foi ao acaso. Embora nenhum procedimento cirúrgico estético específico seja apresentado como o mais apropriado



para conquistar o reconhecimento social, a cirurgia para aumento mamário é vista como emblemática do *appeal* feminino, aumentando inclusive, segundo Fraser (2003), as perspectivas de oportunidades e de desempenho profissional. Tal asseveração faz do procedimento um campo fértil para a discussão sobre a cirurgia plástica. Paradoxalmente, no momento em que vislumbramos a crescente aceitação dos implantes mamários de silicone eles estiveram envolvidos, nos últimos anos, em uma desmedida polêmica de ordem médico-científica. A resolução tomada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) em 1992 de banir dos Estados Unidos o uso de implantes mamários com preenchimento de silicone, apesar da falta de evidências científicas confirmando a relação desses com doenças sistêmicas ou câncer, trouxe conseqüências provavelmente inimagináveis quando do momento daquela decisão.

Às custas do pânico gerado entre uma expressiva parcela de mulheres portadoras de implantes, agravada por uma abordagem sensacionalista e pouco esclarecedora da mídia, a questão foi oportunisticamente explorada pela advocacia norte-americana, gerando ganhos astronômicos para advogados e pacientes e perdas na mesma proporção para médicos e fabricantes.

Ignorou-se, entretanto, que, apesar da maioria das mulheres portadoras de implantes, e neste grupo se incluíam aquelas submetidas à reconstrução mamária, estivessem atentas a todas as imputações atribuídas aos implantes, as acusações propaladas pela publicidade adversa foram motivo de apreensão excessiva somente para uma pequena, porém significativa, parcela dessas mulheres. A maioria, como atestaram vários estudos científicos, mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita com o seu resultado cirúrgico, vendo os benefícios advindos do procedimento se sobreporem aos riscos. É conveniente ressaltar que muitos desses estudos foram realizados na vigência da proibição pelo FDA da utilização de implantes com

preenchimento de silicone, já que a suspensão do embargo ocorreu somente em novembro de 2006.

Dada a importância política, científica e econômica atribuída ao FDA e ao tema em questão, era de se prever que a polêmica se difundisse globalmente, em maior ou menor escala, conforme a aceitação prévia do procedimento nos demais países. Tal controvérsia também se deu no Brasil, com a discussão ocorrendo não somente na esfera científica dos especialistas, mas igualmente em várias instâncias da sociedade.

Instalada a cizânia, o assunto serviu de combustível para um inflamado discurso proposto por opositores das cirurgias estéticas, capitaneados principalmente por expoentes feministas mais militantes.

Embora possa parecer meritório exercer pesadas críticas ao culto à beleza e, conseqüentemente, ao consumismo de técnicas de embelezamento, há de se ressaltar que aqueles que julgam essas práticas - e neles se incluem as pensadoras feministas - também se valem indiretamente desse mesmo profícuo negócio para escrever e vender seus livros, assim como para sustentar a discussão que os mantêm em evidência.

Diferentemente da maioria dos procedimentos cirúrgicos estéticos, a cirurgia para colocação de implantes mamários é comumente assumida pela paciente, e muitas vezes exposta, sem maiores constrangimentos. Embora cirurgias como o *facelift* (ritidoplastia) e a dermolipectomia abdominal (abdominoplastia) sejam realizadas com o objetivo de que seus resultados sejam percebidos, o processo cirúrgico propriamente dito é, geralmente, admitido apenas de forma velada. Afinal, suas indicações decorrem, respectivamente, da tentativa de atenuar os sinais da idade e de eliminar os excessos de gordura e dobras da pele. O que, em outras

palavras, significa reconhecer e admitir o processo de envelhecimento em curso ou o fato de se encontrar acima do peso, situações essas execradas pela sociedade contemporânea. Por sua vez, a cirurgia para colocação de implantes mamários busca, através da sua exposição, a afirmação da feminilidade e a acentuação da sensualidade, condições essas extremamente valorizadas nos dias de hoje.

A aquisição de um par de “seios novos” está associada a um estilo desejado de vida que, como tantos outros costumes importados pelas classes média e alta brasileiras, são inspirados em modelos identificatórios norte-americanos. Para Malysse (*apud* Novaes, 2006) foi com a americanização de valores e padrões estéticos que se deu, principalmente a partir dos anos 1980, o *boom* do culto ao corpo no Brasil, encontrando na silhueta de linhas longilíneas e seios fartos da boneca *Barbie* o seu símbolo máximo. Por sua vez, os meios de comunicação ajudaram a difundir essa nova preferência nacional ao explorar maciçamente as supostas mudanças positivas de estilo de vida proporcionadas pela cirurgia plástica.

Para que não faltasse um tempero tropical, também a moda procurou legitimar um determinado padrão estético ao fazer com que a este se adequasse a exigüidade das indumentárias justificada pelas condições climáticas do verão carioca, aquele que ainda é o principal pólo nacional lançador de “tendências”. Como refere Novaes (2006), a aprovação do olhar social depende de quão o corpo que preenche tais vestimentas se enquadra nos padrões vigentes.

Outro ponto que precisa ser considerado diz respeito aos riscos envolvidos nos procedimentos estéticos. Em termos técnicos, o risco é a probabilidade matemática de que um determinado evento possa ocorrer. Embora seja um termo originariamente neutro, ele é hoje em dia utilizado unicamente para se referir a eventos negativos ou perigosos. Conseqüente à progressiva deterioração da relação

médico-paciente, sabidamente a maior causa de processos médicos, observa-se na atualidade uma gradual mudança de postura dos indivíduos frente aos prestadores de atendimento em saúde e aos tratamentos propostos. De uma atitude historicamente passiva, os pacientes atualmente procuram se envolver nas avaliações de risco dos procedimentos como medida de salvaguardar sua integridade física. Através da busca de informações cada vez mais acessíveis, porém nem sempre precisas ou fidedignas, como *sítes* da Internet ou revistas leigas com temas afins, os consumidores de serviços médicos se esforçam para desempenhar um papel crescente na tomada de decisões em relação à sua saúde.

Mesmo não se encontrando em atitude acrítica frente aos eventos que dizem respeito à sua saúde, ou mais especificamente às suas formas físicas, os indivíduos tornam-se confusos frente aos discursos publicitário e científico que normatizam o corpo e expõem os inúmeros artifícios de obtenção da forma ideal. Revistas leigas e cirurgiões plásticos, em sua maioria, procuram com freqüência minimizar a dimensão de risco envolvida no procedimento. Valendo-se da confiança depositada no discurso médico, o profissional comumente descreve o procedimento de forma a que este pareça trivial, muitas vezes propondo-se a realizá-lo em ambiente inadequado com o intuito de baratear custos. Além do mais, na busca de efeitos imediatos freqüentemente não são consideradas as conseqüências que possam ocorrer a médio e longo prazos.

Novaes (2006) apropriadamente critica os mecanismos de persuasão que comumente envolvem a relação médico-paciente no campo da cirurgia plástica. Com o intuito de convencer a cliente a ser operada tudo é feito muito rapidamente, da consulta médica inicial à realização do procedimento cirúrgico, de forma a não

permitir uma reflexão mais profunda por parte da paciente e, eventualmente, a desistência da cirurgia.

É inegável a repercussão provocada no público leigo por aqueles cirurgiões plásticos que alardeiam a obtenção de resultados fantásticos com o uso de novas tecnologias que, como era de se esperar, alegam que só eles as dominam. Afirmações expostas de maneira simplista, aliadas a informações equívocas com frequência têm conseqüências desastrosas que, em última instância, podem afetar toda uma classe profissional.

Há muito se foi o tempo em que, frente à autoridade do médico visto como detentor supremo do saber, ao paciente só restava obedecer. Na segunda metade do século passado, o paciente ganhou voz e, portanto, poder de decisão (Herzlich, 2004). Cada vez mais, leis regulam as relações sociais no campo da medicina, acompanhando, assim, as modificações culturais a que os médicos devem necessariamente se adaptar. Ao se reconhecer o paciente como um indivíduo livre e autônomo, a quem se assegura a liberdade de tomar decisões da disposição do próprio corpo, é mister para a realização de um procedimento específico a prévia informação e aceitação por parte deste. O “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE” seria, por conseguinte, uma importante materialização desse processo informativo de aceitação.

Segundo Cavalcanti (2005), o TCLE tem como obrigação esclarecer ao paciente de uma forma clara e objetiva que, ao se submeter a determinado procedimento, estará sujeito a riscos inerentes ao seu próprio organismo, alheios à vontade ou à perícia do cirurgião. O Termo, portanto, legitima a ação médica e procura expor que o alcance dos fins pretendidos não depende única e exclusivamente da conduta do profissional.

Isso significaria que, uma vez que o cirurgião plástico, comprometido em empenhar a melhor técnica possível, tendo esclarecido exaustivamente o paciente a respeito dos riscos relativos ao procedimento e este os aceitasse, não poderia ser exigido, pela própria natureza das suas intervenções, quanto à obtenção de um determinado resultado prático. A responsabilidade médica neste caso seria estabelecida por contratos que regulam obrigações de meios, em que o contratado se obrigaria a empregar toda a sua habilidade e conhecimento no desempenho de um determinado procedimento, sem se vincular à obtenção de um resultado previamente ajustado (Andrighi, 2006).

Porém, na jurisprudência prevalece a tese de que a respeito da responsabilidade civil do médico em procedimentos de cirurgia estética a obrigação assumida pelo cirurgião é sempre de resultado, e não de meio. Ao se considerar que nenhum indivíduo plenamente saudável se submeteria a uma intervenção estética se não pudesse se assegurar do resultado, o raciocínio é o de que o cirurgião plástico ao aceitar realizar um procedimento cirúrgico assumia a obrigação de atingir um objetivo determinado, sendo responsabilizado caso isso não ocorresse. Obviamente não estamos aqui discutindo o erro médico proveniente de ato ilícito, este sujeito às penalidades previstas nas leis, e sim a legislação vigente que favorece processualmente o paciente/consumidor.

Entretanto, os cirurgiões plásticos possuem poucas ferramentas para mensurar objetivamente os resultados de seus procedimentos estéticos. Embora a documentação fotográfica pré- e pós-operatória permita comparar as mudanças ocorridas com a cirurgia, a análise final permanece subjetiva; resultados pós-cirúrgicos considerados bons ou satisfatórios para o cirurgião que os executou ou para seus pares podem ser vistos como inaceitáveis pelos pacientes. Por

consequente, não se pode subestimar a importância do adequado esclarecimento do procedimento que será realizado e do entendimento mútuo no que diz respeito às expectativas; de preferência que estas sejam factíveis.

## 8 SUTURA FINAL

Este trabalho teve o objetivo de expor um breve panorama das relações sociais e suas associações a práticas embelezadoras, mais precisamente à cirurgia estética para colocação de implantes mamários de silicone.

Procurei como pesquisador-participante e por isso detentor de uma visão privilegiada sobre o assunto discorrer sobre questões que, embora façam parte do nosso cotidiano, não são comumente levantadas por aqueles que prestam ou se submetem a procedimentos cirúrgicos estéticos. Sendo uma pesquisa, não havia uma posição prévia quer contra quer a favor do aumento da demanda por cirurgia plástica; tampouco, ao final, se pretendeu chegar a uma tal tomada de posição. Também não se pretendeu esgotar a temática.

É presente nas ciências sociais um intenso debate sobre as transformações que continuamente se desenvolvem na sociedade contemporânea. Entretanto, como “outsider” busquei, sob uma outra ótica, trazer elementos do meu campo para essa rica discussão. Com o intuito de abordar o tema das práticas estéticas utilizei como objeto de pesquisa uma determinada intervenção cirúrgica.

Considerando que é a partir do corpo que agimos e nos relacionamos com o mundo, pode-se reconhecer que a cirurgia plástica funcione, em certa medida, como um artifício de sociabilidade e integração do sujeito. Entretanto, é importante ter em mente que, longe da alquimia artística quase milagrosa atribuída à cirurgia plástica por alguns programas e publicações sensacionalistas, não se pode perder de vista que essas intervenções corporais são procedimentos invasivos e complexos, cuja realização só pode ser conduzida por profissionais qualificados e reconhecidos



legalmente segundo os requisitos de uma especialidade médica devidamente estabelecida.

Como todo procedimento médico, seja ele cirúrgico ou não, é preciso levar em conta as particularidades individuais inerentes a cada paciente e os riscos advindos desta condição muitas vezes imponderável, não se podendo, portanto, generalizar condutas, banalizar os mecanismos de intervenção ou prometer resultados irrealistas.

Se, por um lado, parece possível afirmar que o cirurgião plástico se vale de um sofrimento que o paciente, na busca de um ideal de beleza física culturalmente construído, se auto-inflige, por outro lado, não se pode tampouco negar que ele atue aliviando o sentimento de exclusão daqueles que não julgam corresponder a tais padrões. Entretanto, é mister que seja esclarecida à sociedade e aos pacientes o limite dos resultados que a cirurgia plástica pode proporcionar, desmistificando o *glamour* que a envolve no imaginário popular.

De resto, até que ponto a cirurgia plástica é ou não um instrumento para submeter e moldar corpos dóceis, ou até que ponto ela apenas atende a tendências sociais mais amplas em que pessoas buscam através de um uso do corpo que lhes parece adequado tomar em seu controle seu corpo e, assim, sua identidade, buscando com isso constituir uma posição mais favorável para si na sociedade, são questões de difícil resposta, ou mesmo indecidíveis; em todo caso, são questões que não podem ser respondidas, ainda que apenas parcialmente, sem que as pessoas envolvidas sejam ouvidas. No entanto, para que as pessoas envolvidas possam melhor se posicionar, é necessário que o assunto seja abordado e analisado a partir de diversos pontos de vista. Nesta dissertação desenvolvemos nossa discussão com base no que foi publicado em livros, artigos e revistas de

grande circulação. Com isso, não pudemos ir além de expor as tensões inerentes à visão de que a busca pela cirurgia plástica estética se poria entre ser um gesto de submissão ou um de auto-afirmação dos indivíduos que nela se engajam.

Que a cirurgia plástica desempenha um papel na renegociação do indivíduo com o seu próprio corpo e, conseqüentemente, na (re)construção da sua identidade, parece ter ficado claro nesta dissertação, mas até que ponto essa satisfação é um benefício secundário de uma servidão voluntária a um tirânico culto ao corpo ou um gesto de libertação por parte de quem assume mais controle sobre seu corpo é uma questão que deixamos em aberto para que, com mais pesquisas, a sociedade siga buscando tanto definir melhor suas demandas quanto obter a satisfação delas, bem como – o que não é menos problemático – estabelecer o que ela, nisso, entende por satisfação.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, WP, BERGSTON, BP, GLICKSMAN, CA *et al.* Decision and management algorithms to address patient and Food and Drug Administration concerns regarding breast augmentation and implants. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.114(5), p.1252-1257. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Oct. 2004.

ANDERSON, RC, CUNNINGHAM, B, TAFESSE, E, *et al.* Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.118(3), p.597-602. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Sept. 2006.

ANDRADE, SS. Mídia impressa e educação de corpos femininos. In: Louro, GL, Felipe, J e Goellner, SV. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2005 (2ª. Ed.).

ANDRIGHI, FN. Responsabilidade civil na cirurgia estética. *Plastiko`s* – órgão oficial de divulgação da sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Ano XXIV, nº 151, São Paulo, Mar./Abr. 2006.

BARBOSA, L. *Sociedade de consumo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BLUM, VL. *Flesh wounds: the culture of cosmetic surgery*. Berkley: University of California Press, 2003.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984 (2ª. Ed.).

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

BRINTON, LA, BROWN, SL, COLTON, T, *et al.* Characteristics of a population of women with breast implants compared with women seeking other types of plastic

surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.105(3), p.919-927. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, March 2000.

BRODY, GS. The perfect breast: is it attainable? Does it exist? [Editorial]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.113(5), p.1500-15003. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, April 2004.

BROWN, MH, SHENKER, R, SILVER, S. Cohesive silicone gel breast implants in aesthetic and reconstructive breast surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.116(3), p.768-779. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Sept. 2005.

BUITONI, DS. *Imprensa feminina*. São Paulo: Ed. Ática, 1990.

CABEDA, STL. O corpo da cirurgia plástica: um olhar sobre a subjetividade feminina na contemporaneidade. In: Cabeda, STL e Strey, MN. *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edipucs, 2004.

CARDOZO, MC & GUARESCHI, NMF. O corpo do espelho, o corpo para o espelho: um estudo sobre o câncer de mama. In: Cabeda, STL e Strey, MN. *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edipucs, 2004.

CASTIEL, LD. *A medida do possível. Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Ed. Contracapa / Ed. Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_ & PÓVOA, EC. Dr.Sackett & "Mr. Sacketeer". Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, n.1, p. 205-214. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, jan-fev 2001.

CAVALCANTI, MA. Consentimento informado: por que e como? *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*. Vol. 20(4), p. 241-244. São Paulo: Fundo Educacional da SBCP, Out./Dez. 2005.

CHING, S, THOMA, A, McCABE, RE, et al. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.111(1), p.469-480. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Jan. 2003.

CORRÊA, MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

COURTINE, JJ. Os stakhanovistas do narcisismo. In: Sant'Anna, DB (Org). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

COUTO, ES. Corpos interditados: notas sobre anatomias depreciadas. In: Cabeda, STL e Strey, MN. *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edipucs, 2004.

\_\_\_\_\_. Corpos modificados – O saudável e o doente na cibercultura. In: Louro, GL, Felipe, J e Goellner, SV. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2005 (2ª. Ed.).

COVINO, DC. Outside-in: Body, mind, and self in the advertisement of aesthetic surgery. *Journal of Popular Culture*. Vol.35, Iss.3, p.91-102. Bowling Green: Winter 2001.

DAVIS, K. "A dubious equality": men, women and cosmetic surgery. In: *Body and society*, vol.8 (1):49-65. London: Sage Publications, 2002.

\_\_\_\_\_. *Dubious equalities & embodied differences: cultural studies on cosmetic surgery*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2003.

DEL PRIORE, M. *Corpo a corpo com a mulher*. São Paulo: Ed. SENAC, 2000.

\_\_\_\_\_. *Corpo a corpo com as mulheres: as transformações do corpo feminino no Brasil*. *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edipucs, 2004.

DEPPE, LCL. *A (Efi)ciência da Beleza: Análise da presença do discurso científico na revista NOVA*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT DER PLASTISCHEN, REKONSTRUKTIVEN UND ÄESTHETISCHEN CHIRURGEN. Die DGPRÄC bürgt für Qualität und Kompetenz [Presseinformationen]. Disponível em < [www.plastische-chirurgie.de/presseinformationen/alleinige-deutsche-vertretung-anerkannt/](http://www.plastische-chirurgie.de/presseinformationen/alleinige-deutsche-vertretung-anerkannt/) > Acesso em 11 de junho de 2006.

DIDIE, ER & SARWER, DB. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women`s Health*. Vol. 12(3), p. 241-253. Richmond: Mary Ann Liebert, Inc. 2003.

DOWDEN, RV. Who decides the breast augmentation parameters? [Editorial]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.112(7), p.1937-1940. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Dec. 2003.

EDGERTON, MT & McCLARY, AR. Augmentation mammoplasty: psychiatric implications and surgical indications. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.21(4), p.279-305. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Apr. 1958.

EDMONDS, A. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In Goldenberg, M. (Org). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2002.

ETCOFF, N. *A lei do mais belo: a ciência da beleza*. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 1999.

FAULKNER, A & KENT, J. Innovation and regulation in human implant Technologies: developing comparative approaches. *Social Science and Medicine*. Vol.53, p.895-913. Oxford: Elsevier, 2001.

FERREIRA, CK. *A reparação do dano moral decorrente da cirurgia plástica*. Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito, Faculdades Integradas de Itapetininga, Itapetininga, 2001.

FERREIRA, MC. Evolution of results in aesthetic plastic surgery: preliminary observations on mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.106(7), p.1630-1634. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Dec. 2000.

FISHER, JC. Ten years ago [Editorial]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(1), p.380-382. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Jan. 2002.

FONTES, MLA. *Corpos canônicos e corpos dissonantes: uma abordagem do corpo feminino deficiente em oposição aos padrões corporais idealizados vigentes nos meios de comunicação de massa*. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura Contemporâneas) – Faculdade de Comunicação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

FRANCO, T & REBELLO, C. *Cirurgia Estética*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1977.

FRASER, S. *Cosmetic surgery, gender and culture*. New York, Palgrave Macmillan, 2003.

FREYRE, G. *Modos de homem e modas de mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1986.

GAGNÉ, P & McGAUGHEY, D. Designing women: cultural hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mammoplasty. *Gender and Society*. Vol. 16(6), p.814-838. Kingston: Sage, Dec. 2002.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, Ed. UNESP, 1991.

GILMAN, SL. *Creating beauty to cure the soul: race and psychology in the shaping of aesthetic surgery*. London: Duke University Press, 1998.

\_\_\_\_\_. *Making the body beautiful: a culture history of aesthetic surgery*. Princeton: Princeton University Press, 1999.

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

\_\_\_\_\_ & RAMOS, MS. A civilização das formas. In Goldenberg, M. (Org). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2002.

GOELLNER, SL. A produção cultural do corpo. In: Louro, GL, Felipe, J e Goellner, SV. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2005 (2ª. Ed.).

GONÇALVES, IL. *Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro*. 2001. 142 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

GORDON, JB, BAROT, LR, FAHEY, AL, et al. The internet as a source of information on breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.107(1), p.171-176. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Jan. 2001.

GRANDO, JC. As concepções de corpo no Brasil a partir de 30. In: Grandó, JC (org.). *A (des)construção do corpo*. Blumenau: Edifurb, 2001.

GUILAM, MCR. *O discurso do risco na prática do aconselhamento genético pré-natal*. 2003. 159p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

HAGE, JJ. González-Ulloa's Manifesto on Aesthetic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.110(4), p.1167-1171. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Sept. 2002.



HAIKEN, E. *Vênus envy: a history of cosmetic surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

HANDEL, N & SILVERSTEIN, MJ. Breast cancer diagnosis and prognosis in augmented women. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.118(3), p.587-593. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Sept. 2006.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Silva, TT. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2000.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e esfera pública. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 14 (2), p. 383-394. Rio de Janeiro: IMS – UERJ, 2004.

HONIGMAN, RJ, PHILLIPS, KA, CASTLE, DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.113(4), p.1229-1237. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, April 2004.

HOSHAW, SJ, KLEIN, PJ, CLARK, BD et al. Breast implants and cancer: causation, delayed detection, and survival. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.107(6), p.1393-1408. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, May 2001.

HSIA, HC & THOMSON, JG. Differences in breast shape preferences between plastic surgeons and patients seeking breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.112(1), p.312-320. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, July, 2003.

HUEMER, GM, BAUER, T, GURUNLUOGLU, R et al. Analysis of publications in three plastic surgery journals for the year 2002. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.114(5), p.1147-1154. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Oct. 2004.

ISENBERG, S. The legacy of narcissus [Correspondence and brief communications]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.110(7), p.1815-1816. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Dec. 2002.

JACOBSON, N. *Cleavage: technology, controversy, and the ironies of the man-made breast*. New jersey: Rutgers University Press, 2000.

JAKUBIETZ, MG, JANIS, JE, JAKUBIETZ, RG, et. al. Breast augmentation: Cancer concerns and mammography – A literature review. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.113(7), p.117-122. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins. June, 2004.

JANUSZKIEWICZ, JS. The hidden art in plastic surgery ... in five stage of creativity. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(7), p.2463-2470. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins. June 2002.

KURY, R. Entrevista especial. *Plastiko`s*. Ano XXIV, nº 155. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, nov/dez. 2006.

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

LEHMANN, LMS. *Corpo: profundidade e aparência*. 2001. 175p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

LUCERO, NAA. O corpo redescoberto. In: Romero, E. (org.). *Corpo, mulher e sociedade*. Campinas, Ed. Papirus, 1995.

MALBEC, EF. Origem, evolução e desenvolvimento da cirurgia plástica na América Latina. In: MÉLEGA, JM, ZANINI, SA, PSILLAKIS, JM. *Cirurgia plástica: reparadora e estética*. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 1992.

MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal. In: *Sexualidade, gênero e sociedade*. n. 7/8. p.12-17. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, abr. 1998.

\_\_\_\_\_. Em busca dos (h)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: Goldenberg, M. (Org). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2002.

MUZAFFAR, AR & ROHRICH, RJ. The silicone gel-filled breast implant controversy: an update. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(2), p. 742-747. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Feb. 2001.

NEVES, APDM. *A formação da imagem corporal e as representações de beleza em mulheres freqüentadoras de academias*. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social). Instituto de Psicologia – Programa EICOS – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NOVAES, A. A ciência no corpo. In: Novaes, A. (Org.). *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Cia. das Letras, 2003.

NOVAES, JV. *O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Ed. PUC – Rio: Garamond, 2006.

PELLICER, RPR. *O velho corpo da mulher: representações corporais do envelhecimento feminino*. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social). Instituto de Psicologia - Programa EICOS – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

PITANGUY, I. *Blog da revista Época*. Disponível em <<http://www.blogdasemana.globolog.com.br>>. Acesso em 04 de novembro de 2006.

\_\_\_\_\_. *Biografia*. Disponível em <<http://pitanguy.com/portuguese/professor/index.htm>>. Acesso em 09 de outubro de 2006.

PROCHET, N. corpos perfeitos e imagens imperfeitas. In: *Cadernos de psicanálise*, vol.20, n. 23, p.157-175. Rio de Janeiro, SPCRJ, 2004.

RANKIN, M, BORAH, GL, PERRY, AW, et al. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.102(6), p.2139-2147. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Nov. 1998.

RIBEIRO, RC & BURNETT, T. Mamoplastia de aumento. In: Ribeiro, RC e Saltz, R. *Cirurgia da mama: Estética e reconstrutiva*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

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

ROHRICH, RJ. The American Society of Plastics Surgeons` procedural statistics: what they really mean. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.112(5), p. 1389-1392. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Oct. 2003.

\_\_\_\_\_, GOLDWYN, RM. Standards for cosmetic surgery articles. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.108(1), p. 259-260. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, July 2001.

SABAT, R. Gênero e sexualidade para consumo. In: Louro, GL, Felipe, J e Goellner, SV. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade*. Petrópolis: Vozes, 2005 (2ª. Ed.).

SANT` ANNA, DB. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: Sant`Anna, BD (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Ed. Estação Liberdade, 1995.

SARWER, DB. Differences in breast shape preferences between plastic surgeons and patients seeking breast augmentation [Discussion]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 112(1), p.321-322. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, July 2003.

\_\_\_\_\_. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery [Discussion]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.102(6), p. 2146-2147. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Nov. 1998.

\_\_\_\_\_, BARTLETT, SP, BUCKY, LP, LAROSSA, D, et al. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.101(7), p.1956-1961. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, June 1998.

\_\_\_\_\_, WADDEN, TA, WHITAKER, LA. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(1), p. 363-369. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Jan. 2002.

\_\_\_\_\_, LAROSSA, D, BARTLETT, SP, et al. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.112(1), p. 83-90. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, July 2003.

\_\_\_\_\_, ZANVILLE, HÁ, LAROSSA, D, BARTLETT, SP, et al. Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 114(7), p.1927-1933. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, December 2004.

\_\_\_\_\_, CASH, TF, MAGEE, L, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 115(3), p.931-938. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, March 2005.

SHILLING, C. The body and physical capital. In: Shilling, C. *The body and social theory*. London: Sage Publications Ltd., 1993.

SIBILIA, P. O bisturi de software: como fazer um "corpo belo" virtualizando a carne impura?. In: Araújo, D. (Org.). *Imagem (ir)realidade*. Porto Alegre: Ed. Sulina (no prelo).

SILIMED – Silicone e Instrumental Médico Cirúrgico e Hospitalar Ltda. *Implante mamário de silicone revestido com espuma de poliuretano: Instruções de uso*. Rio de Janeiro.

SILVA, AM. *Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo de felicidade*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

SILVA, CL. *A “mediação” das práticas corporais: significados da musculação para freqüentadores de um parque público*. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SINDER, R. História da cirurgia plástica brasileira. In: MÉLEGA, JM, ZANINI, SA, PSILLAKIS, JM. *Cirurgia plástica: reparadora e estética*. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. *Pesquisa Gallup*. Disponível em < <http://www.cirurgiaplastica.org.br>>. Acesso em: 07 de agosto de 2006.

SOEST, T, KVALEM, IL, SKOLLEBORG, KC, et. al. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.117(1), p. 51-62. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, January 2006.

SPEAR, SL, BULAN, EJ, VENTURI, ML. Breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.114(5), p. 73e-81e. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, Oct. 2004.

SPILSON, SV, CHUNG, KC, GREENFIELD, MLVH, et al. Are plastic surgery advertisements conforming to the ethical codes of the American Society of Plastic Surgeons? *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(3), p.1181-1186. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, March 2002.

STRASSER, EJ. An objective grading system for the evaluation of cosmetic surgical results. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.104(7), p.2282-2285. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, December 1999.

\_\_\_\_\_. Application of an objective grading system for the evaluation of cosmetic surgical results. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.109(5), p.1733-1740. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, April 2002.

STREY, MN. A criação do corpo ideal. In: Cabeda, STL e Strey, MN. *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: Edipucs, 2004.

SUDO, N. *Diga-me quanto pesas e te direi quanto vales: um estudo sobre representações do gordo em revistas contemporâneas*. 134p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

TEBBETTS, JB. The greatest myths in breast augmentation [Editorial]. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.107(7), p.1895-1903. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, June 2001.

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. FDA Approves Silicone Gel-Filled Breast Implants After In-Depth Evaluation. *FDA News*. Disponível em <<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01512.html>>. Acesso em 02 de dezembro de 2006.

VILLAÇA, N. e GÓES, F. *Em nome do corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1998.

WESTREICH, M. Anthropomorphic breast measurement: protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breast and clinical application. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.100(2), p.468-479. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins, August 1997.

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