

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

ROBERTA DE SOUSA MÉLO

**Da visibilidade dos corpos disformes: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal
sucedidas**

Recife

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

ROBERTA DE SOUSA MÉLO

**Da visibilidade dos corpos disformes: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal
sucedidas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito à obtenção do grau de Doutora em Sociologia, sob a orientação do Prof. Dr. Jonatas Ferreira.

Recife

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

M528d Mélo, Roberta de Sousa.
Da visibilidade dos corpos disformes : um estudo sobre cirurgias
cosméticas mal sucedidas / Roberta de Sousa Mélo. – Recife: O autor,
2012.
207f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Jonatas Ferreira.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós Graduação em Sociologia, 2012.
Inclui bibliografia e anexos.

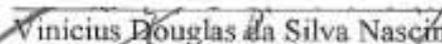
1. Sociologia. 2. Beleza física (Estética). 3. Ansiedade. 4. Cirurgia
plástica – Complicações e sequelas. I. Ferreira, Jonatas (Orientador). II.
Titulo.

301 CDD (22.ed.) UFPE (CFCH2012-20)

Ata da Sessão de Defesa de Tese de **ROBERTA DE SOUSA MELO**, do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro de 2012, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da comissão designada para o Exame da Tese de Doutorado de **ROBERTA DE SOUSA MELO** sob o título **DA VISIBILIDADE DOS CORPOS DISFORMES: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal sucedidas**.

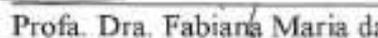
A comissão foi composta pelos professores: **Prof. Dr. Jonatas Ferreira - Presidente/Orientador**; **Profa. Dra. Cyntia de Carvalho Lins Hamlin - Titular Interna (PPGS/UFPE)**; **Prof. Dr. Russel Parry Scott - Titular Interno (PPGS/UFPE)**; **Profa. Dra. Fabiana Maria Gama Pereira - Titular Externa (PPGA/UFPE)**; **Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi - Titular Externo (UFPB)**. Dando início aos trabalhos, o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira** explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra à autora da Tese para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa da candidata. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornarem o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira**, presidente da mesa e orientador da candidata, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão Examinadora **aprovando a Tese por unanimidade, com indicação para publicação**. E nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretário do programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pela candidata. Recife, 28 de fevereiro de 2012.



Vinicius Douglas da Silva Nascimento – Secretário



Prof. Dr. Jonatas Ferreira



Profa. Dra. Fabiana Maria da Gama Pereira



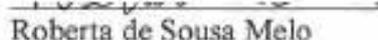
Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi



Profa. Dra. Cynthia de Carvalho Lins Hamlin



Prof. Dr. Russel Parry Scott



Roberta de Sousa Melo

À memória de Ewirton Vieira de Mélo.

Agradecimentos

Aos nossos informantes, por compartilharem conosco sua história de vida, e pela confiança em nos narrar suas experiências tão sofridas que formaram a base do nosso trabalho. Agradecemos por dividirem conosco o seu vivido. A eles, toda nossa gratidão.

Ao nosso orientador, Prof. Dr. Jonatas Ferreira, por tudo o que se dispôs a construir conosco durante todos esses anos. Pelo profissionalismo e respeito dedicados ao nosso trabalho, pelo entusiasmo e pela criatividade com que sempre respondeu aos questionamentos trazidos e às descobertas compartilhadas. Sobretudo, pela generosidade prestada nos momentos mais árduos deste processo.

À professora Roberta Campos, que nos orientou em nossos primeiros estudos e trabalhos sobre a temática do corpo nas ciências sociais. Esta tese também é fruto do caminho traçado com o seu inestimável apoio.

Aos professores Artur Perrusi e Maria Eduarda Rocha, pela valiosa contribuição durante a defesa de projeto desta tese.

Aos colegas da turma do doutorado, pela nossa boa convivência e pelos momentos compartilhados. Que todos percorram um caminho de grandes realizações.

Aos professores do PPGS/UFPE, pela boa vontade em fazer da sala de aula um ambiente frutífero para nossas reflexões e aprendizados. Agradecemos por suas valiosas contribuições no decorrer do nosso curso de doutorado, que se refletiram em boa parte deste estudo.

Agradecemos também aos funcionários do PPGS, de modo especial a Vinicius, pela gentileza e eficiência com que sempre nos ajudou a resolver questões burocráticas com as quais, enquanto alunos de um programa de pós-graduação, nos deparamos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo grande suporte a este trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, por possibilitar a realização de nosso Doutorado-Sanduiche no país.

Ao Departamento de Filosofia da Universidade de São Paulo – USP pela boa acolhida, quando da realização do nosso Doutorado-Sanduiche naquela instituição. Nosso

agradecimento especial ao Prof. Dr. Pablo Rubén Mariconda, pela gentileza em atender ao nosso pedido de orientação.e pela receptividade ao nosso trabalho.

Agradecemos, ainda, à Maria Helena Barbosa, funcionária do Departamento de Filosofia da USP, pela atenção que sempre nos dedicou e pela competência em atender às solicitações que lhe fizemos nesse período do Doutorado-Sanduíche.

À prof^a. Dr^a. Sylvia Garcia, pelo grande incentivo dado ao nosso trabalho desde a nossa primeira reunião. Agradecemos pelo respeito e leveza com que sempre contribuiu para as nossas questões.

À Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Hayashi, pelo apoio dado e pela gentileza em nos convidar e nos receber em eventos realizados na Universidade de São Carlos (UFSCar), os quais trouxeram grande contribuição ao nosso trabalho.

Aos nossos familiares, sobretudo a Inês e a Ewilton (*in memorian*), pelos incentivos, pelos cuidados, pelo respeito e pelo nosso amor de toda vida.

A todos os amigos, pelo carinho e compreensão, pelo companheirismo e pela lealdade. Pelo suporte emocional sempre oferecido durante a trajetória que seguimos juntos. Felizmente, são muitas as pessoas a quem somos gratos, e por isso corremos o risco de não mencionar o nome de alguma delas. Que eles sintam, na oportunidade do próximo abraço amigo, a nossa imensa gratidão.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Epígrafe

“Essas rugas que eu tenho no rosto, pra cada uma eu tenho uma história”

“Como eu vou querer ter um corpo perfeito se eu gosto mesmo é de pecar?”¹

¹ Trechos de diálogos presenciados em nossas viagens em transportes coletivos, durante o período de realização deste estudo.

Resumo

Esta tese busca analisar a experiência corporal de pessoas que passaram pelo processo de uma cirurgia cosmética mal sucedida, a partir da descrição do vivido pelo próprio indivíduo que teve seu corpo mutilado e/ou deformado. Buscamos compreender os significados que essas pessoas atribuem às suas práticas, bem como o processo de ressignificação e ressimbolização do corpo por elas realizado. O trabalho se insere no cenário das práticas corporais contemporâneas, fortemente marcado pelo estímulo a conhecer e explorar a plasticidade e as potencialidades do corpo em função das expectativas e das vontades do indivíduo. Este contexto é também caracterizado por um trabalho de reflexividade e de subjetivação que exige o controle pleno do indivíduo sobre seu corpo como forma de auto-afirmação. Enquanto reflexo desse cenário, o desenvolvimento das cirurgias cosméticas tem estimulado a necessidade do sujeito contemporâneo de perseguir e controlar cada parte do seu corpo tida como desfavorável, do que decorre o nosso argumento de que há uma ansiedade diante do próprio corpo que é também uma ansiedade em se firmar como sujeito. Diante disso, propomos pensar no consumo das cirurgias cosméticas como a experiência fenomenológica de se conviver com um detalhe de insatisfação que fala em nome do todo corporal. O estudo envolveu momentos analíticos mais estruturais, por considerarmos as referidas práticas cosméticas como efeito de uma ansiedade que é culturalmente engendrada. Entretanto, ele foi preponderantemente orientado por preocupações e enfoques que nos levaram a optar pela teoria fenomenológica como nosso guia. Neste sentido, privilegiamos a compreensão das formas de interiorização, de adequação e de produção de significados que o indivíduo mutilado e/ou deformado pela cirurgia estética experimenta corporalmente. Diante disso, uma metodologia de pesquisa qualitativa e fenomenológica pareceu-nos uma escolha pertinente. O trabalho de campo foi realizado no período de julho de 2009 a agosto de 2011. Nosso material empírico foi composto pelas narrativas obtidas através de 19 entrevistas semi-estruturadas (sendo 17 realizadas com mulheres e 2 com homens) e por outros dados (entrevistas com cirurgiões, acesso a blogs, comunidades virtuais, matérias de programas televisivos e de revistas) que se constituíram como materiais complementares. As experiências nos falam de uma trajetória de insatisfação com o corpo que é exacerbada com o malogro das cirurgias. Em suas interações cotidianas, os corpos pós-cirúrgicos são associados à perturbação de uma ordem simbólica e, sobretudo, a um exercício precário de reflexividade, do que decorrem os prejuízos na sua vida afetiva e social. No entanto, é também no trabalho de Merleau-Ponty que encontramos elementos para considerar a reabilitação do potencial político desses corpos no mundo-da-vida e a capacidade dos sujeitos de reconhecer novas possibilidades de ação a partir da experiência corporalmente vivida.

Palavras-chaves: Corpo; Cirurgias Cosméticas; Fenomenologia; Reflexividade; Estigmatização.

Abstract

This thesis aims at analysing the body experience of people who went through the process of an unsuccessful cosmetic surgery, from the description of the experience of individual who had his body mutilated and/or deformed. We aimed to understand the meanings that people attach to their practices as well as the process of body resignification and re-symbolization conducted by them. The work fits into the landscape of contemporary body practices, strongly marked by the stimulus to learn and explore the plasticity and the potentialities of the body, according to expectations and wills of the individual. This context is also characterized by a work of reflexivity and subjectivity, which demands that the individual play a full control of his body, as a matter of self-affirmation. As a reflex of this scenario, the development of cosmetic surgeries has stimulated the contemporary need to pursue and control every part of the body judged as unpleasant, whence comes our argue that there is an anxiety about one's own body which is also an anxiety to establish itself as subject. Faced with this, we propose to consider the consumption of cosmetic surgeries as the phenomenological experience of living with a detail of dissatisfaction that speaks on behalf of the whole body. This study engages in analytical moments towards the structure, since we considered these cosmetic practices as an effect of a culturally-conjured anxiety. However, it was mainly oriented by concerns and approaches which led us to decide for the phenomenological theory as our guide. In this sense, we favoured the understanding of forms of internalisation, adaptation and production of meanings that the individual, mutilated and/or deformed by cosmetic surgery, bodily experiences. That said, a qualitative and phenomenological methodology of research seemed to us a pertinent choice. The field work was carried on from July 2009 to August 2011. Our empirical material was composed by the narratives obtained through 19 semi-structured interviews (17 of which from women, and two from men) and by other data (interviews with surgeons and access to blogs, virtual communities, television programmes and magazine articles on the subject), the latter being considered as complementary material. The experiences tell us of a trajectory of dissatisfaction with the body that was exacerbated by surgical failure. In their daily life interactions, post-surgery bodies are associated to a disturbance of a symbolic order and, especially, to a precarious exercise of reflection, resulting in losses both in the affective and social life. Nevertheless, it is in the work of Merleau-Ponty that we find elements to consider for the rehabilitation of the political potential of these bodies while being-in-the-world, and the individuals' ability to recognise new opportunities for action through the bodily-lived experience.

Key words: Body; Cosmetic Surgery; Phenomenology; Reflexivity; Stigmatisation.

Résumé

Cette thèse vise à analyser l'expérience corporelle des personnes qui sont passés par un processus d'une chirurgie cosmétique malheureuse, à partir d'une description de l'expérience vécue par le patient lui-même, dont le corps a été mutilé et/ou déformé. Nous chercherons à comprendre les signifiés que ces personnes attribuent à leurs pratiques, ainsi que le processus de re-signification et de re-symbolisation du corps qu'elles ont réalisé. Ce travail s'insère dans le scénario des pratiques corporelles contemporaines, fortement marquées par un encouragement à connaître et à explorer la plasticité et les potentialités du corps en fonction des attentes et des désirs de l'individu. Ce contexte se caractérise également par un travail de réflexivité et de subjectivation exigeant le contrôle total la pleine maîtrise de son corps par l'individu, comme forme d'auto-affirmation. En tant que reflet de ce scénario, le développement des chirurgies cosmétiques stimule le besoin pour le sujet contemporain de poursuivre et de contrôler chaque partie de son corps considérée comme défavorable, de là notre argument qu'il y a une anxiété devant son propre corps, qui est aussi l'anxiété de s'affirmer en tant que sujet. Ceci établi, nous nous proposons de penser la consommation de chirurgies cosmétiques comme l'expérience phénoménologique qui consiste à vivre avec un détail d'insatisfaction qui parle au nom du tout corporel. Notre étude a impliqué quelques moments analytiques plus structurels, car nous considérons les pratiques cosmétiques un effet d'une anxiété qui est culturellement engendré. Toutefois, l'étude a été motivé principalement par les préoccupations et les approches que nous ont conduit à la théorie phénoménologique comme notre guide. Ainsi, nous favorisons la compréhension des formes d'intériorisation, d'adaptation et de production de significations, dont l'individu mutilé et / ou déformé par la chirurgie cosmétique, vivre comme un expérience corporelle. À partir de ça, nous avons choisi une méthodologie qualitative et phénoménologique de recherche, pour lesquels nous a semblé un choix idéal. Notre enquête de terrain s'est passée le Juillet 2009 jusqu'à l'Août 2011. Les données empiriques ont été composés par les témoignages de 19 entretiens semi directifs (réalisés avec 17 femmes et 2 hommes) et des données autres (entretiens avec chirurgiens, visitations sur les blogs, communautés virtuelles, les émissions des programmes de la télévision et les magazines) qui ont formé notre données supplémentaires. Les expériences nous parlent d'une trajectoire caractérisée par l'insatisfaction corporelle et aussi exacerbée par le insuccès de la chirurgie. Dans leurs interactions quotidiennes, les corps post-chirurgie sont associés à la perturbation d'un ordre symbolique et, surtout, à un exercice de réflexivité précaire, sur lesquels on peut percevoir quelques damages sur la vie sociale et affective. Cependant, l'œuvre de Merleau-Ponty a contribué, parce que nous avons trouvés quelques éléments fondamentales par considérer la réhabilitation du potentiel politique des organismes dans le monde de la vie et la capacité des sujets à reconnaître les nouvelles possibilités d'action à travers de l'expérience vécue par le corps.

Mots-clés: Corps; Chirurgie cosmétique; Phénoménologie; Réflexivité; Stigmatisation.

SUMÁRIO

Introdução	14
Capítulo 1	
Cirurgia Plástica e Gestão dos Corpos.....	26
1.1. Cirurgia Plástica e Fragmentação do Corpo.....	32
1.2. Cirurgia Plástica, Beleza e Ansiedade.....	34
Capítulo 2	
Pistas Teóricas Sobre as Experiências dos Corpos Pós-Cirúrgicos.....	52
2.1. Corpos Provisórios em sua Abertura para o Mundo.....	60
2.2. Objetivação e Estigmatização dos Corpos Pós-Cirúrgicos.....	72
2.3. Reflexividade e Projetos de Si.....	89
Capítulo 3	
Considerações metodológicas.....	98
3.1. Cirurgias Cosméticas Mal Sucedidas: Definindo a Expressão.....	98
3.2. Sobre as Decisões Metodológicas Adotadas.....	100
3.3. Sobre o Trabalho de Campo.....	104
Capítulo 4	
Memórias da Carne.....	128
4.1. Ressignificações da Ansiedade do Indivíduo Diante do Próprio Corpo.....	129
4.2. Ao Despertar da Mesa de Cirurgia: O Encontro com o Espelho no Pós-Operatório e o Estranhamento de Si	139

4.3. Risco, Ansiedade e Abertura para o Mundo.....	152
4.4. Entre Estigmas e Recalques Culturais: O Horizonte de Possibilidades dos Corpos Pós-Cirúrgicos.....	170
Considerações Finais.....	189
Referências.....	192
Anexos.....	202

Introdução

A exacerbação da construção corporal característica da contemporaneidade, com suas imensas possibilidades de transformação e usos alterados da carne, parece explorar ao máximo o caráter plástico e maleável do corpo e a capacidade de “reinvenção de si” característica dos atuais projetos de subjetivação em que o controle da corporeidade equivale aos cuidados consigo mesmo. O investimento nas aptidões dos corpos recria, nesses termos, o sentido de sua produtividade: a ideia de competência corporal, aqui, já não diz respeito apenas à sua capacidade de trabalho, mas também à sua disposição em ostentar as decisões tomadas pelo indivíduo a respeito da significação que ele pretende dar à sua existência. No mesmo sentido, nossos corpos são constantemente trabalhados, explorados e alterados em função dos nossos mais íntimos anseios, de modo que somos estimulados a não aceitar passivamente os constrangimentos trazidos pelas suas manifestações, nem permitir que inibam os projetos pessoais que elaboramos. Como pontua Le Breton,

“o homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou a fragilidade, manter sua ‘saúde potencial. (...) Nossas sociedades consagram o corpo como emblema de si. (...) Se em todas as sociedades humanas o corpo é uma estrutura simbólica, torna-se aqui uma escrita altamente reivindicada, embasada por um imperativo de se transformar, de se modelar, de se colocar no mundo” (Le Breton, 2003: 31).

Assim, podemos pensar nas práticas corporais contemporâneas a partir da luta do indivíduo contra os constrangimentos do seu corpo. Esses constrangimentos aparecem como um problema já entre os filósofos da Grécia Antiga. Ao estabelecer a cisão entre o inteligível da alma e o sensível do corpo, Platão estabelece a valorização da razão, associada às coisas da alma, porque é por ela que o homem atinge sua humanidade. Por outro lado, o corpo, enquanto local dos sentidos e dos impulsos, constitui-se como obstáculo ao intelecto e, portanto, à realização da natureza humana. O desprezo pelo corpo se explica, também, pelo seu caráter perecível, enquanto a alma é o local das verdades essenciais.

“Em sua doutrina das Formas, Platão percebe a própria matéria como uma versão desqualificada e imperfeita da Ideia. O corpo é uma traição da alma, da razão e da mente, e sua prisão. Para Platão, era evidente que a razão devia comandar o corpo e as funções irracionais ou sensíveis da alma” (Grosz, 2000: 52).

Se entre os gregos a razão já se configurava como forma privilegiada pela qual os seres humanos devem relacionar-se com a natureza, a novidade trazida pelo advento da modernidade é a esperança do controle técnico desse corpo. O projeto moderno deflagra o desenvolvimento da ciência, com uma série de conhecimentos, técnicas e discursos que aparecem não só como operadores, mas também como legitimadores do controle do corpo (Vaz, 1999: 92). Esse controle faz parte de um projeto orientado pela possibilidade do ser humano descobrir, classificar, controlar, prever, enfim, ser senhor da natureza. O esforço para exercer essa capacidade é a força motriz do esclarecimento, já que “a força que nos leva a tentar ser esclarecidos é o medo do desconhecido, da natureza que nos parece perigosa, ameaçadora, mitológica” (Idem, *Ibidem*: 90).

O discurso científico contemporâneo parece marcado pelo triunfo dessa tendência a reconhecer e controlar aquilo que em nós se revela como perigoso. Na verdade, continuamos a encarar nosso corpo como uma ameaça à nossa dignidade de sujeito, e isso não parece muito distante da moral cristã que coloca as coisas do corpo como uma ameaça à salvação da alma. A grande diferença é a aspiração contemporânea de possuir um corpo que nos permita realizar satisfatoriamente as nossas experiências cotidianas, e, nesse sentido, nos vemos capazes de superar os obstáculos que ele nos coloca à medida que o corrigimos e o aprimoramos.

A partir do que dissemos até agora, podemos aludir aos processos de subjetivação que equivalem ao exercício de distanciamento percebido por Simmel, ao tratar do projeto do indivíduo de preservar sua autonomia e a peculiaridade de sua existência frente às pressões do dinamismo da vida urbana e das constantes mudanças no cotidiano impostas pela modernização (Simmel: 2005). Tomando como pano de fundo o tipo das individualidades no contexto das grandes metrópoles, o autor destaca a luta contra o desenraizamento travado pelo sujeito diante das discrepâncias do meio exterior. Tal luta é a configuração da condição mental da cultura moderna, ou seja, é a atuação do entendimento do indivíduo em prol da

preservação da vida subjetiva, frente às “coações da cidade grande” (Idem, *Ibidem*: 578). Essa condição exige que a significação da existência seja uma decisão própria do indivíduo (Le Breton, 2003: 31). Sob tal lógica, o aumento do poder do sujeito é entendido na sua capacidade de perceber a si próprio a partir de uma perspectiva distanciada, objetiva. A possibilidade do exercício de subjetivação corresponde, nesses termos, à capacidade de distanciar-se. A propósito, os mecanismos para o fortalecimento da própria cultura necessitam desse exercício de distanciamento.

Curiosamente, o corpo aparece como o refúgio do indivíduo diante das pressões da modernização, como a mudança rápida e ininterrupta de impressões interiores e exteriores que Simmel verificou na vida das grandes metrópoles (Simmel, 2005: 578). É sobre ele que se procura registrar sua vontade própria, sua autonomia enquanto sujeito.

Na contemporaneidade, isso se evidencia na nossa luta constante contra as novas ameaças que se colocam à saúde do nosso corpo, por exemplo, ou nas estratégias apresentadas pela atualidade de tornar o corpo imune ao envelhecimento ou à morte (Le Breton, 2003): o medo da desintegração do corpo, sob vários sentidos, nos leva a encará-lo como nosso outro e como aquilo pelo qual sempre poderemos fazer algo melhor. A própria ideia de subjetividade necessita dessa alienação do corpo, de modo que, freqüentemente, tentamos nos colocar acima dele, “vê-lo de cima”, no esforço de controlá-lo e, desta forma, salvaguardarmos nossa própria vida. Buscamos sair da situação em que constatamos que somos nosso próprio corpo: esse tem sido o sentido das práticas corporais estimuladas pela indústria do culto ao corpo. Nesse processo, um grau de suspeita do corpo tem se valorizado como necessária, como sugere Le Breton (1999: 15). Em suma, essa forma de reivindicação de si necessita que o corpo seja compreendido como ontologicamente distinto do sujeito (Idem, *Ibidem*: 15), enquanto um objeto à disposição dos nossos cálculos e dos monitoramentos que fazemos sobre cada um de seus aspectos, a fim de melhorá-lo. Para tanto, dispomos de saberes e técnicas que se proliferam e se desenvolvem cada vez mais. Somos estimulados a viver nossas experiências não através do corpo que somos, mas através daquele que desejamos ter, à medida que consumimos as práticas e as informações legitimadas pela tecnociência. Os check-ups anuais e exames preventivos, bem como o estilo

de vida que decidimos adotar para nos proteger das ameaças a que nossos corpos encontram-se susceptíveis, ilustram bem isso. De maneira semelhante, a propagação de programas televisivos que contam com a presença de médicos para tratar de questões relacionadas ao corpo e à saúde, bem como a frequência de reportagens de revistas e jornais também dedicadas a essas temáticas revelam essa tendência.

Em suma, os cuidados com o corpo são incitados como forma de exercitar os valores de autonomia e poder sobre si, o que, segundo Ortega (2008), caracteriza a constituição do sujeito moral contemporâneo. De acordo com o autor, esse exercício pode ser encarado como uma resposta às práticas subjetivantes modernas, com suas modalidades específicas de disciplinamento corporal. Na contemporaneidade, entretanto, os elementos de prazer e satisfação que podem ser proporcionados pelo corpo reelaboram a ideia de coibição associada à disciplina, porque esta passa a estar atrelada a decisões pessoais, a uma *ética de si*. Nesse sentido, tem-se a tematização da subjetividade “não mais como resultado de práticas disciplinares, e sim como constituição de si, ativa e autônoma” (Ortega, 2008: 30). Contudo, o que o panorama contemporâneo traz de principal novidade é que a ansiedade de se firmar como sujeito se faz acompanhada de uma possibilidade inédita de conhecer e modificar o corpo. Assim, a definição dos contornos corporais nas academias de ginástica, a modificação das silhuetas através das dietas alimentares, as novas formas corporais adquiridas pelas cirurgias plásticas, o aceleração do desempenho físico pelos anabolizantes, as alterações do estatuto do corpo trazidas pelas inovações da engenharia genética, bem como marcas corporais como a tatuagem e os piercings são práticas que convergem no sentido de reafirmar a plasticidade e a potencialidade do corpo em função das expectativas e das vontades do indivíduo. As constantes variações dessas técnicas, tidas como avanços da ciência contemporânea, revelam o desejo sempre retroalimentado de esquadrihar o corpo, apreendê-lo e descobri-lo de modo que possa ser vivenciado, sobretudo, em sua possibilidade de proporcionar prazer.

Sabe-se que a lógica do consumo e do prazer não é universal, atingindo as pessoas de forma diferenciada. A esse respeito, Córdoba (2004) refere-se “à mediação massiva das normas que definem o corpo legítimo” (Córdoba, 2004: 44), bem como aos meios técnicos

disponíveis para alcançá-lo, ressaltando que ela não produz o mesmo efeito através de todo o espaço social. A violência da pobreza que é retratada nos corpos famélicos, esqueléticos e cadavéricos – radicalmente opostos aos modelos corporais da cultura do prazer - revela que nem todos os indivíduos participam igualmente desse cenário, e que os corpos não são uniformemente investidos do trabalho corporal que é legitimado, sobretudo, pela biociência e pela mídia. É preciso frisar, portanto, que estamos lidando com uma particularidade da dinâmica capitalista. Mas é preciso ressaltar, também, que a ética que orienta as práticas corporais estimuladas por essa mesma dinâmica é a da responsabilidade do indivíduo sobre o próprio corpo. Sendo assim, a visibilidade dos corpos famélicos desperta o sentimento de piedade, sobretudo quando se considera que tais indivíduos não são os responsáveis pela sua própria condição, nem pela precariedade de seus corpos, que destoam de uma estética associada à satisfação pessoal. E isso reforça nosso compromisso moral (Ortega, 2003) de indivíduos que podem exercer autonomia sobre seus corpos

Num outro extremo dessa cultura, tem-se a crítica fortemente tecida aos corpos anoréxicos desnutridos por sua *aversão* à comida (o que por vezes é tido como um ultraje, diante da inanição dos corpos em situação de miséria). E, nesse sentido, o corpo anoréxico é também o corpo do não-consumo da estética do prazer pessoal, e nisso reside uma característica marcante que faz com que ele seja compreendido de modo diferente dos outros corpos esqueléticos de que falamos, entendidos como aqueles aos quais é negada a possibilidade de construir o corpo que lhe proporcione bem-estar: o corpo anoréxico desperta um tipo de comiseração diferente; é o corpo que sofre devido à falta de “controle de si”. Ele é, na verdade, a expressão de um *self* imperfeito. Podemos, ainda, nos utilizar desses exemplos de extrema magreza para tratarmos da responsabilidade do indivíduo sobre a construção do seu corpo e para adentrar num universo específico que também sugere que essa responsabilidade vem se caracterizando, cada vez mais, como uma ansiedade cultural diante do próprio corpo. A propósito, a comparação entre esses dois casos nos leva a uma importante constatação acerca das práticas de consumo que têm orientado nossa relação com o corpo: ainda que continue a aumentar a porção da humanidade que cotidianamente morre de fome

(Sibilia, 2004; 69), cada vez mais enxergamos nosso próprio corpo como algo que podemos controlar, em nome de nossa satisfação pessoal.

O caso da anorexia parece problematizar ainda mais o autocontrole que nos é exigido, porque diz respeito a uma atitude deliberada pelo próprio indivíduo que, no entanto, é movida pelo desejo de atingir um modelo corporal que subverte a normalidade estética vigente. O problema do anoréxico é que ele, por não conseguir ver o modelo em si, acredita que há sempre mais por se fazer, mais gorduras para queima. Ademais, nesse caso, o indivíduo não necessariamente se encontra privado dos recursos que são disponibilizados pelo mercado para nossa satisfação. Além disso, ao adotar práticas e condutas que destoam dos valores culturais que orientam nossa construção e reelaboração corporal, ele termina por ter alguma responsabilidade pela sua condição, já que tem acesso aos recursos para o aperfeiçoamento de si mesmo e do seu corpo, ao contrário do que ocorre com os corpos da pobreza, cuja precariedade se justifica por fatores externos (desigualdades econômicas e sociais, por exemplo). Nesse caso, esses corpos retratam a situação de pessoas que pouco podem fazer por elas próprias, vítimas que são da situação de escassez que lhes impede de exercer sua vontade sobre si mesmas, enquanto no caso da anorexia o descontrole do corpo é visto simultaneamente como o descontrole do *self*. É nesse descontrole que encontramos o sentido da anormalidade que a cultura reserva ao corpo anoréxico, digno de piedade porque reflete a incapacidade do anoréxico de dominar seu corpo, permitindo, ao invés disso, que aquilo que ele percebe em sua corporeidade o leve a adotar práticas e condutas tidas como patológicas.

A nosso ver, isso tem uma relação estreita com o grande desvio que tem sido definido no contexto das práticas corporais contemporâneas, que é justamente a falta de controle sobre o próprio corpo. Não consumir, ou não consumir adequadamente para ele, reflete a impossibilidade de sermos sujeitos plenos, capazes de imprimir sobre nossa corporeidade a marca de nossa autonomia. É justamente esse domínio de si, o pleno exercício da vontade própria, que tanto os corpos anoréxicos quanto os corpos em condição de miséria parecem negar.

Argumentaremos que a ansiedade é um dado fundamental nesse trabalho de auto-afirmação via controle corporal e, portanto, da relação dessas pessoas com o seu corpo. Podemos sugerir, também, que ela é um elemento importante para compreendermos a forma como os indivíduos refletem sobre as informações e os recursos que são disponibilizados a respeito do corpo e como isso é convertido nas suas práticas corporais (ou, de modo mais específico, nas práticas cirúrgicas), enquanto tentativa de afirmação do *eu*.

As experiências que analisamos dizem respeito a um processo em que a administração do corpo é mediada por informações disponibilizadas pelo saber científico que, por conseguinte, devem ser assimiladas pelo indivíduo. Diante dos avanços técnicos e do conhecimento sobre nosso corpo a que temos acesso, somos levados a recusar a ideia de que nossa corporeidade é finita e faltante. De modo mais direto, não faz sentido conviver com um corpo precário quando se é possível colocar em prática o conhecimento que nos atravessa a partir dos avanços da biomedicina. Logo, ao mesmo tempo em se exige essa reflexividade, a sociedade estimula nossa ansiedade; ao mesmo tempo em que precisamos nos impor certas ponderações, somos fortemente incitados ao consumo. Consideraremos os casos de cirurgias cosméticas mal sucedidas, que não deram certo, como paradigmáticas dessa experiência contemporânea com a corporeidade.

A mídia é permeada de exemplos que ilustram bem essa constatação. Bruna Felisberto, Miss Rio Grande do Sul 2009, recebeu críticas severas em fóruns de discussão na internet sobre concurso de beleza devido ao resultado de suas cirurgias plásticas no nariz. “Ela exagerou, ela é obcecada” – disseram alguns. Ao expor seu problema na mídia, Bruna se disse insatisfeita com o resultado da primeira cirurgia, motivo pelo qual se submeteu a uma segunda intervenção que, de acordo com ela, agravou a situação. Alegou que inicialmente não pretendia se submeter à cirurgia, mas que, após ganhar o título de Miss, foi convencida por pessoas ligadas à organização do evento que sugeriram que mais oportunidades profissionais surgiriam após o “retoque” do nariz. Já havia se submetido a uma rinoplastia, a qual provocou uma deformação que, segundo ela, também lhe trouxe danos funcionais. Ela atribui o resultado negativo, sobretudo, ao médico que “mexeu demais” na estrutura. Recebeu o apoio de parte do público dos fóruns, porém muitos comentários apontavam sua responsabilidade

sobre sua própria situação. Bruna foi rotulada como compulsiva; sua cirurgia foi tida como desnecessária, por meio de afirmações segundo as quais “já era muito bonita; não precisava mexer mais no rosto”. No entanto, ela possivelmente também seria criticada se “relaxasse” nos cuidados, ao invés de excedê-los: se engordasse, se aparentasse rugas ou celulites, já que existem tantas soluções à disposição de quem deseja manter acesso o ideal de perfeição corporal (de qualquer forma, podemos perguntar: nesse contexto, quando se é bela ou saudável o suficiente?). Esse exemplo ilustra de modo claro a simultaneidade de estímulos e constrangimentos que envolvem o consumo das cirurgias cosméticas. Courtine (2009) também é enfático quanto a esse paradoxo:

“Essas modalidades pós-modernas de preocupação consigo, promovidas pelas lógicas da indústria da renovação corporal, tendem a universalizar-se. E há mais ainda: a cirurgia estética e a sua clientela *inventam* um sem-número de imperfeições à espera do bisturi, reescrevem a norma corporal injetando nela sem cessar novas ‘deformidades’. Como se espantar então que se tenha recentemente desenvolvido todo um conjunto de sofrimentos e sintomas, de patologias da imagem do corpo – dismorfobia², *Body Dysmorphic Disorder*, *Body Integrity Identity Disorder* -, que condenam o indivíduo, que julga seu corpo disforme, a uma procura incessante de intervenções cirúrgicas” (Courtine, 2009: 339).

Outro ilustrativo da relação paradoxal que exige a reflexividade de nossas práticas corporais ao mesmo tempo em que reforça nossa compulsão a elas pode ser percebido no consumo dos implantes de silicone. Vejamos: a tendência a valorizar os seios grandes como atributos de sensualidade poderia seguir a lógica de que “quanto maiores, mais atraentes”. No entanto, há limites para as práticas de implante de silicone que determinam o que é grotesco e até mesmo o que seria prejudicial à saúde, em função do tamanho dos seios, revelando que,

²No decorrer do trabalho, frequentemente faremos alusão a esse termo, definido por Ferreira (2008) como “uma síndrome psicopatológica que produz a não aceitação do próprio corpo” (Ferreira, 2008: 477) e que traduz uma preocupação com a aparência física que, por sua vez, ilustra um fenômeno reconhecido atualmente como uma categoria diagnóstica da psiquiatria, o Transtorno Dismorfbico Corporal (TDC). Ainda conforme o autor, esse transtorno diz respeito a “uma preocupação exagerada com um defeito mínimo ou imaginário na aparência física” que frequentemente conduz o portador a procurar um cirurgião plástico, solicitando solução cirúrgica para um defeito que julga ter (Idem, Ibidem: 477).

em alguma medida, tais ideais estéticos são contraditórios. Sheyla Hershey, modelo brasileira, polemizou ao aplicar nos seios uma quantidade de silicone muito além do considerado normal, de modo a serem considerados pela opinião pública como algo grotesco. Sheyla chegou a retirar as próteses em 2009, devido a uma gravidez. Tempos depois, decidiu recolocá-las. Na ocasião, foi acometida por uma infecção bacteriana. Muitos comentários reforçavam a responsabilidade da modelo pelo seu próprio drama, sobretudo por ela ter desafiado limitações e ter desrespeitado as “regras” do corpo. Seus implantes não faziam jus à harmonia estética porque eram tidos como excessivos, supérfluos. Para uma opinião geral, a modelo agiu com imprudência, (assim como ocorreu com Bruna, citada anteriormente), fazendo uso inadequado da técnica. Obviamente, conclusões como essas podem ser formuladas em vários outros campos da vida: “beber álcool sim; tornar-se alcoólatra, não”; “consumir, sim; comprar além do que pode pagar, não”. A questão, aqui, é que o descontrole se torna um problema moral, que diz respeito à capacidade que cada um deve exercer de se autocontrolar diante das perspectivas desterritorializadas do capitalismo.

Retomemos, agora, o argumento segundo o qual as experiências de intervenções cirúrgicas mal sucedidas de que falaremos estão relacionadas têm algo a nos dizer acerca da tríade responsabilidade individual – reflexão – ansiedade que marcam a construção dos corpos na contemporaneidade.

Os resultados estéticos dessas cirurgias revelam nas mutilações, cicatrizes, hematomas, necroses, e subvertem atributos de beleza culturalmente elaborados e instituídos, fazendo emergir na carne fundamentos de desordem, descontrole e impureza, ao mesmo tempo em que põem em questão a suposta ampliação das possibilidades do corpo a que elas se propõem. Mas, o que é mais importante para os nossos objetivos, esses resultados colocam como problema aquilo que deveria permanecer inquestionado: estamos mesmo no controle de nossos corpos e subjetividades?

Dizer que o corpo, em sua materialidade, é o principal espaço de inscrição do sujeito, traz uma série de questionamentos sobre os corpos cujos resultados da manipulação não correspondem às expectativas criadas antes da sua submissão à prática de transformação

estética. É o caso de se pensar sobre o que acontece quando uma cirurgia mal sucedida problematiza a relação entre o controle corporal e o domínio da subjetividade.

Do ponto de vista da experiência subjetiva, o malogro das cirurgias parece radicalizar o exercício de distanciamento mencionado anteriormente, quando nos referimos ao argumento de Simmel, e que é o fundamento de uma sociedade do autocontrole. Essa experiência rompe, de modo violento, com o projeto de integração com o próprio corpo, tal como pretendido por quem se submete a uma cirurgia desse tipo. Nesse sentido, o distanciamento radicalizado de si mesmo não advém do resultado negativo da cirurgia (na verdade, é anterior a ela), mas agora ele se torna cristalino. Os modelos e padrões culturais de beleza deixam de ser meramente alusivos e passam a demarcar, mais do que o distanciamento, a ruptura do indivíduo consigo mesmo, a impossibilidade (ao menos dentro desse modelo de subjetivação) do reconhecimento de si mesmo, o que corresponde a uma desabilitação do sujeito. No entanto, optamos por uma perspectiva que permite falar de novos sentidos criados a partir das vivências desses sujeitos *com* seu corpo. Assim, nosso estudo concentrou-se na experiência corporal de pessoas que passaram pelo processo de cirurgia cosmética mal sucedida.

A partir da descrição do vivido pelo indivíduo mutilado e/ou deformado, buscamos compreender os significados que atribuí às suas práticas, bem como o processo de re-significação e re-simbolização do corpo por ele realizado. E, pertinente a isso, o estudo concentra-se na vivência e na readaptação desses corpos pós-cirúrgicos no mundo.

No primeiro capítulo, intitulado “Cirurgias Cosméticas e Gestão dos Corpos”, pretendemos um breve resgate histórico das cirurgias plásticas, inclusive na tentativa de situar o contexto de legitimação científica da cirurgia estética. Contudo, nosso principal objetivo, nessa passagem, foi compreender em que sentido os avanços dessa prática tem colocado o corpo como objeto de intervenção e também de reflexão individual: os próprios modos de operacionalização do corpo propostos por ela tem contribuído para legitimar a necessidade do sujeito contemporâneo de perseguir e controlar cada parte do seu corpo tido como desfavorável. O fato é que essa legitimação suscita um problema psicossocial. E se, como

dissemos acima, a ansiedade tem se firmado como um dado fundamental da nossa relação com nossa corporeidade, isso tem algo a ver com a representação do corpo ao qual o desenvolvimento dessas cirurgias está atrelado: a cada avanço da técnica, mais detalhes podem e *devem* ser corrigidos e aperfeiçoados. Assim, buscamos perceber a relação entre os discursos e práticas envolvidos na manipulação do corpo realizada pelas cirurgias estéticas e o fortalecimento de uma moral da responsabilidade individual sobre o corpo a ser aperfeiçoado. Conseqüentemente, esse momento também se revelará propício para tratarmos do contexto social mais amplo no qual as práticas corporais aqui analisadas são engendradas.

Mediante as delineações que aparecem no capítulo anterior, tratamos, no capítulo *Pistas Teóricas Sobre as Experiências dos Corpos Pós-Cirúrgicos*, do nosso referencial teórico, reconhecendo, no entanto, que as questões sobre corpo e subjetividade aí levantadas podem ser abordadas sob outras perspectivas. É preciso dizer que nosso trabalho envolveu momentos analíticos mais estruturais, mas que nossa análise não se realizou apenas sob tal orientação, uma vez que estivemos particularmente interessados nas formas de interiorização e também de adequação e produção de significados por parte do indivíduo. E, - o que é mais importante - embora entendamos as referidas práticas cosméticas enquanto efeito de uma ansiedade que é culturalmente engendrada, nos concentramos naquilo que os informantes dizem a respeito da sua experiência corporal da mutilação e/ou deformação, e, nesse sentido, do que é experimentado pelo seu corpo (sofrimento físico, reações orgânicas etc.). Logo, nosso trabalho foi preponderantemente orientado por preocupações e enfoques que nos levaram a optar pela teoria fenomenológica, mais especificamente a de Merleau-Ponty, e por outras contribuições sob essa inspiração.

No terceiro capítulo, *Considerações Metodológicas*, tratamos dos procedimentos metodológicos utilizados. Foi a ocasião da apresentação do trabalho de campo, bem como da descrição das técnicas e métodos adotados, dificuldades e soluções encontradas, o perfil dos informantes, os locais visitados, as interações entre pesquisadora e informante. Nesse capítulo, falamos da inspiração da nossa pesquisa no método fenomenológico de base merleau-pontyneana, o qual, seguindo o modelo de Moreira & Cavalcante Junior (2008),

buscamos aliar ao uso de dados complementares como forma de ampliar o entendimento sobre o cenário cultural no qual as experiências de cirurgias mal sucedidas são geradas.

O quarto capítulo, “Memórias da Carne”, foi dedicado à análise mais aprofundada de todo o material coletado durante a investigação, e em que foram apresentados os resultados do trabalho de campo. À luz do norte teórico adotado, buscamos compreender os significados e os sentidos que os informantes atribuem ao corpo alterado pela prática cirúrgica. Embora desejássemos compreender a reorientação desses corpos no mundo a partir da sua experiência da cirurgia mal sucedida, priorizando, portanto, suas narrativas a respeito da vivência da mutilação e/ou deformação, não deixamos de perceber a trajetória de seu corpo a que eles se referem em suas falas: entendemos, a partir dela, como sua experiência particular pode ser localizada no cenário de ansiedade que caracteriza o contexto mais amplo das técnicas cosméticas atuais. Ao buscarmos a redefinição dos sentidos e dos significados a partir da experiência vivida com o corpo, tratamos de um tipo de saber prático que difere, portanto, do saber *sobre* o corpo que é característico dos modos de subjetivação enaltecidos na cultura do consumo das práticas contemporâneas.

Por fim, o capítulo das considerações finais, em que tentamos trazer algumas contribuições para um diálogo sobre relações de poder e o aprisionamento do corpo do outro quando um detalhe seu torna-se a qualidade ética que determina suas oportunidades. Não se pretendeu uma generalização do tema em questão, mas sim uma contribuição por meio de elementos suscitadores de outras reflexões.

Capítulo 1. Cirurgia Plástica e Gestão dos Corpos

Os relatos de Martire Júnior (2005) sugerem que a técnica da cirurgia plástica floresceu na Índia e na China já por volta do segundo milênio a.C. No caso da Índia, o desenvolvimento da prática foi facilitado pela permissão de práticas anatômicas, bem como pelo hábito cultural de realizar mutilações para estigmatizar os adúlteros e vencidos nos embates. Eram frequentes as amputações nasais, auriculares e até mesmo genitais. Sushuta, considerado o pai da cirurgia hindu, desenvolveu uma série de instrumentos e técnicas cirúrgicas, inclusive de reconstrução nasal de pessoas mutiladas ou acidentadas. Mas o que interessa saber é sob quais condições a cirurgia plástica firmou-se como prática legitimada e aceita, e também, quando se tornou uma preocupação médica voltada para a reeducação dos corpos (Courtine, 2009). Afinal, por muito tempo foi considerada, pela tradição ocidental, uma atividade satânica, uma vez que contrariava a vontade divina, por alterar o destino das pessoas: no século XIII, o papa Inocêncio III proibiu sua prática, fazendo com que ficasse estagnada por vários séculos (Poltronieri, 2005: 17).

Ainda de acordo com Poltronieri, o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas ganha um forte impulso no cenário do Renascimento, quando surge a necessidade de registrar e sistematizar todos os conhecimentos adquiridos pelo homem. Com a perda gradual do poder da Igreja, a cirurgia plástica, cujo desenvolvimento aparece diretamente ligado ao da Medicina, passa a ter maior aceitação. O aumento dos cuidados de assepsia e o emprego de substâncias antisépticas foram de suma importância para que, gradualmente, a prática passasse a ser bem vista pelas autoridades e entendida pela população como uma prática segura (Idem, *Ibidem*: 18). De todo modo, desde quando utilizava as técnicas mais rudimentares, a cirurgia plástica já sinalizava o interesse pelas “coisas da carne”, o desejo de superar sua precariedade, motivo pelo qual já foi, ao longo de sua história, combatida por toda sorte de doutrinas de valorização das coisas extraterrenas.

É válido ressaltar que o direcionamento da cirurgia plástica para as coisas do corpo, embora subversivo de certos preceitos religiosos, também envolve questões morais internas: a esse respeito, Poli Neto & Caponi nos lembram que, durante muito tempo, a cirurgia para fins meramente estéticos foi considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões.

Em determinados momentos históricos, a cirurgia plástica exerceu a função de reconstruir a aparência dos soldados feridos. Nesse sentido, se configurou como um meio de ajuste dos mutilados que voltaram da guerra à sociedade civil (Haiken *Apud* Edmonds, 2002). Esse período é, também, o da ampliação do aprendizado cirúrgico. O desenvolvimento das próteses, por exemplo, aparece como algo marcante nesse sentido.

De acordo com Courtine (2009), o período entre as duas grandes guerras inaugurou uma nova percepção acerca do mutilado. A visão da experiência da amputação e o espetáculo do corpo desmembrado inscreveram, em escala inédita, a vulnerabilidade do corpo no coração da cultura do século XX. As vanguardas estéticas modernistas são testemunhas desta ferida, como nos mostra Moraes (2002). Essa realidade constituiu um terreno fértil para uma cultura médica e social da reparação, de modo que a deficiência passa a ser reconhecida como algo que se deve compensar. Tem-se, assim,

“o desenvolvimento de uma medicina restauradora e assistencial [que] teria levado a cabo a volta à comunidade dos humanos daqueles que haviam sido excluídos tanto tempo dela. (...) Vai desenvolver-se um discurso de assistência que impõe a necessidade de uma reparação, o reconhecimento de uma responsabilidade e de uma solidariedade coletivas e o recurso ao Estado, cujo envolvimento cresce no decorrer da década de 1920 através de um conjunto de medidas de integração, de reclassificação e de reeducação” (Courtine, 2009: 305).

Courtine argumenta que essa mudança se faz, sobretudo, pela ruptura com uma cultura visual de massa marcada pela exibição da deformidade humana em espetáculos dos parques de diversão e dos museus de curiosidades do século XIX. A visibilidade do corpo mutilado foi o elemento central dessa transformação nos modos de percepção, uma vez que, com a

volta dos mutilados da guerra à cena da sociedade, passa a existir um vínculo de identificação do espectador com o objeto da exibição. Arriscamos dizer que essa mudança perceptiva se deu a partir de uma espécie de dívida social mediante o reconhecimento do papel desempenhado pelos combatentes, o que, por sua vez, exigiu uma reflexão acerca *do que fazer com tais corpos*. Courtine também nos diz algo a esse respeito:

“a sociedade reconhece sua dívida para com a pessoa que pagou o pesado tributo de seu corpo pela substituição protética do membro amputado e a reintegração social no lugar perdido” (Idem, *Ibidem*: 305).

Há, nesse sentido, uma mudança fundamental no modo de lidar com as deficiências e anomalias. A cirurgia plástica se configurou como instrumento de estímulo da *reclassificação* da deformidade, assegurando o trânsito desses corpos. E, de algum modo, isso dá coerência ao argumento de Feenberg (2001) sobre a flexibilidade do sistema técnico em adaptar-se a certas demandas sociais.

No entanto, é a partir do pós-guerra, quando os ideais de beleza passam a ser, mais intensamente, alvo do interesse econômico, que a cirurgia plástica ganha novos adeptos, para além dos mutilados ou acidentados. No caso brasileiro, a partir dos anos 50, a história do embelezamento se vê permeada pela modernização das técnicas de produção de cosméticos e perfumes, com ampliação do mercado de produtos industrializados ligados ao conforto e as cuidados corporais, localizando a beleza numa esfera pessoal e cotidiana.

Creemos que esse novo investimento econômico sobre o corpo esteve, de modo geral, intimamente relacionado aos valores difundidos no processo de modernização e urbanização então efervescentes, que nos parecem ter sido, principalmente, o da agilidade, praticidade, limpeza, funcionalidade. Esses valores também estavam ligados a um novo estilo de vida, e, portanto, eles se constituíram como os pilares do modelo de individualização e subjetivação que se solidificava cada vez mais. Ao mesmo tempo, eles exigiam uma nova forma de apresentação corporal. A necessidade de refletir o estado de espírito através do corpo

inaugurou uma forma de objetivação bastante favorável para a trajetória das práticas corporais que desembocou nas possibilidades de transformação estética possibilitada e estimulada em nossa sociedade narcísica. Ao mesmo tempo, isso nos leva a considerar o argumento de Ory (2009), segundo o qual, uma das explicações principais para os progressos da cirurgia estética, tanto em termos técnicos quanto de visibilidade social, foi a progressiva exibição dos corpos, sobretudo do corpo feminino. Nesse sentido, o autor acrescenta que a cirurgia plástica não seria simplesmente resultado dos experimentos e dos progressos da cirurgia reparadora da Grande Guerra. Sua grande difusão estaria atrelada, sobretudo, a um momento específico da história das descobertas do corpo, as quais, segundo Sant'Anna, sempre está relacionada aos receios e sonhos de cada época, cultura e grupo social (Sant'Anna *Apud* Ribeiro, 2003: 13), e é sob essa lógica que Ory procura justificar o fato de a cirurgia plástica já possuir, desde 1907, nos Estados Unidos, um significado social específico:

“Não é casual se a modelagem plástica se populariza, efetivamente, em primeiro lugar nesse país: não porque tivesse sido particularmente atingido pela guerra, mas por se achar, muito pelo contrário, mergulhado antes dos demais nas angústias da prosperidade moderna, mensurável em termos de nível de vida e, sobretudo, do individualismo conquistador e de espetacularização (imprensa ilustrada, cinema e todas as formas de show)” (Ory, 2009: 167).

A estética cinematográfica, por exemplo, teve um importante papel na difusão dos novos valores. O cinema americano foi responsável por veicular imagens femininas que expressavam um novo estilo de vida, o que, por sua vez, exerceu um impacto decisivo no comportamento e na conduta da sociedade da época. Assim, a sensualidade das atrizes americanas reforçava ideais como juventude, leveza e bem-estar, associados à nova mentalidade, substituindo as imagens das matronas pesadas e vestidas de negro que, até o século XIX, enfeitavam álbuns de família e retratos a óleo, nas salas de jantar das casas patricias (Del Priore, 2000: 75).

Ao mesmo tempo, o *ethos* dessa modernização permitiu que fosse estabelecida uma associação entre a ideia de modernização, a aparência física e o bem-estar pessoal, que, por

sua vez, teve algo a ver com a configuração do cenário caracterizado por tecnologias inovadoras de formação dos corpos e da subjetividade (Campos, Lira & Mélo, 2004) em que se firmou o sentido atual do consumo da cirurgia plástica. É importante mencionar que esse também foi o cenário que propiciou a legitimação de empreendimentos para a superação dos limites do corpo como os realizados pela engenharia genética, por exemplo. Mas foi, acima de tudo, o espaço de florescimento da relação inextricável entre as novas tecnologias e os projetos de vida do indivíduo. Por sua grande capacidade de manipular e alterar o corpo, o consumo da cirurgia plástica revelou-se, desse modo, totalmente disponível à necessidade de reelaboração constante do corpo e do *eu* em busca do bem-estar. Assim, cada inovação desse segmento da medicina significa que o corpo pode ter ainda mais sua maleabilidade explorada a serviço do indivíduo: à medida que essas técnicas cirúrgicas promovem a plasticidade do corpo, elas colocam as identidades como igualmente flexíveis.

Como analisa Le Breton, a cirurgia estética consiste numa *operação simbólica imediata* que se baseia em uma fantasia de domínio de si do cliente e na urgência do resultado para modificar uma característica do corpo percebida como obstáculo a esse domínio (Le Breton, 2003: 47). De fato, os resultados desse trabalho corporal são tidos como mais rápidos em relação a outros³, ao mesmo tempo em que revelam sua eficácia em corrigir problemas que, por outras estratégias, não conseguiriam (por exemplo, quando a prática da musculação não resolveria o problema do “excesso de pele” ou das estrias, marcas do pós-parto). A velocidade dessas transformações permite justamente que o paciente se adeque com maior facilidade às exigências dos padrões estéticos e da representação do corpo legitimada no contexto sociocultural mais amplo.

³ Isso aparece de modo bastante claro em falas como a de um informante entrevistado por Leal et al.: “Eu tenho uma amiga que fala assim: ‘e eu vou lá ficar morrendo, suando em academia, eu não, surgiu uma gordurinha, eu vou lá e digo ‘tire aqui, doutor’” (Leal et al., 2010: 82).

Não é difícil, portanto, entender o motivo pelo qual a cirurgia cosmética se firmou como um trabalho corporal adequado ao jogo incessante de subjetivação que vivemos na contemporaneidade. As próprias variações do seu consumo sugerem essa relação entre a exploração da plasticidade do corpo e a tentativa do indivíduo de sobrepor-se ao seu corpo, revelando ou disfarçando características que digam algo a seu respeito, segundo seu desejo.

Gostaríamos, agora, de fazer algumas considerações acerca dos usos atuais da cirurgia plástica, nos utilizando, inclusive, dos resultados trazidos pela pesquisa do Instituto Datafolha sobre as cirurgias realizadas no Brasil entre setembro de 2007 e agosto de 2008. No caso das cirurgias estéticas, as mais procuradas foram: aumento de mama (21%); lipoaspiração – retirada de excesso de gordura do abdômen, quadris, coxas, pescoço etc. (20%), abdominoplastia – plástica no abdômen (15%); redução de mama (12%); blefaroplastia – plástica nas pálpebras (9%); rinoplastia – plástica no nariz (7%); e plástica de face (7%)⁴. cremos que, para além de dados estatísticos, e para além de considerá-las a partir de variações culturais da forma de lidar com a corporeidade, essas informações podem nos sugerir o quanto a cirurgia plástica é capaz de realizar um modo de operacionalização do corpo que faz com que cada uma de suas partes tenha determinada prioridade no trabalho de afirmação do indivíduo. Por exemplo, um levantamento anterior, realizado em 2004, pela SBPCP (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica), mostrava que o número de lipoaspirações era maior que o das cirurgias de mama. Tem-se, assim, uma alternância na definição do detalhe corporal que “está em voga”, ou seja, que deve ser alvo de concentração e de investimento, sob pena de não ser um “ruído” do todo corporal capaz de ameaçar a plenitude do sujeito.

⁴ Dados da pesquisa disponíveis em < <http://www.info-cirurgiaplastica.com/2009/06/pesquisa-datafolha-sobre-cirurgia.html>> Acesso em 15 de abril de 2011.

1.1. Cirurgia Plástica e Fragmentação do Corpo

Podemos dizer que as variações de que tratamos há pouco nos sugerem alguma analogia entre a operacionalização do corpo realizada pelas cirurgias estéticas e o corpo-máquina da perspectiva cartesiana e sua descrição objetivante do corpo. O corpo enquanto máquina é essa soma das partes diversas e enumeráveis (rosto, mãos, braços) que está susceptível a desgastes: “Na perspectiva de Descartes, a morte se assemelha à pane ou desregramento da máquina” (Guenancia, 2006: 81). De modo parecido, a cirurgia plástica se prontifica a manter a boa performance da “máquina corporal” se concentrando em suas partes específicas, evitando ou reparando as panes de cada uma. Nesse caso, os órgãos e funções corporais são potencialmente substituíveis por meio da intervenção (Le Breton, 2003: 18). Podemos perceber tudo isso no que é considerado um indício do avanço dessas técnicas: a “oportunidade” crescente do indivíduo de agir sobre as mais diversas partes do corpo para aperfeiçoá-las. E, à medida que quase nenhum detalhe de nossa corporeidade parece capaz de resistir aos efeitos dessas práticas, elas têm se afirmado como um excelente recurso para o exercício da “administração de si”, e para o projeto de um “eu” disposto a se reelaborar em busca da sua satisfação.

Não nos parece descabido dizer que essa possibilidade de intervir sobre as diversas partes do corpo nos parece ter alguma relação com a reificação do corpo inaugurada pela medicina e pela anatomia modernas e seu empenho em busca de um conhecimento produzido pelo controle da corporeidade. A nosso ver, o desenvolvimento das cirurgias cosméticas se apropria dessa lógica de uma forma bem específica: quanto mais o corpo é revelado e explorado, mais fortemente se dá à intervenção e ao controle, e percebemos isso claramente em cada inovação da cirurgia cosmética que parece promover a luta contra a precariedade do corpo, em cada vez mais detalhes seus. Em suma, a cada avanço técnico se cria a possibilidade de melhoramento de mais uma região do corpo; à medida que são realizadas novas descobertas nas técnicas, nos aparelhos e nos métodos, mais simples se torna

operacionalizar cada parte do corpo, com “cortes pequenos, cicatrização perfeita, dores minimizadas e eficácia” (Ribeiro, 2003: 1).

Aliada a um conhecimento cada vez mais aprofundado a respeito do corpo a que se dispõe a transformar, a cirurgia plástica tem reafirmado sua eficácia em realizar os anseios do sujeito cada vez mais comprometido em prevenir ou corrigir a precariedade de seu corpo em seus pormenores. A questão é que, ao mesmo tempo, sua difusão estimula novas angústias que, no entanto, se figuram como novos desejos. É assim que, no cenário do consumo atual, cada nova modalidade da cirurgia traz consigo um novo ponto de insatisfação estética e, por consequência, o compromisso com mais um detalhe do corpo. E, novamente, ela se coloca como possibilidade de sanar aquilo que o próprio saber que a fundamenta define como algo problemático.

Percebemos, nesse contexto, a complexidade que é, talvez, a principal marca da experiência fenomenológica da pessoa que vivencia o mal estar estético como o revelado no consumo das cirurgias: não se trata de um detalhe do corpo que se desmembra do conjunto corporal; ao contrário, a experiência do “corpo total” é, simultaneamente, a experiência desse detalhe. Na verdade, esse detalhe organiza o todo corporal. A proposta trazida pela cirurgia é justamente a de que essa simultaneidade deixe de ocorrer, ou seja, de que o detalhe deixe de falar em nome do todo. O discurso que estimula o seu consumo parece dizer que não há sentido em se permitir que um detalhe “roube” tudo aquilo que se pode viver em função do corpo inteiro. Ou, “você não precisa se desfazer de seu corpo, mas sim desse detalhe que lhe aflige”, dessa ferida que parece deglutir a totalidade do corpo.

Tem-se, então, uma percepção articulada da corporeidade que em nada lembra a concepção pontyneana do corpo enquanto uma “potência indivisa” (Merleau-Ponty, 2006b:121). A perspectiva do corpo em seus detalhes rompe, assim, com aquilo que Merleau-Ponty entende como o modo de unidade, o que nos é ensinado pela experiência corporal. Da mesma forma, a instrumentalização do corpo destoa de um enunciado básico da sua

fenomenologia: “Eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes sou meu corpo” (Idem, *Ibidem*: 208). E, se isso é verdade, poderíamos ainda perguntar como é possível a experiência fenomenológica do corpo que nos propiciam as tecnologias contemporâneas de transformação corporal e, em particular, as cirurgias estéticas?

Por tudo que foi exposto até agora, podemos perceber que a cirurgia plástica extrapola a função inicial de “resgatar” os corpos mutilados, ao mesmo tempo em se alia a uma indústria e uma ideologia alimentadas por fantasias de reorganização, transformação e correção; uma ideologia de melhorias sem limites que desafia “a historicidade, a mortalidade e, de fato, a própria materialidade do corpo” (Negrin, 2000: 36). Quanto mais se explora o corpo, mas se cultiva o desejo de desafiá-lo – desejo esse legitimado, principalmente, pelo saber médico e científico que tem dado uma ênfase cada vez maior à plasticidade do corpo como algo susceptível às nossas vontades e exigências. Essa parece ser a lógica do consumo das cirurgias estéticas no cenário atual, e essa parece ser também a origem de grande parte das nossas inquietações perante a finitude do nosso corpo: diante dessas possibilidades, não mais podemos nos sentir à vontade para aceitá-la.

1.2. Cirurgia Plástica, Beleza e Ansiedade

A nova realidade da cirurgia tem relação direta com a afirmação de uma Medicina da Beleza (Poli Neto & Caponi, 2007), pela qual se estabelece um vínculo fundamental entre a beleza física e a racionalidade que passa a reger tal prática cirúrgica:

“Não é privilégio da nossa época ter a medicina e suas práticas médicas associadas à beleza. Contudo, em nenhuma outra época o saber médico e o seu discurso tiveram uma relação tão simbiótica com as práticas estéticas” (Leal et al., 2010: 81).

De acordo com Poli Neto & Caponi, a supervalorização da aparência física que movimenta o consumo das cirurgias cosméticas tem se refletido numa “medicalização da

aparência”, ou seja, a assimilação (que envolve uma captura e uma transformação) de anomalias e variações associadas à aparência física pela racionalidade biomédica. Esse olhar clínico voltado para a beleza aparece expressamente na definição da ASPS (American Society for Plastic Surgeons) citada pelos autores:

“a cirurgia plástica estética é realizada para dar uma nova forma a *estruturas normais*⁵ do corpo com o objetivo de melhorar a aparência do paciente e sua auto-estima”.

De fato, como já sugerimos, o campo da medicina que contribuiu para a legitimação da cirurgia cosmética o fez justamente ao formular, na estética corporal, bem como em torno da própria plasticidade do corpo⁶, “novas patologias”, estabelecendo critérios de normalidade e anormalidade em função de padrões de beleza. Assim, o consumo atual das cirurgias não se explica por si só, mas também ao trabalho de uma medicina voltada a elaborar saberes e práticas que validam ou não as nossas intervenções sobre o corpo. Nesse sentido, podemos nos perguntar: o que faz com que um abdômen flácido se constitua como preocupação dessa medicina? É na “patologização da feiúra” que encontramos os primeiros elementos para tratar dessa questão.

Faz-se pertinente, agora, a menção à tradicional divisão da cirurgia plástica em reparadora (cuja finalidade é, fundamentalmente, tratar certos “defeitos congênitos” e sequelas físicas provocadas por acidentes, bem como por tumores, queimaduras, dentre

⁵ Grifo nosso.

⁶ Quanto a isso, pode-se dizer que a cirurgia plástica é um recurso para integrar ou excluir um traço físico particular, vivido sob o signo do “em excesso” ou do “excessivamente pouco” (Mieli, 2002), ou seja, há sempre cuidados a serem observados na “trajetória do corpo” refletida, sobretudo, na pele. Rugas desaparecem, seios são aumentados ou diminuídos, mas a transformação do corpo sempre é orientada por limites (William & Bendelow, 1998: 80).

outros) e estética (com fins de embelezamento⁷). Essa referência é importante porque faz parte da trajetória de desenvolvimento da própria cirurgia plástica. Segundo Poltronieri, a ênfase da modalidade estética é, sobretudo, pessoal, uma vez que diz respeito a uma escolha do indivíduo que “não apresenta qualquer deformidade aparente”, mas deseja retirar alguma qualidade que considere próxima do “feio”, “rugoso” ou “áspero”, ou “acrescentar itens de simetria, suavidade, harmonia ou leveza” (Poltronieri, 1995: 15). Nesse sentido, é o próprio indivíduo que define qual o mal estar que lhe acomete. O “autodiagnóstico” é feito a partir de uma série de considerações: a autopercepção, o olhar lançado pelo outro, a percepção alheia (Gómez, 2003). Para Ory (2009), a cirurgia estética não responde a nenhuma outra demanda a não ser a psíquica, mesmo que estejam associadas a pressões culturais as mais diversas.

Primeiramente, gostaríamos de dizer que, a nosso ver, essa divisão é bastante tênue. Mas, continuemos a tratar dessas possíveis diferenciações: ainda que a opção pela cirurgia reparadora também envolva uma decisão pessoal, esta aparece mais explicitamente ligada ao caso das cirurgias cosméticas, em que não há, necessariamente, uma justificativa explícita para o seu consumo, como ocorre nos casos das cirurgias reparadoras (o que não significa dizer que, nesses últimos casos, não haja uma ansiedade pelos resultados). Melhor dizendo, no caso das cirurgias estéticas, a justificativa não se produz em termos da identificação de uma patologia ou de um comprometimento da funcionalidade corporal. Sua legitimação é a própria busca da beleza numa realidade altamente estetizada. Por outro lado, o que parece caracterizar a submissão às cirurgias de reparação é que a justificativa vem, inclusive, “de fora”, e se refere à administração do corpo do indivíduo que não é necessariamente responsável pela situação de seu corpo. Um exemplo muito claro disso é o modo como elas têm aparecido atreladas a questões cruciais de nossa sociedade, e relacionadas a casos em que a necessidade de reconstrução do corpo é legitimada como “verdadeiramente necessária”. Por exemplo, em maio de 2010, vítimas de acidentes em embarcações nas regiões ribeirinhas do

⁷ Embora consideremos essa separação um tanto problemática, como mostraremos adiante, é a prática da cirurgia plástica estética que constitui, por definição, o nosso tema de interesse.

Pará foram submetidas a cirurgias plásticas, por meio do Projeto da Defensoria Pública da União (DPU) pela Erradicação do Escalpelamento, em parceria com a Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica:

“Foram feitos implantes de cabelos e de supercílios, reconstrução de orelhas e pálpebras, colocação de expansores e até mesmo uma tatuagem (contribuição de uma tatuadora) sob supervisão médica”⁸.

Contudo, a nosso ver, o dado estético e o dado da funcionalidade que justificaria a cirurgia não aparecem desvinculados por completo, nesse caso. Há, nesse exemplo, uma série de perdas que poderíamos entender como estéticas ou funcionais: um implante de supercílio repararia, de fato, a sua função para o globo ocular. Implantes de cabelo, por outro lado, não necessariamente nos falam de uma funcionalidade recuperada (em nossa cultura, a calvície parece se aproximar bem mais de uma preocupação estética, embora possa se entender a função do cabelo de proteger o couro cabeludo, por exemplo). Ademais, podemos entender, também, que há um dado de funcionamento que deponde da estética e que pode ser aplicado aos casos acima: sentir-se bem esteticamente estimula o indivíduo a executar melhor suas tarefas cotidianas. Nos casos acima, parece-nos que é essa política de bem estar coletivo que orienta os investimentos na cirurgia.

Do mesmo modo, podemos falar de um exemplo em que a busca pela melhoria estética é legitimada pelos mesmos critérios que justificam a necessidade de uma cirurgia reparadora. Esse exemplo diz respeito ao projeto aprovado pela Câmara dos Deputados, em 2009, que obriga o Serviço Único de Saúde (SUS) a oferecer cirurgias plásticas para mulheres que sofreram lesões ou sequelas em decorrência de agressão física, sendo o benefício oferecido às vítimas que apresentarem o boletim de ocorrência da agressão⁹.

⁸ Fonte: <http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2182942/vitimas-de-escalpelamento-passam-por-cirurgia-plastica-no-para>

⁹ Fonte: Site da Câmara dos Deputados
<http://www2.camara.gov.br/internet/homeagencia/materias.html?pk=132834>

Outro exemplo é o da Cirurgia Oncoplástica, técnica de reconstrução da mama após a cirurgia de retirada de câncer, ainda não muito difundido no Brasil, segundo especialistas, mas que revela que o crescimento da cirurgia plástica está vinculado, inclusive, ao seu diálogo com outras áreas da medicina. Nesse caso, funcionalidade e questão estética também se misturam:

“Uma das grandes vaidades da mulher reside nos seios, pois eles simbolizam tanto o *lado sensual* quanto o *maternal* – eles estão fortemente associados com a feminilidade. No entanto, o diagnóstico de câncer de mama associado à necessidade de remoção de partes da mama ou da remoção completa de uma das duas, causa uma grande fragilidade emocional e alterações físicas visíveis, afetando fortemente a auto-estima feminina. Hoje, entretanto, o contínuo avanço da medicina e um maior intercâmbio de informações entre o mastologista e o cirurgião plástico têm promovido um planejamento plástico pré-operatório muito significativo em favorecimento no resultado estético final para a paciente, com a criação de um tipo específico de procedimento: a Cirurgia Oncoplástica¹⁰”.

Portanto, em termos práticos, torna-se difícil esclarecer essas fronteiras. O disfuncional também envolve critérios de beleza. Além disso, num outro extremo, um defeito congênito ou uma desfiguração em decorrência de um acidente, que justificariam uma cirurgia reparadora, também podem ser a origem de um desejo pessoal de se submeter a uma cirurgia em nome do bem estar e da busca por um corpo harmônico, tal como aparece na descrição de Poltronieri acerca da cirurgia com fins estéticos. Ou seja, não necessariamente se exclui a intenção do indivíduo de sentir-se belo.

Contudo, podemos perceber alguma similitude entre as cirurgias estéticas e as reparadoras: em ambas as práticas, o corpo se encontra em meio a uma miscelânea de características inatas e adquiridas, já que a própria cirurgia plástica, matriz dessa divisão, realiza uma *reconfiguração artificial* de distintas partes do corpo (Pitanguy, 1992).

Pensemos, então, no consumo das cirurgias estéticas (que é o que nos interessa agora) a partir da ideia de decisão pessoal a que tem sido tão associada. Podemos dizer que, nesse

¹⁰ Fonte: <http://grupomamacancer.wordpress.com/2009/09/13/cirurgia-oncoplastica-ajuda-a-restaurar-seio-apos-cancer-mamario/>

caso, não se trata apenas de reparar um defeito já instalado: esse cenário é também um quadro de estímulo à *prevenção* da perecibilidade corporal, ou seja, da evitação de certas evidências da precariedade do corpo. É nesse sentido que a legitimação da cirurgia estética passa a ser um problema psicossocial. Essas cirurgias se desenvolvem, assim, num espaço de maior abertura para agirmos sobre nossa corporeidade. A grande questão é que isso se traduz, também, como uma forma sutil de interferência sobre nossas experiências com o nosso corpo.

O discurso da segurança da técnica tem sido imprescindível nesse cenário, ao sugerir que o maior conhecimento a respeito do corpo permite uma garantia maior de bons resultados. A questão é que parte desse conhecimento tem circulado facilmente, no sentido de que é facilmente acessado pelo indivíduo que deseja se submeter ao procedimento. Basta lembrarmos do grande montante de matérias televisivas e de revistas especializadas e não-especializadas produzidas em torno da prática, enfatizando e debatendo os riscos envolvidos, bem como as precauções a serem tomadas para se alcançar efeitos satisfatórios. A decisão pessoal pela cirurgia requer, então, que o indivíduo assimile, gerencie e utilize esse conhecimento disponibilizado. Contudo, os casos que analisaremos revelam um exercício de reflexividade fortemente marcado interferido pela ansiedade em dominar o corpo. Logo, ainda que esse trabalho de subjetividade conte com o aparato do saber técnico e científico, os casos estudados não deixam de revelar que o consumo desse conhecimento tem sido estimulado de um modo a aumentar a ansiedade do indivíduo de se afirmar como aquele sujeito que exerce controle cabal sobre o corpo. Por conseguinte, a ideia de escolha pessoal que tem sido enaltecida no consumo dessas cirurgias envolve um paradoxo de que já tratamos em outro momento: a sociedade estimula um exercício eficiente de reflexividade acerca de nosso corpo, mas, ao mesmo tempo, estimula a angústia com que lidamos com ele. Esse elemento de ansiedade faz com que o sujeito, mesmo com acesso a essas informações, não consegue refletir de uma forma tida como adequada. De tal modo, a pretensa decisão pessoal que conta com o saber científico oculta, na verdade, certas angústias que, por sua vez, movem o consumo das cirurgias cosméticas. Veremos, então, em que sentido essa ansiedade tem sido estimulada pela própria exploração da plasticidade e da maleabilidade do corpo realizada por

essas intervenções, e que a configuração destas últimas é concomitante às intensas transformações dos modos de perceber, se relacionar com e alterar o corpo. Por fim, o sentido da manipulação do corpo realizada por meio delas nos parece algo específico dentro da trajetória da própria cirurgia plástica.

A diferenciação realizada no campo da jurisprudência também enfatiza a decisão pessoal como característica marcante da cirurgia estética, ao argumentar que, no contanto estabelecido entre cirurgião e paciente, a cirurgia plástica estética se caracteriza pelo médico se comprometer com uma *obrigação de resultado*, ou seja, com um resultado previamente buscado pelo paciente e assumido pelo médico, enquanto no caso da cirurgia plástica reparadora, o compromisso do cirurgião plástico com o paciente se dá através de uma *obrigação de meios*. A cirurgia plástica estética é inclusive tida como exceção em relação a outras práticas médicas, cujo compromisso é com os procedimentos, e não com os resultados. Num artigo sobre erro médico e cirurgia plástica, Souza (2005) aprofunda os critérios dessa separação:

“Na *obrigação de meios*, o contratado [no caso, o cirurgião], se obriga a utilizar os meios adequados para realizar sua tarefa – o comportamento do profissional, tecnicamente falando, o agir propriamente dito, é que é englobado na relação jurídica – cumprindo com a obrigação aquele que se obrigou se, na relação profissional que se processou, comportou-se de maneira adequada, compatível com o que foi contratado. Ou seja, agiu com diligência, prudência e perícia – técnica adequada ao ‘estado da arte’ naquele determinado local e momento. *Não há o compromisso de curar, mas de atuar em conformidade com as regras e os métodos da profissão*. Deve envidar todos os esforços para alcançar a cura do paciente. Assim fazendo cumpriu a sua obrigação contratual. Na *obrigação de resultado*, o compromisso é de realizar um determinado ato com o paciente para obter um resultado preciso. Nessa obrigação, dentro da relação jurídica, se encontra a necessidade de obter um resultado específico, determinado, sendo esse devido pelo obrigado – o cirurgião plástico – ao paciente que o contratou. Só estará cumprida a obrigação contratual se alcançar aquele resultado especificamente contratado” (Souza, 2005).

Desse modo,

“a cirurgia plástica estética se caracteriza por, nesse contrato, o médico se comprometer com uma obrigação de resultado; é assim que pensam a doutrina e jurisprudência brasileiras, majoritariamente, apesar de vezes em contrário. Na cirurgia plástica reparadora, o compromisso do cirurgião plástico com o paciente se dá através de uma obrigação de meios. No que se refere à atividade do médico cirurgião plástico é, pois, predominante, na doutrina e jurisprudência, o

entendimento de que esse ao executar cirurgias plásticas estéticas – embelezadoras, está assumindo uma obrigação de resultado” (Idem, Ibidem).

Declarações como estas também parecem enfatizar a cirurgia estética como uma prática que envolve a autonomia do indivíduo de uma maneira particular: é ela que dá sentido ao consumo, ao mesmo tempo é por ela que o procedimento é orientado, até se atingir um resultado adequado ao que foi definido pelo paciente. É preciso frisar que o exercício dessa autonomia está fundamentalmente ligado ao desenvolvimento do ramo da medicina que promoveu a “patologização da feiúra”, segundo a qual o normal é a beleza: esta passou a ser uma *necessidade* legitimada pela definição médica. Ao mesmo tempo, no quadro atual dessas práticas, e por meio do conhecimento a que tem acesso, o sujeito contemporâneo é capacitado a perceber, ele mesmo, os defeitos de seu corpo, e repará-los através das tecnologias oferecidas pelo mercado. A isso acrescentamos que há, nesse cenário, um estímulo para que essa percepção individual dos defeitos seja constantemente atualizada. Assim, mais uma vez chegamos à constatação de como essa relação com o corpo tem sido marcada pela ansiedade do sujeito de domesticar seu corpo: nesse caso, o indivíduo não é apenas capacitado, mas principalmente responsabilizado. Ademais, é o caso de se pensar: o que o malogro dessas cirurgias pode nos falar a respeito dessa capacidade de decisão pessoal que tanto tem sido exaltada nesse contexto?

Entretanto, o que é de fundamental importância para nosso trabalho é percebermos como essa medicina faz da subjetividade um argumento, ao mesmo tempo em que se compromete com os anseios mais íntimos do indivíduo, de modo que a difusão de suas técnicas não se trata de uma mera imposição de padrões de normalidade. Além disso, são colocadas como “práticas personalizadas” no sentido de que seu uso adequado deve levar em conta as particularidades do organismo de cada indivíduo e, do mesmo modo, esclarecem que os efeitos dependem das características de cada corpo: a idade, o tipo de pele, a profundidade dos danos a serem reparados. Assim, por exemplo, não se deve definir a prótese com base apenas no seu tamanho;

“A de 250 mililitros pode ficar perfeita em uma mulher alta e magra. Já em uma baixinha de porte médio, os mesmos 250 mililitros correm o risco de parecerem enormes, e, pior, dar a sensação de que ela está acima do peso. Além disso, há a questão estrutural (...). Cada mulher tem uma quantidade de gordura, de pele e de tecido glandular nas mamas, o que significa que o efeito final terá forma e tamanho diferentes, mesmo usando próteses iguais¹¹”.

São personalizadas, também, por se aliarem às trajetórias e aos projetos de vida dos sujeitos, ou seja, à experiência individual dos diversos eventos do ciclo da nossa vida, construindo corpos específicos para cada fase: um modelo de corpo para quem é jovem, um corpo adequado a pessoa de mais idade, um corpo pós-parto. Somos pensados como organismos individuais, mas nossos corpos e nossa existência são tipificados dentro desses modelos. Somos convencidos a rejeitar as transformações espontâneas de nosso corpo, mas, ao mesmo tempo, nos habituamos a enxergar, na técnica, um modo “positivo” de modificá-lo. Sob a égide do saber que orienta o uso da técnica, nosso medo de explorar o corpo diminui; guiado pelo conhecimento perito, o ato de esquadrihar o corpo não ameaça seu caráter cognoscível.

Arriscamos dizer que é precisamente nessa preocupação com as peculiaridades de cada organismo que se encontra um dos pilares da normalização dos corpos pela cirurgia; ou seja, “respeitar seus traços”, suas medidas, suas formas, suas peculiaridades, é um princípio básico para a consecução de corpos belos e, portanto, harmônicos. Mas, o estímulo a essa cautela revela, na verdade, o grande paradoxo entre reconhecer os limites do próprio corpo e lidar, ao mesmo tempo, com o enaltecimento das infindáveis possibilidades de transformá-lo, com as inúmeras imagens de corpos belos, sedutores e disciplinares que sempre parecem nos dizer: “você também pode ser assim”. Esse paradoxo é, por fim, o que nos leva à ansiedade de olhar nosso corpo como “fora de nós” e então nos percebermos capazes de controlá-lo.

¹¹ Revista *Nova*, Julho de 2009, pág.101. Entrevista com vários médicos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

“Assim, por um lado o corpo passa a habitar o campo da liberdade, onde transformamos a sua forma e capacidade; e, por outro, essas formas são (im)postas pelo mercado e pela nova medicina (bio-genética, medicina esportiva, etc.). A possibilidade de corrigir os defeitos físicos indesejados, de aumentar a performance corporal, regular os afetos, enfim, corrigir erros que coloquem em risco a beleza, a juventude e o potencial de socialização é uma promessa de felicidade real, plausível, que a tecnologia pode realizar. O bio-poder é assim mais controle que disciplina. (...) Não se trata de um poder opressor, mas de um poder que se realiza na interferência contínua no processo de subjetivação” (Campos, Lira & Mélo, 2004: 8).

Por outro lado, alguns autores vêem como inconsistente esse esforço em fazer da manipulação corporal algo que legitima o trabalho do indivíduo sobre si mesmo. Por exemplo, num artigo em que trata dos procedimentos cirúrgicos realizados pela biomedicina contemporânea, Shildrick (2008) demonstra como eles estão relacionados a um projeto normalizador em que o corpo é representado sob sua singularidade, inteiro e estável, com fronteiras delimitadas. Esse isolamento faz parte da estratégia de separar meu corpo do corpo do outro e, por conseguinte, meu *self* do *self* do outro. Reconhecendo e criticando a influência do modelo cartesiano nesse projeto, Shildrick aponta uma contradição fundamental: ao mesmo tempo em que o desenvolvimento dessas tecnologias procura reafirmar a tendência moderna de distinguir os indivíduos a partir da corporeidade, termina justamente por contradizê-la. O próprio corte corporal realizado pela técnica cirúrgica ilustra essa contradição. A imagem do corpo inviolável, que representa a singularidade do sujeito, é perturbada pela própria plasticidade do corpo que é necessária ao projeto de normalização dos corpos. Assim, o próprio corte no corpo e o processo de fealdade decorrente já sinalizam uma desordem corporal que vai de encontro à concepção de um corpo inteiro e estável. Quanto mais a biomedicina invade, corta, manipula o corpo, mais ela desestabiliza suas próprias categorias de estabilidade. Assim como Shildrick, também acreditamos que a desfiguração do corpo realizada pelas cirurgias cosméticas traz uma problematização do *self*. Mas não nos referimos apenas às alterações físicas referentes à prática cirúrgica em si, pelas quais, inevitavelmente, o paciente necessita sofrer antes de atingir o resultado da cirurgia. Falaremos, ao invés disso, de casos de *resultados* adversos que tornam essa problematização algo visível. Esses resultados ameaçam, sobretudo, a relação, estabelecida pela atual indústria do culto ao corpo, entre o que consideramos os três principais argumentos exaltados no

consumo das cirurgias: a autonomia do indivíduo, reflexividade e administração dos riscos. A própria visibilidade do corpo mutilado e/ou deformado parece contradizer a espontaneidade dessa associação, ao revelar um trabalho de manipulação da plasticidade corporal que não é condizente com os benefícios oferecidos pelas tecnologias. E, como veremos, a responsabilidade do indivíduo se estende para esses resultados, ainda que outros fatores também possam ser apontados. Mas, o que parece ter estrita importância nesse processo, é que esses resultados estéticos passam a sugerir o limite da reflexividade do indivíduo, sua reflexão precária acerca dos riscos ou acerca dos cuidados a serem tomados.

Há algo fundamental nesse processo: ainda que o resultado adverso tenha se dado em decorrência de uma “falha na administração da técnica”, o indivíduo continua, de algum modo, sendo responsabilizado, exatamente porque a situação do seu corpo é fruto de uma decisão pessoal. Esse é o grande dilema entre autonomia e responsabilidade que marca o consumo dessas técnicas. Não há, nesses casos, a mesma benevolência que é dada aos corpos desfigurados por fatores como aqueles que colocamos para falarmos das cirurgias reparadoras, por exemplo. Se esses corpos são dignos de compaixão, o mesmo nem sempre se dá para os corpos mutilados pelas cirurgias cosméticas, que não deixam de ser vistos, em certo grau, como culpados. Como dissemos há pouco, essa culpa se expressa no descontrole do *self* que a visibilidade de seu corpo passa a ostentar: ou por não “refletirem adequadamente”, ou por não administrarem, de modo correto, as informações disponíveis, ou por não terem usufruído devidamente o poder de decisão que lhe é dado (eis aí outro grande paradoxo!), ou por não respeitarem os limites da manipulação do corpo, se submetendo a procedimentos “supérfluos” (quando, ao contrário, é justificável que corpo acidentado, defeituoso, sofra a intervenção), enfim. A necessidade de balancear ansiedade e reflexão como forma de afirmar o controle de si já foi trazida por nós em outras passagens: algo semelhante foi dito no exemplo da experiência da modelo Bruna Felisberto, e também nas colocações que fizemos acerca dos corpos anoréxicos e dos corpos em condições de pobreza extrema. É a partir dessas considerações que pretendemos localizar os resultados adversos

dessas práticas corporais como algo representativo do cenário mais amplo do consumo das cirurgias plásticas.

Gimlin (2011) nos fala que o aumento do número de cirurgias plásticas ocorrido durante as duas últimas décadas, tanto nos países ocidentais quanto nos não-ocidentais, ocasionou a configuração de representações culturais do que chama de “Surgery Junkies” ou “Surgical Others”. Tais termos dizem respeito a experiências de cirurgias cosméticas consideradas problemáticas, ou, na pior das hipóteses, de efeitos patologizantes. Essas cirurgias se personificam nos corpos de celebridades consideradas “viciadas”: “mulheres como Cher, Joan Rivers e Farrah Fawcett, cujas práticas cosméticas sugerem que foram longe demais em sua busca pela beleza e/ou eterna juventude” (Gimlin, 2001: 58).

No entanto, Gimlin argumenta que, ao mesmo tempo em que são amplamente condenados por refletirem o uso “indevido” da cirurgia estética, os “Surgical Others” ocupam um lugar importante no universo da cosmética, sobretudo como “agentes especiais da alteridade”, uma espécie de híbrido abjeto que a cirurgia estética exige para legitimar-se e definir o que pode ser medido, tolerado e aceito. São, assim, cruciais à integração cultural da prática e sua normalização. E, a isso acrescentamos, é justamente porque a materialidade dos “Surgical Others” permite questionar a nossa capacidade individual de administrar nossos corpos e prazeres, e, portanto, de assumir o controle da nossa subjetividade, que eles precisam ser constantemente relacionados a uma experiência radical da cirurgia cosmética e do desejo de transformar o corpo. Percebemos, então, que sua localização nesse processo parece suscitar alguns temores, mas não ameaça, no entanto, a credibilidade desses procedimentos. A propósito, há algo que nos inquieta em se tratando desse enfoque na segurança da técnica, que parece manter-se mesmo diante dos resultados adversos da cirurgia. Arriscamos dizer que isso se dá, sobretudo, porque sua constatação não exclui a responsabilidade do indivíduo no processo, como falamos há pouco. Ao mesmo tempo, isso nos leva a tratar de um elemento que se envolve tanto com o critério de segurança da técnica quanto com a ideia de

responsabilidade individual, e que, na verdade, parece ser o elo entre esses dois: trata-se da ideia de risco.

O atual cenário da consolidação e do que são considerados os grandes avanços da técnica cirúrgica, caracterizado pela difusão do conhecimento sobre o corpo, tem sido também o palco de uma série de discursos e referências aos riscos envolvidos nos procedimentos, tal como podemos constatar nas diversas matérias relacionadas ao consumo da cirurgia, destinadas, sobretudo, ao público leigo. Algo nesse sentido pode ser percebido em declarações feitas por especialistas:

“No mesmo ritmo em que cresce a procura por cirurgias plásticas estéticas, aumenta também o índice de intervenções mal-sucedidas que tiveram como principal motivo a inexistência de qualificação adequada do médico. As seqüelas vão desde pequenas cicatrizes até mesmo a morte. (...) Apesar de não ser considerada uma prática ilegal, médicos que realizam cirurgias plásticas sem especialização na área estão indo de encontro ao Código de Ética da Medicina”¹².

A nosso ver, não se trata apenas do aumento das estatísticas de cirurgias mal sucedidas. Do mesmo modo, o problema, ao menos neste momento, também não é exatamente o de entender as causas do aumento de resultados mal sucedidos. Ao invés disso, pretendemos chegar num outro aspecto. Outra questão, então, se coloca: por que o debate acerca dos riscos da cirurgia só veio de fato se acirrar após a “febre” do seu consumo, a ponto das informações fornecidas pelos cirurgiões acerca desses riscos adquirirem o valor moral da ética? Uma primeira resposta, ainda que sem grande aprofundamento, pode ser dada a partir de algo que, inclusive, já foi sugerido aqui: há um elemento de ansiedade diante do próprio corpo que não necessariamente estimula a reflexão e a ponderação dos riscos envolvidos nas práticas. Na verdade, esse elemento de ansiedade nos leva a outra questão fundamental: temos lidado, cotidianamente, com diversas ameaças à nossa corporeidade, mas nos vemos

¹² Disponível no site do Conselho Regional de Medicina da Paraíba:

http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21657:&catid=3

empenhados em administrar certos riscos ao invés de outros. No caso das cirurgias cosméticas, por exemplo, os indícios da perecibilidade do corpo têm sido colocados como uma ameaça mais forte do que os riscos do procedimento cirúrgico em si. Talvez seja exatamente por isso que os debates acerca destes últimos não comprometam a eficácia da técnica em nos ajudar a lidar com essa ameaça maior.

Se a atual configuração do consumo das cirurgias cosméticas é relativamente nova, podemos dizer que a necessidade da administração dos riscos nela envolvidos também é, nesse sentido, uma novidade. De certo modo, podemos falar, aqui, de uma espécie de prevenção *a posteriori*, no sentido de que surge com o “desastre” já concretizado.

É por esse caminho que se difundem os argumentos dos especialistas a respeito dos riscos. No entanto, ao se falar da administração dos riscos envolvidos na cirurgia, parece ter havido uma inclinação a tratar a questão da escolha do cirurgião como algo decisivo para o bom êxito do procedimento, enquanto outros riscos não parecem ter a mesma ênfase, como apontam alguns autores:

“No caso das cirurgias estéticas, as possibilidades de infecção, problemas com a anestesia, hemorragias, cicatrizes e outros problemas são minimizados e pouco divulgados. O sofrimento do pós-operatório e os riscos de todo processo cirúrgico são justificados pelo culto à beleza” (Leal et al., 2010: 78).

O risco preponderante recai na questão ético-profissional e diz respeito, principalmente, às práticas de maus profissionais, sobretudo aqueles que, visando ao lucro, se valem das expectativas criadas em torno da eficácia e das vantagens exaltadas em torno do consumo das cirurgias (como, por exemplo, os resultados mais rápidos em relação a outras práticas, ou a possibilidade de corrigir um determinado traço do corpo de um modo que não seria possível através de outras técnicas corporais, conforme já dissemos). Um exemplo claro disso são as fortes críticas tecidas pelos especialistas às práticas das chamadas Clínicas Intermediadoras, empresas sem registro nos Conselhos de Medicina, que comercializam

consórcios e planos de financiamento para a realização de cirurgias plásticas. Essas clínicas encaminham pacientes para serem atendidos pelos “médicos parceiros”, podendo os serviços ser prestados nas suas instalações ou não. Além disso, alertam que essas clínicas não possuem estrutura para a realização dessas cirurgias, nem mesmo para lidar com possíveis complicações, comuns a qualquer procedimento cirúrgico (como choque anafilático ou parada cardiorrespiratória), caso em que seria fundamental contar com uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

De acordo com o blog Portal da Cirurgia Plástica, descrito como um site gerenciado por médicos especialistas em cirurgia plástica e com títulos reconhecidos pelos órgãos da área (SBCP – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e CFM – Conselho Federal de Medicina), são diversas as consequências do que consideram banalização e vulgarização na comercialização da cirurgia plástica, mas destacam algumas mais recorrentes:

“- lipoaspirações mal executadas com depressões e irregularidades na pele, decorrentes da pressa em acabar o procedimento para poder executar a próxima cirurgia do dia;

- flacidez cutânea abdominal após lipoaspiração, quando deveria ter sido feita abdominoplastia, produto da avaliação leviana em uma consulta ‘gratuita’ de 10 minutos;

- complicações diversas pós-operatórias devido a curativos mal feitos, retirada precoce de pontos não acompanhados pelo cirurgião;

- complicações intraoperatórias devido ao fato das cirurgias serem feitas em clínicas sem infraestrutura como UTI, bem como devido a esterilização precária (infecções por microbactéria), alta hospitalar precoce dos pacientes para reduzir custos;

- deformidades por cirurgias mal executadas”.

O risco, então, é bem localizado: ele é fruto de práticas e atitudes inadequadas e precipitadas. Além disso, o apelo publicitário dessas clínicas se revela em frases como essas a seguir, cada vez mais comuns nos outdoors, jornais, internet, a que também se tem atribuído a ansiedade das pessoas em se submeter às cirurgias sem um planejamento adequado:

“Cirurgia Plástica e Estética: planos e pacotes especiais!”

“Promoção Cirurgia Plástica – ganhe um modelador!”;

“Promoção – pagamos 50% da sua consulta”;

Nosso intuito tem sido o de compreender o que os casos de cirurgias mal sucedidas têm a nos dizer a respeito dessa ânsia em alterar o corpo, que tem sido entendida por especialistas como alvo de exploração mercadológica. Entretanto, não pensamos apenas na ansiedade fomentada por interesses econômicos particulares: ao invés disso, pensamos em como esse campo se configurou propício a tais interesses, a ponto de nos depararmos com tantas experiências trágicas. Ademais, cremos que a “prevenção” dos riscos que têm sido apresentados não resolveria por completo um dilema fundamental pelo qual, inclusive, esses riscos passaram a ser reconhecidos como tais. Como dissemos, os riscos dos procedimentos só passaram a ser tema recorrente após a legitimação do consumo das cirurgias, mas, mais que isso, quando se tornaram práticas relativamente banalizadas, quando os casos mal sucedidos passaram a ocupar espaço nos veículos midiáticos na mesma medida em que se tornaram casos úteis para orientar as pessoas que desejavam se submeter à cirurgia. Os casos de mutilação e deformação revelam, na verdade, algo que os saberes e discursos empenhados em testar ao máximo a maleabilidade corporal não colocam como questão central ou definem como patologia: trata-se de uma resistência imposta pelo corpo (o que se constituirá como um

elemento importante na análise das experiências fenomenológicas de que trataremos mais adiante). O que ocorre, então, é que os corpos que expressam essa resistência são logo classificados como patológicos, anormais, e, por fim, reintroduzidos como corpos disciplinares, no sentido de que sua materialidade tem algo a ensinar a respeito dos riscos que devem ser evitados, sobretudo a quem ainda pretende se submeter ao procedimento cirúrgico cuja excelência, no entanto, permanece praticamente intocada. Ademais, e uma vez que não é interessante assumir que a técnica é incapaz de permitir que nos apropriemos do nosso corpo por completo, ou que não é capaz de reverter nossa condição de seres precários e faltantes, as limitações passam a ser apontadas em outros aspectos: na nossa reflexividade ineficiente, na falta de ética profissional.

Contudo, a questão principal de todo esse processo diz respeito ao estímulo da ansiedade num nível mais amplo do cenário do consumo das cirurgias, que tem, inclusive, relação com o enaltecimento do ideal de autonomia individual a que nos vemos obrigados a refletir através de nosso corpo: essa mesma ansiedade é o que nos faz ser colocados como indivíduos pouco reflexivos e, portanto, maus gerenciadores do próprio corpo. Entretanto, convém perguntar: submeter nossos corpos aos melhores médicos ou às técnicas mais avançadas resolveria, de fato, nossa angústia diante da nossa finitude? É preciso considerar que tanto os maus quanto os excelentes resultados cirúrgicos são fruto dessa mesma ansiedade. Trataremos, pois, de experiências pessoais/corporais engendradas nessa configuração.

No próximo capítulo, trataremos do referencial teórico que nos ajudará a compreender algumas vivências particulares dessa configuração, a partir das narrativas de nossos informantes. A sua escolha se deu em função de analisarmos como, em suas experiências pessoais e práticas corporais cotidianas, os indivíduos se apropriaram desses vetores macroestruturais, e, principalmente, como interiorizaram o trabalho de objetivação do corpo que nos tem sido exigido, enquanto sujeitos. Em suma, recorreremos a um aparato teórico que

nos ajude a entender como o que essas experiências podem nos dizer sobre o paradoxo contemporâneo de termos que nos afirmam como indivíduos plenos e autônomos que, ao mesmo tempo, necessitam se automonitorar constantemente em meio a padrões estéticos e saberes elaborados em torno do corpo. Por outro lado, buscamos uma saída para esses indivíduos encurralados pelos riscos construídos em torno da perecibilidade corporal, e que nos permitisse falar de uma re-orientação no mundo que difere da ideia do sujeito que revela sua autonomia através do controle das ameaças ao corpo. Nossa tentativa se fará através de um norte fenomenológico, pelo qual voltaremos nossa atenção ao saber experimentado pelo corpo, que adquire o sentido dado pelo indivíduo a partir da sua experiência corporal. Tal perspectiva reelabora a relação entre reflexão e corpo, recolocando o sujeito na situação *com* seu corpo e permitindo tratar a questão do limite da reflexividade desses indivíduos de forma distinta do tipo de racionalidade que orienta nossas práticas corporais no contexto da indústria do culto ao corpo e que apareceu de modo marcante no decorrer deste capítulo.

Capítulo 2. Pistas Teóricas Sobre as Experiências dos Corpos Pós-Cirúrgicos

Já esclarecemos que o nosso norte teórico envolve uma perspectiva estrutural, que, num primeiro momento, nos permite entender como as práticas corporais aqui analisadas são geradas no interior de uma experiência cultural (Giordani, 2004), mas que, pelo nosso foco nas experiências pessoais da mutilação e/ou deformação, fomos conduzidos a uma abordagem fenomenológica inspirada no trabalho de Merleau-Ponty, sobretudo como possibilidade analítica. No entanto, pode-se dizer que o elo comum entre todas as referências adotadas nesse capítulo diz respeito ao fato de todas elas nos permitirem falar da resistência imposta pelo corpo no mundo cultural (ou, simplesmente, da “teimosia da carne”, como diria Sibilia (2004: 69).

Como vimos, a vulnerabilidade do corpo tem se constituído como grande elemento a ser administrado, e a atual configuração do consumo das cirurgias cosméticas parece não deixar dúvidas quanto a esse temor contemporâneo: ela também nos fala do esforço de fazer esquecer as formas pelas quais o corpo manifesta a sua finitude. Essa resistência aparece em alguns momentos da trajetória das experiências corporais narradas pelos informantes, mas há dois momentos cruciais à nossa abordagem. Em primeiro lugar, a própria recorrência à cirurgia se revela como uma tentativa do indivíduo de se apropriar do seu corpo e, portanto, de domar uma certa inércia de seu desenvolvimento biológico (no que se encontra o sentido do “corpo fragmentado”, em que uma parte em especial resiste às vontades do sujeito: essa é a forma de objetivação do corpo que mobiliza o consumo de práticas corporais do tipo da cirurgia). A experiência pós-cirúrgica da mutilação e/ou deformação, por sua vez, significa a falha do projeto de controle corporal. Cicatrizes e necroses expõem, radicalmente o caráter extinguível da corporeidade, o sentido de impureza e dos riscos que, por se tornarem visíveis, passam a significar um trabalho inadequado de objetivação do corpo (no sentido de que revela, ao invés de ocultar, marcas que se opõem às orientações para a construção dos corpos no cenário atual) e, ao mesmo tempo, um exercício precário de reflexão.

Antes de nos utilizarmos das abordagens que nos permitirão pensar na resistência do corpo como um objeto de preocupação de uma racionalidade que se legitima à medida em que ele é dominado, falaremos do sentido do movimento espontâneo desse corpo em direção ao mundo, aos moldes da fenomenologia merleau-pontyana, no tópico intitulado *Corpos Provisórios em sua Abertura para o Mundo*. Veremos que os corpos impuros, perigosos e estigmatizados de que falaremos mais adiante são “produzidos” nesse movimento. Nesse sentido, pode-se inferir, a partir de Merleau-Ponty, que o saber que objetiva o corpo é um efeito desse movimento, e não seu determinante. Sugerimos, então, que o consumo das cirurgias cosméticas é reflexo dos entraves culturais que se colocam sobre o movimento intencional dos corpos em direção ao mundo. Ou seja, trata-se de uma “barreira objetiva” com que o corpo se depara em sua trajetória. À medida que o corpo é objetivado, tem-se que o sentido de unidade corporal é também o sentido de uma tirania; o caso específico do consumo das cirurgias cosméticas nos fala de um corpo objetivado, que se percebe fragmentado e paralisado diante de uma parte específica. Entretanto, o que queremos mostrar, a partir de Merleau-Ponty, é que essa fragmentação do corpo não é desprovida do sentido de unidade, e que o indivíduo não deixa de ser intencional quando seu corpo é objetivado.

E, se há um saber que tenta se antecipar ao corpo e moldar as suas experiências, o autor nos traz como alternativa uma reflexividade que é exatamente proporcional às experiências do corpo num mundo físico e inter-humano (Merleau-Ponty, 2006a: 18). Ao invés de objeto de um tipo de reflexão que enaltece as capacidades intelectuais, o corpo é, ele mesmo, reflexionante, ou seja, é local de produção de sentido e de significados; ele funda a própria reflexão. A reflexão, nesses termos, deixa de ser caracteristicamente um atributo mental. E, uma vez que nossos corpos são provisórios, e estão no mundo em busca de equilíbrio, esse conhecimento produzido a partir das suas experiências é inacabado; ele está sempre prestes a se renovar em sintonia com o movimento desses corpos. Isso aparece de modo muito claro através da referência aos casos de amputação (como por exemplo, sua

abordagem do fenômeno do “braço fantasma”¹³). A experiência do membro fantasma revela um conhecimento prático formulado pelo engajamento do corpo numa situação concreta: nesse caso, a vivência do corpo atual tem como fundo de conduta a experiência habitual do corpo. Pela recusa da mutilação que caracteriza a experiência do membro fantasma, se leva em conta o esquema prático que se tinha antes da amputação, e por esse passado que se reorganiza a situação atual. Logo, essa referência nos inspirou a compreender os sentidos, significados e a reorganização do mundo a partir das experiências da mutilação e/ou deformação que seguimos analisando.

A partir de então, utilizaremos uma análise mais estrutural para tratarmos dos entraves com que os corpos pós-cirúrgicos se deparam na reorganização de sua experiência. Nesse sentido, é importante tornar a dizer: embora estejamos interessados na atribuição dos sentidos dados pelo indivíduo a partir do que ele experimenta corporalmente (o que justifica a fenomenologia merleau-pontyneana como nossa orientação teórica última), não podemos deixar de dar atenção às barreiras objetivas em seu movimento em direção ao mundo. Esse é o sentido de falarmos dos estigmas sofridos por esses corpos a partir da experiência da cirurgia mal sucedida, quando passam a ser categorizados como corpos impuros, poluígenos e representantes de certas ameaças à ordem social. Esse momento mais estrutural não necessariamente relega a perspectiva fenomenológica a segundo plano; ao contrário: o trabalho de Merleau-Ponty nos inspira a dizer que essas experiências poderiam ser ressignificadas de outra forma, porque a intencionalidade do ser-no-mundo é mantida. Assim, o eventual retorno à análise estrutural servirá para reafirmar que, ainda que o sujeito seja objetivado, sua intencionalidade é mantida, mesmo porque consideramos que a fragmentação do corpo continua sendo uma experiência corporal formuladora de sentido, portanto.

¹³ O braço fantasma nos fala de uma recusa da mutilação, que, no entanto, não se trata de uma decisão deliberada, nem se passa no plano da consciência. Referências como essa nos levam a considerar a importância do trabalho de Merleau-Ponty para tratarmos de experiências num mundo físico e inter-humano cujo conteúdo só pode ser pensado a partir dos sentidos e das significações dadas pelo indivíduo que as viveu (um modelo de reflexividade cartesiano, por exemplo, não daria conta dessa abordagem).

Ademais, nos interessa mostrar que os estigmas vividos por esses corpos nos falam exatamente da interferência cultural que tenta suprimir nosso movimento espontâneo no mundo.

Em primeiro lugar, os resultados estéticos dessas cirurgias podem ser pensados enquanto agentes impuros e poluidores, no sentido de colocar em risco a pureza das formas do corpo “bom” e belo (Sibilia, 2004: 69). Ao serem trazidos à superfície corporal, os aspectos mais fisiológicos do corpo significam “matéria fora do lugar”, desorganização. Significam, também, a perda da integridade do corpo. Os casos de necrose, como exemplo mais radical, trazem consigo a ameaça da morte.

Corpos impuros, corpos ameaçadores e outros estigmas em torno dos corpos transformados pela cirurgia: é disso que nos ocuparemos no primeiro momento de *Objetivação e Estigmatização dos Corpos Pós-Cirúrgicos*.

E, se considerarmos o lugar desses corpos nos arranjos sociais são interferidos pela presença de atributos físicos que contradizem ou afirmam os padrões de beleza e de higiene, podemos recorrer às associações simbólicas feitas por Douglas (1991) entre ordem e pureza, desordem e sujeira, considerando sua relação direta com a ordem social, o que nos permite abordar o corpo humano também como uma fonte de metáforas sobre a organização e desorganização da sociedade. Esse foi o caminho para pensarmos no perigo do descontrole e da desorganização simbolizado e refletido nos corpos pós-cirúrgicos.

O trabalho corporal das cirurgias pretende a evitação do temor principal que colocamos aqui: o da perecibilidade do corpo. Nesse sentido, o modelo de beleza ideal é também o que se expressa num corpo “inteiro”, organizado, sem as indesejáveis marcas da finitude do corpo. É importante lembrar, afinal, que a cirurgia envolve a desordem da carne de onde se espera que surja o elemento civilizador que é a beleza. Mas, o que é principal aqui:

buscaremos entender de que modo a presença desse perigo tem reforçado a classificação dos corpos como normais ou disformes, puros ou impuros. Essas classificações tornam pertinente a referência ao trabalho de Goffman, que permite nossa ênfase nas relações e interações cotidianas, realizadas na presença dos aspectos estéticos originados pelo projeto de individualização mal sucedido. É devido principalmente ao seu conceito de estigma, cujas elaborações e efeitos se realizam na presença imediata dos indivíduos uns com os outros (Goffman, 1988: 23), que o trabalho do autor nos ajudará a abordar o caráter mais pragmático da experiência da deformação e/ou mutilação.

Insistiremos no argumento de que a visibilidade desses corpos simboliza as ideias de risco, impureza e perigo que se instauram no corpo pelo saber e discursos que orientam nossas práticas corporais (o que mantém afinidade com as outras considerações teóricas que trouxemos). Entretanto, há outro perigo principal que a imagem desses corpos faz circular: trata-se de uma ameaça aos valores pelos quais o sujeito contemporâneo se constitui: esses indivíduos são estigmatizados à medida que sua presença sugere uma racionalização precária do corpo e das suas manifestações. O incômodo gerado pelas marcas da mutilação ou da deformação é logo associado à responsabilidade do indivíduo, visto que é nisso que se fundamenta a prática da cirurgia cosmética: ser fundamentalmente uma escolha pessoal. Assim, ainda que outros fatores tenham sido determinantes para o infortúnio da intervenção, a decisão do sujeito é tida ainda como ponto de partida dessa experiência. O estigmatizado em questão é aquele indivíduo que falhou diante de condições favoráveis ao seu trabalho de subjetivação. Em suma, o estigma vivido pelos corpos pós-cirúrgicos só pode ser pensado se levarmos em conta que a subjetividade tornou-se um drama, uma ansiedade radicada na aparência física.

O perfil do nosso grupo de informantes, sendo predominantemente composto por mulheres – tendência que também se verifica na realidade mais ampla do consumo das

cirurgias cosméticas¹⁴ – nos levou a indagar até que ponto essa característica poderia ser tida como indício de uma relação mais direta entre a construção da subjetividade feminina e a necessidade – que, no entanto, é dada como “capacidade” – de se apropriar do próprio corpo. Além disso, e dando continuidade ao momento mais estrutural da nossa análise, nos perguntamos em que sentido, e sob quais motivações, o trabalho de reflexividade e de objetivação do corpo estaria sendo realizado entre as mulheres?

As experiências das cirurgias cosméticas mal sucedidas estão relacionadas às formas pelas quais o corpo feminino, historicamente vinculado à subjugação da mulher, passou a ser instrumento na construção da subjetividade feminina. Voltamos a propor, nesse sentido, que esse modelo de subjetivação inaugura uma ansiedade que só pode ser entendida se levarmos em consideração os saberes e discursos que nos dizem que podemos ter o corpo que quisermos, mediante o consumo adequado. Ao mesmo tempo, se revela aí uma ambiguidade do sujeito feminino: no caso das cirurgias mal sucedidas, o cuidado com a aparência, de pré-requisito de feminilidade, passa a caracterizar a futilidade de quem agiu compulsivamente em nome da beleza.

O estigmatizado, nesse caso, o é por não ser capaz de fazer de seu corpo o símbolo da sua liberação, de não mostrar-se hábil a refletir adequadamente acerca dos saberes e das práticas que possibilitariam mostrar que seu corpo, ao invés do fundamento da sua opressão, é reflexo da sua racionalização, espaço de expressão da capacidade de controle de si, *locus* do seu desejo e da sua satisfação pessoal. Essa tem sido a forma de afirmação sobre um corpo outrora totalmente submisso aos valores patriarcais.

Apesar dessa aparente liberação, o modelo de feminilidade vinculado à ética do controle do corpo contemporâneo se alicerça nas práticas individuais que reproduzem certas

¹⁴ De acordo com último levantamento realizado pelo Instituto Datafolha sobre cirurgias plásticas realizadas no Brasil entre setembro de 2007 e agosto de 2008, foram realizadas 402 mil cirurgias estéticas por mulheres e 55 mil por homens.

relações mais objetivas. Reproduzem, inclusive, certas desigualdades de gênero. Nas narrativas das mulheres entrevistadas, a experiência da mutilação e da deformação foi fortemente associada à perda de atributos de feminilidade e à problematização de ideais e crenças culturais sobre a mulher e as funções femininas, como confirma Lira (2006). Podemos dizer, nesse sentido, que tal estigma é produto de um tipo de conhecimento que busca interferir nas experiências desses corpos no mundo, e que sua eficácia é revelada nas ansiedades que continuam sendo geradas por ele (como, por exemplo, a ansiedade em “ser feminina”). Cabe perguntar, diante disso, quais as particularidades da experiência feminina da objetivação e fragmentação do corpo e que tipo de abertura tem sido permitido pelo envolvimento das mulheres com as técnicas cirúrgicas. Nesse sentido, também é pertinente indagar: em que sentido essas experiências estão relacionadas ao modelo de reflexividade contemporânea acerca das questões do corpo? Mais uma vez, veremos que essa reflexividade parte da tendência a enxergar nossa condição finita como a principal ameaça a nós mesmos.

No tópico *Reflexividade e Projetos de Si*, estabelecemos um diálogo com tudo o que foi tratado até agora. Voltaremos a tratar do risco principal ao qual o consumo das cirurgias cosméticas estão fundamentalmente vinculadas e pelo qual os estigmas de que já falamos são elaborados: trata-se da ameaça representada pela condição finita da corporeidade, que tem organizado as experiências que vivemos com nosso corpo enquanto sujeitos. Nesse sentido, a lógica do risco é autoreferente. E, o que é mais importante: tentaremos mostrar que é justamente o limite dessa reflexividade a partir dos riscos que faz com que o indivíduo se apegue à sua condição de estigmatizado, ao invés de acreditar que suas possibilidades poderiam ser pensadas de outra forma.

Trataremos desse cenário tendo como referência a descrição do contexto das sociedades contemporâneas tal como realizado por Beck. Ao colocar a prevenção dos riscos (surgidos como resultado da modernização) como a questão central com que os indivíduos lidam no seu cotidiano, o trabalho do autor nos estimula a pensar nos indícios da precibilidade do corpo como a grande ameaça ao sujeito da atual cultura do prazer. Além disso, o trabalho de reflexividade atrelado à percepção do risco, tal como destacado por Beck,

sustenta nosso argumento de que as práticas corporais estimuladas no contexto contemporâneo se constituem, principalmente, como negociações feitas pelos indivíduos em meio às incertezas com que seus corpos se deparam. Como vimos, o cenário do estímulo ao consumo das cirurgias é onde se fazem perceber possíveis ameaças em cada vez mais detalhes da corporeidade. A precariedade do corpo e a ideia de risco aparecem como correlatas nessa configuração. Não podemos esquecer, no entanto, que há algo de fundamental associado à configuração desse risco e à sua racionalização: o estímulo da ansiedade diante do próprio corpo, elemento não tematizado na teoria da reflexividade de Beck.

Porém, se a administração dos riscos percebidos no corpo é o que nos define enquanto sujeitos dentro dessa lógica civilizatória, os resultados adversos das cirurgias passam a significar, inversamente, a má negociação feita pelo indivíduo a seu respeito: tem-se, assim, uma ameaça surgida a partir da má reflexão de um risco precedente. Desse modo, aquilo que deveria ser ocultado através da objetivação do corpo (ou seja, sua vulnerabilidade) é escancarado quando dos resultados adversos da cirurgia. Tem-se, então, um risco criado a partir da própria tentativa de administrá-lo; um corpo ameaçador gerado pela própria técnica que se propôs a retificá-lo. Mas, como veremos a partir de Beck, e como já argumentamos em outra ocasião, a probabilidade de uma falha não descredencia a técnica; ao contrário: é preciso lembrar que esse é um cenário de decisões e escolhas pessoais feitas sempre a partir da percepção técnica e científica dos riscos. Cabe a nós, então, calculá-los. Quando nos confrontamos com os riscos que nós mesmos produzimos, e ao refletirmos sobre eles, nos vemos habilitados a preveni-los e administrá-los. O conhecimento dos riscos nos dá, portanto, novas formas de agir. Nisso se constitui a crítica fundamental feita pelo autor ao tratar dos limites da “reflexividade simples”, que antecede essa autoreflexão a partir da percepção do risco, e que não leva a uma autocrítica nem, portanto, a novas possibilidades de ação. Apesar de reconhecer as contribuições do trabalho de Beck, mostraremos que uma reflexividade a partir da percepção dos riscos que são criados em torno da nossa corporeidade não nos fala exatamente de um autogoverno.

2.1. Corpos Provisórios em sua Abertura para o Mundo

“Aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um Eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que continua a estender-se para seu mundo a despeito das deficiências ou de amputações, e que, nessa medida, não as reconhece de jure” (Merleau-Ponty, 2006a: 121).

É importante lembrar que as representações e associações simbólicas que classificam o corpo e estruturam suas experiências são, não a condição, mas um reflexo do movimento espontâneo dos corpos no mundo, conforme nos fala Merleau-Ponty.

Antes de dar continuidade às nossas argumentações, é preciso, ainda, retomar o argumento iniciado em outro momento deste trabalho: se o incentivo ao consumo das cirurgias cosméticas é visto por nós como uma interferência na experiência fenomenológica dos indivíduos, ou seja, no movimento de seus corpos em direção ao mundo - uma vez que seu próprio corpo lhe é imposto como uma barreira do mundo objetivo, como um objeto exterior que se faz passível de ser manuseado através do aparato técnico -, os resultados mal sucedidos dessas cirurgias, por seu turno, nos falam de alterações de certas experiências habituais, diretamente relacionadas a uma dificuldade-limite de conservar o campo prático que se tinha antes dessa experiência.

Se a exaltação das cirurgias cosméticas parece tentar anular a busca da unidade corporal - que representa a totalidade de nossa presença no mundo (Freitas, 2008: 323), significada no nosso trajeto em direção a ele - as consequências das cirurgias cosméticas, por sua vez, radicalizam essa tentativa: elas não só concretizam, como também exacerbam, as “deficiências” que a própria intervenção cirúrgica se dispôs a ocultar, configurando a incompatibilidade desses corpos no mundo físico e inter-humano. Além disso, se elas aumentam as barreiras que me impedem de *ser* com meu corpo, também acentuam, na mesma medida, a distância entre ele e eu.

Mas, há algo fundamental a se considerar, e que tem algo a ver com o movimento do *ser no mundo* vislumbrado por Merleau-Ponty: tais corpos só podem ser classificados como perigosos, impuros ou “pouco femininos” exatamente porque prosseguem em seu movimento no mundo. Em suma, as barreiras objetivas só podem ser percebidas porque esses corpos continuam em situação, engajados nesse mundo e a ele lançados. Esse movimento espontâneo é anterior a qualquer tentativa de reprimi-lo. Aliás, é justamente pela impossibilidade de se retirar esses corpos dessa condição - que inclusive os iguala a qualquer outro corpo-sujeito - que eles passam a ser classificado negativamente nessas associações simbólicas. Em suma, todos os estigmas a que nos referimos aqui nos falam dessa violação da busca da unidade e do equilíbrio corporal. Será nosso propósito compreender, através das narrativas dos informantes, o processo de reintrodução da unidade dos corpos alterados pelas cirurgias.

Como já foi dito, utilizaremos a descrição feita por Merleau-Ponty sobre o fenômeno do braço fantasma para tratarmos, então, do conhecimento produzido pela relação direta corpo-mundo que marca a experiência dos corpos pós-cirúrgicos. Enquanto os corpos estigmatizados como impuros e perigosos nos falam da produção de um conhecimento sobre eles, Merleau-Ponty nos mostra, através dessa referência, que o corpo é o próprio local de produção de significado.

Em linhas gerais, podemos dizer que o caso do membro fantasma diz respeito à experiência do amputado que, no entanto, continua a sentir o membro ausente. O paciente parece ignorar a mutilação e conta com o membro fantasma como com um membro real. Longe de reduzir a questão a um problema fisiológico ou como um problema psíquico¹⁵, o

¹⁵ Ponderando as duas explicações, Merleau-Ponty justifica: “(...) Um conjunto de traços cerebrais não poderia representar as relações de consciência que intervêm no fenômeno. Com efeito, ele depende de determinantes ‘psíquicos’. (...) Seria preciso dizer então que o membro fantasma é uma recordação, uma vontade ou uma crença e, na falta de uma explicação fisiológica, dar uma explicação psicológica? Todavia, nenhuma explicação psicológica pode ignorar que a secção dos condutos sensitivos que vão para o encéfalo suprime o membro fantasma. É preciso então compreender então como os determinantes psíquicos e as condições fisiológicas engrenam-se uns aos outros” (Merleau-Ponty, 2006a: 115).

autor aponta como insuficientes as abordagens que explicam a crença no membro fantasma e a recusa da mutilação através da noção de “repressão” ou “recalque orgânico”. Essa crítica se remete, então, às interpretações excludentes que se utilizam ou de determinantes psíquicos ou das condições fisiológicas para explicar tais fenômenos: “é preciso compreender então como os determinantes psíquicos e as condições fisiológicas engrenam-se uns aos outros” (Merleau-Ponty, 2006a: 116). Segundo o autor, para tratarmos deles, é preciso considerar aquilo que está por trás do fenômeno: o movimento do ser no mundo, o *a priori*, aquilo que antecede a experiência da mutilação, assim como todas as nossas outras experiências. Inclusive, é por esse movimento que se realizam nossos envolvimentos técnicos (o que, a propósito, nos permite dizer que esse mover-se em direção ao mundo é, também, técnico (Ferreira & Scribano, 2011: 16). E, uma vez que o consumo das cirurgias cosméticas se configura como uma forma de envolvimento técnico dentro desse movimento espontâneo, nos resta pensá-lo a partir de uma questão fundamental trazida pelos autores: “que tipo de abertura para o mundo nossos envolvimentos técnicos nos possibilitam?” (Idem, Ibidem: 16).

É precisamente por esse direcionamento que, mesmo após a mutilação, o indivíduo continua a “estar no mesmo mundo e dirige-se a ele através de todas as suas potências” (Merleau-Ponty, 2006a: 117). Não podemos, então, reduzir esse movimento a um automatismo; o ser no mundo é nossa condição originária. Como aponta Viviani (2007),

“(…) Quando somos atingidos por algum fato que nos toca, o tempo pessoal congela, mas o tempo pré-pessoal volta a escoar assim que somos estimulados por alguma qualidade. (...) O membro fantasma é sentido porque ele é quase-presente. (...) Nesta situação, assim como no recalque, congelamos o tempo pessoal, enquanto o impessoal continua a acontecer” (Viviani, 2007: 4).

Do mesmo modo, o fenômeno do membro fantasma não pode ser abarcado pela perspectiva cartesiana, que é a da supremacia da mente sobre o corpo:

“O braço fantasma não é uma representação do braço, mas a presença ambivalente de um braço. A recusa da mutilação no caso do membro fantasma ou a recusa da deficiência na anosognose não são decisões deliberadas, não se passam no plano da consciência tética que toma posição explicitamente após ter considerado diferentes possíveis. A vontade de ter um corpo são ou a recusa do corpo doente não são formuladas por eles mesmos, a experiência do braço amputado como presente [não é] da ordem do ‘eu penso que’...” (Merleau-Ponty, 2006a: 121).

Como ressalta Manzi Filho (2007),

“o fenômeno do membro fantasma demonstra-nos antes de mais nada uma ‘resistência corporal’, ao mesmo tempo em que nos mostra uma ‘aderência’ de nosso corpo à nossa experiência familiar com o mundo” (Manzi Filho, 2007: 114).

O corpo projeta-se como unidade mediante sua memória física. É a partir disso que voltamos a insistir no nosso interesse principal: é exatamente por esse movimento em busca de equilíbrio, ilustrado por Merleau-Ponty através da experiência do membro fantasma, que sugerimos que a fragmentação do corpo também é uma experiência corporal que tem sentido de unidade. Nas experiências que analisaremos, porém, a unidade corporal tem um sentido particular: ela diz respeito a subordinação despótica da totalidade à determinada parte do corpo ou seja, a um detalhe que organiza o todo. Queremos mostrar que o indivíduo é intencional mesmo quando o corpo é objetivado, porque não obstante a fragmentação do corpo que caracteriza o incentivo ao consumo das cirurgias, existe esse movimento pré-pessoal em busca da unidade. É a partir disso que falaremos do potencial político que pode ser contemplado por meio de uma fenomenologia da experiência da fragmentação. Nesse sentido, faz-se indispensável a referência ao movimento espontâneo do ser-no-mundo em direção ao futuro. Portanto, as possibilidades desse corpo no mundo nunca são encerradas. O ser no mundo é, então, uma *visão pré-objetiva*, “um tipo de diafragma interior que determina aquilo que nossos reflexos e nossas percepções poderão visar no mundo, a zona de nossas operações possíveis, a amplidão de nossa vida” (Merleau-Ponty, 2006a: 119).

A experiência do membro fantasma corresponde, de modo muito claro, a uma “manutenção” de um horizonte:

“O amputado sente sua perna, assim como posso sentir vivamente a existência de um amigo que todavia não está diante de mim; ele não a perdeu porque continua a contar com ela, assim como Proust pode constatar a morte de sua avó sem perdê-la ainda, já que ele a conserva no horizonte de sua vida” (Merleau-Ponty, 2006a: 121).

Por fim,

“a recusa da deficiência é apenas o avesso de nossa inerência a um mundo, a negação implícita daquilo que se opõe ao movimento natural que nos lança a nossas tarefas, a nossas preocupações, a nossa situação, a nossos horizontes familiares. Ter um braço fantasma é permanecer aberto a todas as ações das quais apenas o braço é capaz, é conservar o campo prático que se tinha antes da mutilação” (Idem, *Ibidem*: 122).

O amputado, então, se fixa a um esquema corporal que lhe é familiar (Manzi Filho, 2007), de modo a se empenhar em repetir as experiências que vivia com ele. Nesse sentido, o corpo habitual aparece como fiador do corpo atual. Há, assim, “uma resistência corporal, habitual, que insiste em fazer parte da familiaridade do amputado com o mundo” (Idem, *Ibidem*: 114). Contudo, isso não deixa de estar relacionado ao fato dele não encontrar-se isolado; há um “mundo humano” que lhe suscita intenções habituais, o que também significa dizer que esse mundo cultural¹⁶ - no qual quase toda nossa vida se passa (Merleau-Ponty, 2006a: 49) - gravita sobre sua percepção. Esse mundo lhe exige um engajamento ao que ele responde por meio de um “saber” sedimentado do corpo. Assim, é também ao projetar-se como unidade que o corpo responde a certas demandas que continuam a existir. O problema é

¹⁶ O reconhecimento desse mundo, na análise merleau-pontyana, inclui o ataque à atitude empirista em ocultá-lo. Ao indicar aquilo que as construções empiristas “tornaram incompreensível”, bem como “os fenômenos originais que elas mascararam”, o autor alega: “Elas nos escondem, primeiramente, o ‘mundo cultural’ ou o ‘mundo humano’, no qual todavia quase toda a nossa vida se passa”. Ao fazer do mundo cultural uma ilusão, - diz o autor-, o empirismo deforma a experiência (Merleau-Ponty, 2006a: 50).

que essas demandas são colocadas como algo anterior ao movimento do corpo, e não como seu efeito. Desse modo, ainda que a projeção do corpo como unidade seja o movimento originário, o imperativo cultural faz com que ele seja tido como incompleto, incapaz de responder a certas exigências externas: é nesse sentido que o corpo mutilado é estigmatizado: a objetivação do corpo não permite que ele seja pensado como uma unidade que se lança ao futuro, não obstante a mutilação. Ao invés disso, ocorre a valorização de um detalhe isolado em torno do qual são elaborados atributos negativos. “os objetos manejáveis, justamente enquanto se apresentam como manejáveis, interrogam uma mão que eu não tenho mais” (Idem, *Ibidem*: 122). Nesses mesmos termos, “(...) o homem assume em seu cotidiano um ‘corpo habitual’, para que cada gesto, a cada instante, não seja para ele um enigma ou mesmo um obstáculo” (Idem, *Ibidem*: 114).

Tem-se, assim, o passado, ou, melhor dizendo, a experiência passada, como fundo de conduta: “só tomo uma decisão porque me valho desse fundo sedimentado (quase-presente), assim como só vejo uma figura porque há um fundo que lhe sustenta” (Manzi Filho, 2009: 149). O hábito corporal, então, é esse saber constituído e re-convocado em toda conduta, ainda que o sujeito não se dê conta disso (não se trata, também, de um ato definido pelo sujeito).

O apego a um determinado esquema prático, como resposta às convocações desse mundo, levou Merleau-Ponty a reunir o fenômeno do braço-fantasma à abordagem psicanalítica do recalque:

“Pois o recalque de que fala a psicanálise consiste em que o sujeito se empenha em uma certa via – relação amorosa, carreira, obra - , encontra uma barreira nessa via e, não tendo força nem para transpor o obstáculo nem para renunciar ao empreendimento, permanece bloqueado nessa tentativa e emprega indefinitivamente suas forças em renová-la em espírito. (...) Eu alieno meu poder perpétuo de me dar ‘mundos’ em benefício de um deles. (...) Todo recalque é a passagem da existência em primeira pessoa a um tipo de escolástica dessa existência, que vive para uma experiência antiga ou antes para a recordação de tê-la tido, depois para a recordação

de ter tido essa recordação e assim por diante, a ponto de que finalmente ela só retenha sua forma típica” (Merleau-Ponty, 2006a: 124).

Assim, nos dois fenômenos relacionados, um mundo momentâneo dá forma à vida do indivíduo. Da relação entre a experiência do recalque e a experiência do membro fantasma, chegamos, então, há uma constatação importante, que também pode ser compreendida pelas palavras de Viviani (2007): “O organismo é essa forma que recalamos para que a existência pessoal possa emergir e que exerce o ‘papel de um complexo inato’, mas que também exerce o ‘movimento da existência’” (Viviani, 2007: 4). Ou, nas palavras do próprio Merleau-Ponty, meu organismo, “como adesão pré-pessoal à forma geral do mundo (...) desempenha, abaixo de minha vida pessoal, o papel de um complexo inato. Ele não existe como coisa inerte, mas esboça, ele também, o movimento da existência” (Idem, *Ibidem*: 125), ou seja, ele também se empenha em uma certa via (o que equivale ao seu movimento nesse mundo), e, nessa trajetória, se depara com os obstáculos que vivo, através dele, no “mundo humano”, no âmbito cultural: a maior parte do tempo, a existência pessoal recalca o organismo, sem poder nem ir adiante nem renunciar a si mesma. Nesse sentido, a fenomenologia merleau-pontyana é decisivamente útil para tratarmos do cerne deste capítulo: a resistência do corpo no âmbito cultural. Contudo, o próprio movimento corporal não permite o esgotamento das significações da nossa experiência no mundo: afinal, “justamente porque pode fechar-se ao mundo, meu corpo é também aquilo que me abre ao mundo e nele me põe em situação” (Idem, *Ibidem*: 229).

A esse respeito, Merleau-Ponty afirma que “a aquisição do hábito é a apreensão de uma significação, mas é a apreensão motora de uma significação motora” (Idem, *Ibidem*: 210). Em síntese, “todo hábito é ao mesmo tempo motor e perceptivo”. Ao mesmo tempo em que sustenta a ideia da experiência do corpo no mundo como anterior às representações, este argumento nos fala da formulação de um saber que é possível na aquisição desse hábito, e que se opõe ao que ele entende como uma “filosofia enquanto reflexão radical”:

“a motricidade é a esfera primária em que em primeiro lugar se engendra o sentido de todas as significações do domínio do espaço representado. (...) Mesmo se (...) o pensamento e a percepção do espaço se liberam da motricidade e do ser no espaço, para que possamos representar-nos no espaço é preciso primeiramente que tenhamos sido introduzidos nele por nosso corpo¹⁷, e que ele nos tenha dado o primeiro modelo das transposições, das equivalências, das identificações que fazem do espaço um sistema objetivo e que permitem à nossa experiência ser uma experiência dos objetos, abrir-se a um ‘em si’” (Idem, *Ibidem*: 197).

Por fim, “o hábito não é nem um conhecimento nem um automatismo (...). Trata-se de um saber que está nas mãos, que só se entrega ao esforço corporal e que não pode se traduzir por uma designação objetiva” (Idem, *Ibidem*: 198).

Tem-se, então, o corpo tentando se reorganizar antes de qualquer escolha racional. E é justamente por esse caminho que nossas possibilidades de ser no mundo não se esgotam. E não há como o conhecimento objetivo decompor esse *tecido intencional* (Idem, *Ibidem*: 84), porque ele é pré-objetivo. Não obstante a fixação ao passado “quase-presente”, o tempo que Merleau-Ponty chama de “tempo pré-pessoal”, o tempo *a priori*, “recomeça a se escoar” e, exatamente por isso, “o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro impossível, senão em seus pensamentos explícitos, pelo menos em seu ser efetivo”¹⁸ (Merleau-Ponty, 2006a: 147). Disso decorre uma importante constatação: a sublimação do mundo natural¹⁹ em

¹⁷ O autor ilustra alguma de suas considerações acerca do saber habitual do corpo através de exemplos como o do automóvel: “se tenho o hábito de dirigir um carro, eu o coloco em uma rua e vejo que ‘posso passar’ sem comparar a largura da rua com a dos pára-choques, assim como transponho uma porta sem comparar a largura da porta com a de meu corpo” (Merleau-Ponty, 2006a: 198).

¹⁸ É preciso lembrar dessas considerações quando estivermos falando em reflexividade: do espaço pré-objetivo, pré-pessoal e, portanto, pré-reflexivo: daí as dificuldades de se agir racionalmente.

¹⁹ Merleau-Ponty faz questão de esclarecer que o “mundo natural” de que fala é diferente do sentido da natureza da perspectiva empirista: “a natureza da qual o empirismo fala é uma soma de estímulos e de qualidades. É absurdo pretender que essa natureza seja, mesmo que só em intenção, o objeto primeiro de nossa percepção: ela é muito posterior à experiência dos objetos culturais, ou, antes, ela é um deles. Precisaremos portanto redescobrir também o mundo natural e seu modo de existência, que não se confunde com aquele do objeto científico. (...) Se abandonarmos o postulado da prioridade dos conteúdos, estamos livres para reconhecer o modo de existência singular do objeto atrás de nós (Idem, *Ibidem*: 51).

mundo cultural é tornada ao mesmo tempo possível e *precária*²⁰ pela estrutura temporal de nossa experiência (Idem, *Ibidem*: 125). Algo muito diferente do que ocorre no cenário em que o controle sobre as pulsões e manifestações corporais é a marca da capacidade reflexiva do sujeito. Há algo dito por Manzi Filho (2009) que é muito importante para falarmos do poder de reabilitação dos corpos estigmatizados a partir do trabalho de Merleau-Ponty:

“o hábito mostra também algo fundamental a Merleau-Ponty (1945/1967): *uma atmosfera de probabilidade. Quer dizer, se disponho de um saber frente a situações conhecidas, ao mesmo tempo, eu posso agir diferentemente frente à mesma situação*²¹. Entretanto, é provável que eu aja de um modo habitual, sem como isso excluir que ‘eu posso’ agir de um outro modo. Há sempre um ‘poder’ de agir que transborda qualquer determinismo, mas que não ignora a nossa história, nossos modos privilegiados de ação, pois é sempre a partir desta história sedimentada que posso agir ou pensar (p. 453)” (Manzi Filho, 2009: 147).

Afinal, Merleau-Ponty também sugere que uma nova unidade se instaura com o colapso do membro fantasma. Nesse sentido, a recusa da mutilação seria apenas *uma* probabilidade de ação diante da situação conhecida (no caso, a amputação), *uma resposta particular* aos chamamentos feitos ao indivíduo no mundo-da-vida. Da mesma forma,

“Certos pacientes podem estar próximos da cegueira sem terem mudado de ‘mundo’: nós os vemos chocar-se a objetos em todas as partes, mas eles não têm consciência de não ter mais qualidades visuais e a estrutura de sua conduta não se altera. Outros doentes, ao contrário, perdem seu mundo a partir do momento em os conteúdos se esquivam, renunciam à sua vida habitual com o mundo antes de terem perdido o contato sensorial” (Merleau-Ponty, 2006a: 119).

Essas respostas são, portanto, igualmente possibilitadas por esse tempo que escoia, e pelo qual nossos corpos se movimentam em busca do equilíbrio. Da mesma forma, nossos

²⁰ Grifo nosso.

²¹ Grifo no original.

envolvimentos técnicos também dizem respeito ao horizonte de possibilidades que se apresenta ao longo das trajetórias dos nossos corpos:

“nos abrimos para o mundo, e o constituímos, a partir de possibilidades técnicas sempre conflitantes, ambíguas. Essa ambigüidade e esse conflito são aspectos fundamentais dos horizontes históricos que se nos abrem – a nós, sempre suplementados por artefatos” (Ferreira, 2004: 39).

Como já foi dito, nós tentaremos, a partir da obra fenomenológica de Merleau-Ponty, entender o processo de reintrodução da unidade do corpo mutilado e/ou deformado pelas cirurgias cosméticas, ou seja, a preservação de um sentido de unidade. Em primeiro lugar, nós gostaríamos de retomar as considerações que fizemos no início deste tópico: os saberes e práticas pelos quais se difunde o consumo das cirurgias cosméticas impõem o nosso próprio corpo como um objeto exterior a nós, sendo que, nesse mesmo processo, somos convencidos da nossa capacidade de manuseá-lo pelo uso da técnica. A violência das experiências mal sucedidas, no entanto, reside exatamente no fato delas radicalizarem o significado do meu corpo como objeto externo a mim: por conseguinte, a estigmatização cria a incapacidade do indivíduo em manusear seu corpo. Se eu sou civilizado quanto mais recalco as manifestações do meu corpo, os resultados da cirurgia demonstram minha incapacidade flagrante para administrar a mim mesmo como sujeito (Sibilia, 2004: 73). Contudo, o que queremos dizer, mais uma vez, é que ainda assim essa é uma experiência corporal pela qual novos sentidos podem ser formulados. Ou seja, a fenomenologia como instrumento analítico não é cancelada quando uma ética do corpo não é respeitada. Esses corpos, afinal, prosseguem em seu movimento intencional.

Assim como nas considerações merleau-pontyanas acerca da experiência do membro-fantasma, as experiências significadas pelos informantes nos falam, também, do apego a uma experiência passada, bem como a uma determinada conduta que se tinha antes da cirurgia. Mas, enquanto uns persistiram em conservar o campo prático das suas ações passadas, outros

renunciaram à vida habitual²²: essas são, grosso modo, as principais respostas dadas pelos informantes ao mundo com o qual estão comprometidos.

A ideia do recalque orgânico, que não deixa de nos falar da materialidade corpórea que as nomeações, atributos e significados de uma representação coletiva tentam apreender, e que, portanto, se expressa na relação imediata do corpo com o mundo, aparece de modo muito claro nas experiências que nos foram narradas. Um exemplo muito claro disso é a maneira como algumas mulheres definem a experiência da mutilação do seio. A experiência do corpo “esbarra” na representação cultural dessa parte do corpo: a amputação equivale à perda de certos atributos e à anulação de certas experiências relacionadas ao seio, tais como feminilidade, sexualidade, maternidade. Mas, voltamos a insistir, essas representações do corpo aparecem, sob a influência da obra de Merleau-Ponty, como consequência do próprio movimento do ser-no-mundo. O que o autor aborda como recalque orgânico figura exatamente no controle das experiências corporais que tem sido promovido pelos projetos de subjetivação atuais: assim, o que vivemos com nosso corpo não é encarado como indício do movimento espontâneo de que nos fala Merleau-Ponty; ao invés disso, torna-se objeto da responsabilidade individual:

“Nós tomamos em nossas mãos o nosso destino, tornamo-nos responsáveis, pela reflexão, por nossa história, mas também graças a uma decisão em que empenhamos nossa vida, e nos dois casos trata-se de um ato violento que se verifica exercendo-se” (Merleau-Ponty, 2006a: 19).

Podemos sugerir que o ato violento mencionado por Merleau-Ponty se verifica, também, na grande ansiedade do sujeito contemporâneo de exercer esse controle sobre a própria trajetória que ele segue *com* seu corpo. Seguiremos tratando do cenário dessa

²² No primeiro caso, podemos incluir o uso de próteses e a submissão às cirurgias reparadoras como forma de manter as possibilidades anteriores, ou como tentativa de conservar aquela parte do corpo no horizonte de sua vida (Merleau-Ponty, 2006a: 121). No segundo caso, foi comum, por exemplo, o relato de pessoas que passaram a evitar sair de casa, ou de mulheres que deixaram de ter uma vida sexual ativa devido à mutilação do seio, etc.

ansiedade, em que o próprio corpo se torna o grande risco a ser gerido pelo indivíduo, no que sugerimos que o trabalho de Merleau-Ponty, justamente por sua ênfase na unidade corporal, nos estimula a falar da experiência de sentir-se incomodado com um detalhe do corpo (para a qual a cirurgia cosmética se colocaria como a saída) enquanto uma “experiência fenomenológica da fragmentação”, em que um fragmento do corpo é capaz de ordenar o todo, retomando, assim, um sentido de unidade. Ademais, essa experiência revela uma espécie de esquizofrenia: sou meu corpo, mas não me reconheço nele. No entanto, é esse detalhe que eu insisto em não reconhecer como meu que me mobiliza em minha trajetória com meu corpo. O trabalho de Merleau-Ponty pode dar conta de uma experiência dissociativa: memória carnal e realidade pós-amputação. Pensamos que mesmo essa experiência de dissociação é corporal. Por isso, o trabalho do autor continua a nos servir de inspiração para uma fenomenologia da experiência da fragmentação.

Também se faz inspiradora a descrição de *punctum* feita por Barthes, ao tratar da experiência fotográfica em seu trabalho intitulado *A câmara clara: notas sobre a fotografia* (1984), referindo-se ao detalhe da foto que “me punge (e que também me mortifica, me fere)” (Barthes, 1984). Nesse sentido, haveria, na fotografia, um ponto capaz de prender a atenção do espectador. Esse ponto seria, também, o detalhe que organiza a foto em sua totalidade. Ao mesmo tempo em que esse ponto é fixo, ele nos desloca para uma vida exterior ao retrato e remete o espectador a um referente:

“Chamo de ‘referente fotográfico’ não a coisa *facultativamente* real a que remete uma imagem ou um signo, mas a coisa *necessariamente* real que foi colocada diante da objetiva, sem a qual não haveria fotografia. A pintura pode simular a realidade sem tê-la visto. O discurso combina signos que certamente têm referentes, mas esses referentes podem ser e na maior parte das vezes são ‘quimeras’. Ao contrário dessas imitações, na Fotografia jamais posso negar que *a coisa esteve lá*. (...) O nome do noema da Fotografia será então: “*Isso-foi*” (Barthes, 1984: 114).

Nesse sentido, podemos inferir que, se a fotografia revela o que se foi, ela possui um poder pungente de revelar nossa precibilidade, nossa mortalidade. É justamente essa

precariedade que o registro da fotografia destaca: “sinto que a Fotografia cria meu corpo ou o mortifica, a seu bel-prazer” (Idem, *Ibidem*: 22).

A título de ilustração, poderíamos fazer uma analogia entre a experiência fotográfica e a experiência de conviver com um detalhe do corpo que lhe traz insatisfação estética e que afasta o sujeito do corpo que ele desejaria ter. Esse seria, em nossa análise, o primeiro momento da experiência da fragmentação, em que esse detalhe organiza a percepção do sujeito acerca de seu próprio corpo, ao mesmo tempo em que o mobiliza a como lidar com essa parte do corpo (no nosso caso, a resposta dada pelo sujeito é a decisão de controlá-la pela cirurgia). O segundo momento é o da experiência mal sucedida da cirurgia, quando a técnica não consegue controlar o corpo. É quando esse detalhe passa a revelar o “isso-foi”, distanciando o sujeito do corpo que ele tinha. O detalhe, então, revela a mortalidade do corpo, a entropia última.

A partir dessas contribuições, veremos como é possível conceber, fenomenologicamente, essa esquizofrenia que caracteriza a experiência da fragmentação do corpo. Ademais, reforçamos, com isso, nosso argumento de que o indivíduo não perde sua intencionalidade quando é objetivado: também a experiência do *punctum* nos mostra que há sempre um sentido de unidade que é retomado a despeito da mutilação, como diria Merleau-Ponty. Afinal, ele é também um detalhe que organiza. A questão, aqui, é compreender como esse detalhe mobiliza o indivíduo; que modos de ressignificação e ressimbolização são despertados a partir da experiência desse detalhe. Inclusive, podemos entender que o sentido da opressão sofrida pelos corpos pós-cirúrgicos tem algo a ver com a qualidade ética ou política de um detalhe que tiraniza sua vida.

2.2. Objetivação e Estigmatização dos Corpos Pós-Cirúrgicos

“Para uma sociedade que se crê imortal, o espetáculo da degradação do objeto em que se vê não pode ser suportado. (...) Não se pode suportar que os membros que a

representam, que os corpos em que existe, estejam destinados a perecer (Rodrigues, 1983: 61).

Conforme já dissemos, o risco da perecibilidade tem sido elemento norteador da construção corporal realizada pelas cirurgias cosméticas. Podemos compreender a cirurgia cosmética como modalidade do que Rodrigues (1983) chama de rito purificador, disposto a civilizar a pele e domesticar o corpo, numa espécie de profilaxia simbólica. Nesses termos, “a beleza é vinculada à aparência de limpeza do corpo, o qual deve estar livre de impurezas, isto é, com ausência de resíduos” (Gauer, 2005: 401). Como veremos, esse valor estético da “pureza” será fundamental para falarmos dos riscos representados pelos corpos pós-cirúrgicos.

Por outro lado, o malogro dessas cirurgias significa, dentre outras coisas, uma falha no gerenciamento desse risco, do que decorre um novo perigo que se expressará na visibilidade dos corpos alterados: os corpos pós-cirúrgicos fazem circular o risco de perdermos o controle sobre nós mesmos. No entanto, há algo curioso nisso tudo: o modelo de subjetivação pelo qual se realiza o consumo das cirurgias cosméticas não é questionado; ao contrário, as experiências mal sucedidas exigem que ele seja atualizado, e nisso consiste um trabalho de reflexividade extra.

Num primeiro momento, as imagens dos corpos enaltecidos pela mídia, tidos como belos e harmônicos, sempre associados aos recursos oferecidos pela indústria do culto ao corpo (malhação, cirurgias cosméticas etc.), sugerem nossa capacidade de administrar certos riscos associados à vulnerabilidade do nosso corpo a certos perigos. Ortega (2008), por sua vez, argumenta que é precisamente devido à essa sobrevalorização, e ao enorme investimento simbólico que vem sofrendo, que “o corpo tornou-se objeto de desconfiança, receio, angústia, insegurança e mal-estar para muitos” (Ortega, 2008: 13).

Por outro lado, sabemos exatamente qual seria o contraponto da estética corporal valorizada pela mídia: o corpo obeso, flácido, com rugas. Logo, somos levados a reconhecer essas ameaças em nós mesmos, refletir sobre elas e gerenciá-las. Essa é também uma atitude preventiva: quanto mais refletirmos sobre esses riscos, quanto maior nossa prudência em relação a eles, mais seremos capazes de controlá-los. A estética dos corpos pós-cirúrgicos, no entanto, nos falam exatamente o contrário: são imagens do descontrole do corpo e do *self*, testemunhas de uma imprudência, da perecibilidade do corpo. E, exatamente por isso, a imagem desses corpos é disciplinadora.

Ao mesmo tempo, as reações diante da imagem dos corpos mutilados e/ou deformados pelas cirurgias nos falam de uma associação moral entre pureza e prudência. Num cenário de aversão aos excessos do corpo, essas imagens são portadoras de uma enorme potência negativa, como sugere Sibilia (2004); o corpo pós-cirúrgico exacerba o novo sentido da impureza: somos impuros à medida em que revelamos nossa imperfeição e finitude: “toda impureza orgânica será repelida” (Sibilia, 2004: 70).

O sentido do risco veiculado pelos corpos pós-cirúrgicos nos mostra que nossos projetos técnicos em busca do autocontrole podem muito bem fracassar. Mas, se esse risco é generalizado, ou seja, se sugere uma situação a que todos nós, enquanto seres “encarnados”, estamos susceptíveis, ele está associado, acima de tudo, a uma ética da responsabilidade individual. Ou seja, a exacerbação da impureza de que fala Sibilia significa uma manipulação inadequada do corpo que, por sua vez, é fruto da compulsão. Logo, os resultados das cirurgias mal sucedidas acusam prioritariamente o trabalho de reflexão que os produziu. Por conseguinte, é o *self* que se condena. O corpo impuro simboliza a incapacidade do indivíduo em calcular os riscos ao seu corpo e de preveni-los através de decisões e escolhas adequadas.

No entanto, há algo importante a se considerar acerca do sentido do risco difundido pelo trânsito desses corpos: ele só se configura realmente como ameaça porque sugere que as “coisas do corpo” estão fora do seu devido lugar. Nesse sentido, não podemos deixar de fazer

referência à já conhecida associação feita por Douglas (1991) entre impureza e desordem e outras relações que operam sobre os significados atribuídos em torno dos corpos pós-cirúrgicos:

“A reflexão sobre a impureza implica uma reflexão sobre a relação entre a ordem e a desordem, o ser e o não ser, a forma e a ausência dela, a vida e a morte. Onde quer que as ideias de pureza estejam fortemente estruturadas, a sua análise revela que põem em jogo estes profundos temas” (Idem, *Ibidem*: 10).

Podemos, através disso, complementar o argumento de Sibilia, de que o sentido atual da impureza dos corpos está relacionado à manifestação da sua condição carnal e material, sugerir que o perigo que eles representam reside justamente no fato de que essa manifestação representa uma desordem, o perigo da indefinição. Essa impureza significa, enfim, o risco à ordem das representações do corpo. A carne é, então, a base material dessa ameaça, e o significado da sua impureza.

“é o subproduto de uma organização e de uma classificação da matéria, medida em que ordenar pressupõe repelir os elementos não apropriados. (...) concebemos a impureza como uma espécie de compêndio de elementos repelidos pelos nossos sistemas ordenados” (Douglas, 1991: 30).

Tanto a impureza de que estamos falando, quanto o risco a ela relacionado, são coisas relativas, dependem do contexto em que estão estruturadas. Beck fala do aspecto contextual do risco, do mesmo modo que Douglas diz que “o que é puro em relação a uma coisa, pode ser impuro em relação à outra e vice-versa” (Douglas, 1991: 11). Nesse sentido, cabe repetir algo que já dissemos: a cirurgia diz respeito à desordem da carne de onde se espera que surja o elemento civilizado que é a beleza.

Podemos dizer que, apesar de se tratar de um projeto de normalização dos corpos, a cirurgia cosmética necessariamente provoca uma desordem corporal que vai de encontro às próprias concepções de inteireza e harmonia corporal promovidas no seu consumo. Esse paradoxo é também percebido por Shildrick (2008), ao argumentar que, quanto mais a biomedicina (no que inclui as cirurgias plásticas) invade, corta, manipula o corpo, mais ela

desestabiliza suas próprias categorias de estabilidade. Do mesmo modo, o período pós-cirúrgico é tido como uma etapa necessária rumo ao “resultado final”. A etapa da recuperação da cirurgia é a fase solitária em que o indivíduo lida com as marcas e sinais de um corpo “temporariamente desorganizado”, e que possivelmente causariam incômodo e constrangimento entre as pessoas, caso o recém-operado decidisse quebrar o repouso e fazer circular as manifestações abjetas de seu organismo. Contudo, passada essa fase, na qual certas reações do corpo são toleradas, espera-se que o corpo retorne ao cotidiano, belo e estabilizado:

“Tanto no momento da cirurgia – que é o da desfiguração do corpo pelo bisturi – quanto no período pós-operatório, o corpo precisa ser temporariamente ‘feio’ e incapacitado, mantido na reclusão, longe do olhar do outro e da cena social, até que esteja totalmente pronto para retomar suas atividades” (Mélo, 2011: 86).

Existem condições de circulação dos corpos disformes; eles podem se tornar visíveis em determinadas circunstâncias: a serviço da arte, do conhecimento científico, da estética, ou num sentido pedagógico. É o caso das exposições de arte que apresentam corpos submetidos à técnica da *plastinação* desenvolvida há algumas décadas pelo anatomista alemão Gunther von Hagens para conservação de cadáveres. Através desse método, os fluidos corporais são substituídos por materiais de plástico, como silicone, e os aspectos mais “clandestinos” do corpo são dados, então, à contemplação do público²³. Essa ambigüidade se faz muito presente em programas televisivos como Dr. Hollywood, cuja proposta é mostrar os “bastidores” da realização das cirurgias plásticas. A beleza é um valor fundamental, mas o contexto em que ela é proposta se utiliza da visibilidade dos corpos inertes, abertos, retalhados, que, depois, se tornam testemunhas de sua própria reconstrução. O resultado final desse processo é justamente o “fechamento” desses corpos, ou seja, o ocultamento dos excessos orgânicos que “sela” sua condição de corpos integrais, normalizados, corrigidos ou aperfeiçoados. Eles

²³ Para ver o vídeo de uma exposição como essa:

http://www.youtube.com/watch?v=jyHQjJlvL90&feature=player_embedded

revelam um processo de descivilização que, no entanto, deve sempre ser reversível. O processo todo é, portanto, pedagógico, sobretudo porque, nesse caso, elementos indesejados como hematomas, dores, incômodos, são atenuados.

Os corpos deformados pelas cirurgias são, em contraste, corpos desterritorializados, nômades, que não obedecem a essas condições de circulação. São corpos que escapam da reversibilidade que deveria suceder a fase propedêutica de “descivilização” que a transformação corporal realizada pela cirurgia necessariamente inclui. São corpos que “não retornaram”, justamente porque deixam ver o deslocamento de uma natureza que teria que estar “devidamente colocada em seu lugar e controlada pela própria organização biológica do corpo” (Rodrigues, 1983: 164). Isso parece se confirmar nas narrativas dos informantes a respeito do seu período de recuperação, sobretudo os que passaram pela experiência da mutilação: constantemente se referiram ao pavor diante das manifestações do seu corpo e dos indícios de sua decomposição (secreções, ulceração, necrose etc.); uma desordem que, enfim, não cessava, e que sugeria a proximidade da morte: foi assim que se caracterizou, nessas experiências, o encontro entre o corpo habitual e o corpo atual.

As manifestações do organismo falavam de um não-lugar, algo insuportável até mesmo ao olhar do próprio operado. Não se tratava simplesmente de um corpo que não poderia circular, mas de um corpo deslocado dele próprio, e que ultrapassava os limites esperados da reação do corpo na fase pós-cirúrgica. Foi exatamente nessa autocontemplação do pós-cirúrgico, nos contatos do indivíduo com seu “novo corpo”, que se revelou o impacto de uma estrutura simbólica sobre sua experiência corporal. Diante da experiência habitual como referência, seu corpo atual se torna indefinido. Sua presença significa, para ele próprio, a desorganização de uma ordem simbólica. A propósito, nem sempre os resultados adversos de uma cirurgia estética podem ser vistas pelo público (como é o caso das cicatrizes no seio), mas o olhar do “público” se instala no indivíduo, afetando sua experiência com seu corpo. É sob o peso dessa ordem que ele reconhece a ameaça que seu corpo passou a representar. Falar

dessa ordem é, portanto, falar das significações que já estão dadas para seu corpo e que foram introjetadas pelo indivíduo.

Assim, tento reconhecer meu “novo” corpo, mas não consigo; não me vejo apenas distanciado dele: eu já não consigo distingui-lo; ele parece com tudo que eu sempre considerei impuro e perigoso. Sinto pavor diante de mim mesmo (assim, é por essa fixação ao corpo habitual que se dá o “estranhamento de si”, nesse processo). O corpo continua sendo, portanto, um objeto que me é externo, mas já não me vejo tão capaz de dominá-lo. Mas, ao mesmo tempo, *eu* o sinto, continuo a ser *com* ele, e é por ele que continuarei conhecendo o mundo: não há como escapar dele.

Experiências-limite como essas, fatalmente revelam a condição carnal que na maior parte de minha existência eu procurei recalcar. E, porque o tempo pré-pessoal torna a correr, torno também a dar significado a minha vida; minha existência pessoal torna a recalcar meu organismo: é nesse momento que reconheço meu corpo pós-cirúrgico como impuro e perigoso. Na percepção do corpo mutilado, ele, o próprio corpo, se torna o próprio objeto cultural que cai sob o olhar do indivíduo, desperta sua atenção e se faz entender por ele: “sou então arrastado para uma coexistência da qual não sou o único constituinte” (Idem, *Ibidem*: 342).

O sentido da impureza e do perigo elaborado pelo indivíduo mediante sua experiência da mutilação sugere que o conteúdo subjetivo da experiência se atrela a uma “realidade socialmente constituída, plena de significados compartilhados e negociados na vida cotidiana” (Giordani, 2004: 15). Por isso mesmo, a desordem a que esses corpos correspondem é compreendida tanto pelo indivíduo operado quanto pelos seus pares sociais; ele passa a ser um indivíduo *poluído* e também *poluígeno* para si mesmo e para os demais. (Rodrigues, 1983: 141). É esse sentido compartilhado que assegura a eficácia dos estigmas elaborados em torno dos corpos pós-cirúrgicos.

Como dissemos, utilizaremos o conceito de estigma para abordarmos as experiências dos corpos deformados, após o período de recuperação da cirurgia. Ao mesmo tempo, ele nos permitirá falar do tipo de abertura para o mundo que foi possibilitado a partir do envolvimento desses indivíduos com o recurso técnico em questão. Veremos que as experiências corporais desses indivíduos serão categorizadas como uma desvantagem que, por sua vez, pode ser entendida no que Goffman (1988) denominou “abominações do corpo”, as várias deformidades físicas descritas na sua tipificação do estigma. Por tal noção, esses indivíduos são tidos como inabilitados para uma aceitação plena, uma vez que são portadores de sinais corporais que, de acordo com seu contexto social, evidenciam alguma coisa de extraordinário ou mau (Goffman, 1988: 11).

Também é preciso dizer que esses estigmas se configuram quando o indivíduo é tido como incapaz de responder às solicitações do mundo através de seu corpo atual. Há, assim, um desprezo social em relação a esse corpo.

É preciso lembrar, antes de tudo, que esses estigmas são também um efeito da trajetória desses corpos no mundo, e, mais uma vez, podemos recorrer à noção merleau-pontyana de recalque orgânico para entender como eles se configuram. Além disso, eles dizem respeito a características negativas adquiridas, ou seja, a experiências diferentes dos estigmas construídos em função de “defeitos congênitos”, por exemplo. Isso porque, como já enfatizamos diversas vezes, eles estão relacionados a escolhas e decisões feitas pelo próprio indivíduo: ninguém escolhe ser negro num contexto de discriminação, ou ninguém escolhe nascer cego, ou ter nascido com lábio leporino. Mas, quando cicatrizes saltam no corpo como produto de negligência, imperícia, a situação do corpo é fatalmente relacionada a uma decisão pessoal (nesse caso, o sentido da distinção entre cirurgias estéticas e cirurgias reparadoras aparece com mais nitidez). Podemos associar tudo isso a um tipo de estigma que Goffman relaciona às “culpas de caráter individual” (Idem, *Ibidem*: 14).

Podemos entender, ainda, que os estigmas em questão equivalem ao rompimento do casulo protetor do indivíduo nas situações de interação cotidiana (Giddens, 2002: 58), proteção essa que é mantida pelo controle rotineiro do corpo. Há, nessa ideia de “casulo protetor”, uma relação fundamental entre a aparência do indivíduo e uma espécie de “estoque de conhecimento” disponível a seu respeito, ou seja, entre a imagem do corpo e a trajetória de vida (o que obviamente inclui suas práticas, escolhas e atitudes, enfim). Assim, a aparência é sugestiva dos tipos de experiências anteriores que já foram vividas por ele. O isolamento físico, inclusive, é visto por Goffman como uma atitude tomada pelo “indivíduo desacreditável” para se afastar da maior parte daqueles contatos em que a sua desvantagem possa ser incluída como parte de sua biografia (Goffman, 1988: 11). É cabível perguntar, então, que interpretações são feitas em torno da aparência dos indivíduos deformados pelas cirurgias? Já nos referimos a uma dessas interpretações, uma que é central em nosso estudo: esse indivíduo é desacreditável à medida em que sua corporeidade não expressa o autocontrole que envolve a reflexão adequada a respeito de riscos conhecidos, mediante a amplitude de informações disponíveis pelo saber técnico e científico.

Já sugerimos que o “sucesso” das cirurgias também teria algo a ver com um “saber corporal adquirido” que igualmente traria alterações na rotina do indivíduo, exigindo, do mesmo modo, readaptações. No entanto, as cirurgias bem sucedidas estariam mais próximas de serem objeto de recompensa e de reconhecimento social, ao passo que as experiências fracassadas da cirurgia significaria esse descrédito em relação ao indivíduo, conforme Goffman argumenta.

A presença do estigmatizado no cotidiano equivale à disseminação de um risco configurado a partir da tentativa malograda de controlar uma outra ameaça. A imagem desses corpos ameaça o sonho de “dominar a carnalidade inefável e incômoda (...) fatalmente submetida à dinâmica abjeta das secreções e da decomposição orgânica” (Sibilia, 2004: 69). Em suma, a presença desses corpos é a evidência da entropia, é a imposição de se pensar na nossa finitude (Rodrigues, 1983).

Sobretudo porque ele é capaz de comprometer a estabilidade da rotina habitual das experiências que temos com nosso corpo, surge a necessidade de categorizar o corpo disforme de modo a assegurar que ele é uma “exceção”. Ele é disciplinador no sentido de ensinar sobre o risco decorrente de um exercício de reflexividade precário. Mais: sabe-se exatamente que tipo de prática resultou na sua produção, o que torna mais fácil evitá-la. A presença do corpo estigmatizado atualiza, portanto, a revisão da prática e das atitudes dos demais. Ele passa a ser o simbolismo em operação (Manzi Filho, 2009: 149), o próprio risco a partir do qual os outros refletirão. O indivíduo estigmatizado passa a ser “o outro”, o objeto que tem a função de reafirmar certas ameaças cotidianas. O estigma criado em torno da visibilidade desses corpos é resultado de um exercício disciplinador do olhar²⁴ e de sua cumplicidade com a atitude de fixar o outro no pensamento. Mas, acima de tudo, o estigmatizado se torna objeto de seu próprio olhar: ocorre também a transformação do olhar do indivíduo, na mirada do próprio corpo. Ele deve recuar diante de si mesmo. Mais uma vez, verificamos, aí, um trabalho extra de subjetivação a partir do risco. A eficácia do estigma depende de que o próprio indivíduo, ciente da ameaça que seu corpo representa, saiba por onde e quando trafegar. Em suma, é preciso que o indivíduo que possui o estigma esteja ciente do poder de sua presença de criar uma desordem na segurança ontológica que garante a ordem simbólica (Le Breton, 2007: 74). Inclusive sugerimos, já no tópico anterior, em que tratávamos da relação entre impureza dos corpos e ordem simbólica, o impacto dessas relações objetivas nos sentidos dados pelo indivíduo a partir do seu contato com o novo corpo. Podemos aludir às constatações de Goffman:

“os padrões que ele incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o inevitavelmente (...) a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser” (Goffman, 1988: 17).

²⁴ As informações expressas na aparência do estigmatizado reafirmam que toda visibilidade é política. Ou seja, a criação dos estigmas faz esse apelo à visão. Não foi à toa a desconfiança do pensamento francês do século XX em relação à visão – tomemos como exemplo a crítica ao ocularcentrismo, fundamentado na ideia da superioridade da visão como forma de conhecer e estudar o mundo – que marca o trabalho de autores como Bataille, Sartre, Derrida, Barthes, entre outros.

O estigma, portanto, também traz o sentido da resistência do corpo, o que consideramos o elo entre as perspectivas teóricas adotadas por nós. Do mesmo modo, ele também significa a existência pessoal recalando o organismo (Merleau-Ponty, 2006a: 125), condição também necessária à configuração dos riscos associados ao sentido atual do corpo impuro. Eles podem ser igualmente entendidos como uma interferência social, um entrave cultural pela qual as experiências do ser-no-mundo são transformadas em experiências negativas que definirão o estoque de informações disponíveis sobre o indivíduo deformado. Nesses casos, ao indivíduo só é permitido reconhecer as perdas em decorrência da sua experiência mal sucedida; ele só consegue olhar em uma determinada direção do horizonte de possibilidades.

No entanto, sugerimos que a visibilidade dos corpos estigmatizados quando a estética do risco e da impureza de que estamos tratando aqui sugerem o rompimento com o texto que alinha os corpos e lhes determina lugares. Este pode ser um dos sentidos da “suspeita em relação à carne”, bem como da tentativa de ocultar certas manifestações corporais: o corpo, em que habita a carne, é capaz de desmentir esse texto; o corpo é, na verdade, o produtor do seu sentido.

A análise feita por Neal Curtis acerca do trabalho de Grosz (1995) intitulado *Bodies and Knowledges: Feminism and the Crisis of Reason* nos apresenta uma perspectiva semelhante: Em primeiro lugar, Grosz nos fala da contribuição do corpo para o texto e, por extensão, para a eficácia da lei. Segundo a autora, a lei pressupõe a necessidade de sua “incorporação”. No entanto – prossegue – essa dependência da lei em relação ao corpo é sempre negada, justamente porque, sendo ela abstrata e geral (e, sobretudo por se pretender universal – acrescentamos), é ameaçada pela particularidade dos corpos: “o caso particular de cada corpo é uma ameaça potente, um distúrbio no âmbito de uma legislação universalizada” (Curtis, 1999: 253).

O tema da resistência do corpo também nos leva a dizer algo a respeito da associação – histórica e culturalmente legitimada – entre as mulheres e as “coisas do corpo”, e o modo como, ao longo da história, essa relação tem promovido a subjugação feminina. Há aqui um interesse fundamental: compreender a experiência do recalque orgânico – no que se inclui a experiência de certos estigmas - vivida pela mulher contemporânea. Esse interesse se justifica, inclusive, como forma de tratarmos do dado estatístico que aponta a predominância de informantes do sexo feminino em nosso estudo (e que coincide com as estatísticas do consumo das cirurgias num contexto mais amplo, como dissemos).

Veremos que, de modo geral, a re-significação e a re-simbolização de suas experiências sugeriram que as próprias informantes se estigmatizam, ao associar a mutilação ou deformação do corpo à perda de atributos de feminilidade. Isso obviamente tem a ver com os entraves culturais que lhe dificultam viver, por meio de seu corpo atual, determinadas experiências ligadas à subjetividade feminina.

A associação entre o corpo feminino à uma ideia de descontrole é um elemento fundamental no que concerne à opressão sofrida pelas mulheres ao longo da história. A medicina do século XIX, por exemplo, contribuiu para a construção da diferença sexual enfatizando as manifestações da corporeidade feminina enquanto sinal de um descontrole. De acordo com Peter (2003), alguns autores dessa época consideravam que a própria existência das mulheres já a confundia com seres doentes, sendo, por isso, tachadas de “patologias ambulantes”:

“Isto se dava em função da série de fenômenos que transformavam sua vida constantemente, como gravidez ou as ‘hemorragias periódicas’. O curioso é que estes processos se davam dentro de uma ordem. Afinal, a própria menstruação era chamada de ‘regras’ e indicava o estado de saúde da mulher. Mas esta ordem parecia estranha e bizarra, difícil de compreender. Por isso, as mulheres eram representadas como seres ambíguos, nos quais tudo circulava, entrava e saía” (Peter *Apud* Rohden, 2003: 206).

Além disso, os modos de tematizar os “descontroles” associados ao organismo feminino equivalem sempre a uma moralização desses corpos. Isso marca claramente a mentalidade religiosa do período colonial, para a qual a maternidade significava o poder feminino de redimir o pecado original de Eva. Assim, para além de uma distinção física, uma distinção moral designava as mulheres à maternidade. Ao mesmo tempo, essa distinção moral naturalizava o descontrole do organismo feminino, de modo a não incitar a rebeldia da mulher diante do próprio corpo, nem as tentativas de dominá-lo (Cf. Del Priore, 1993: 298). Assim, a identidade feminina estaria essencialmente ligada às funções do seu corpo. Inclusive, de acordo com Angeli (2004), os médicos chegavam mesmo a fazer uma conexão entre o útero e o sistema nervoso central, sugerindo que as atividades intelectuais femininas eram vistas como possíveis causadoras de distúrbios que provocavam a geração de crianças doentes e mal formadas. Justamente pela falta dessa “razão”, que nelas era substituída pelas manifestações do corpo, restava, às mulheres, atributos que lhes aproximavam da ideia de uma natureza a ser sempre controlada.

“Elas seriam altamente sensíveis como as crianças e muito mais passionais do que os homens, em função de algumas marcas peculiares de sua natureza como maior delicadeza de suas fibras e irritabilidade do sistema nervoso” (Jordanova *Apud* Rohden, 2003: 206).

Associações desse tipo motivaram interpretações que perceberam, nessa determinação de papéis e obrigações morais fundamentadas na corporeidade feminina, a evidência de que seu corpo era algo utilizado contra elas próprias, ao passo que a razão sempre fora atribuída ao sexo masculino, ou seja, o homem sempre foi tido, na tradição ocidental, como moral e intelectualmente mais forte. Grosz (2000), por sua vez, acrescenta que não é fortuita a correlação e a associação da oposição mente/corpo com a oposição entre macho e fêmea (na qual homem e mente, mulher e corpo, alinham-se nas representações). Ela é central ao modo pelo qual a filosofia se desenvolveu historicamente, e, também, ao modo como ela se vê ainda hoje.

“A filosofia sempre se considerou como uma disciplina preocupada, primária ou exclusivamente, com ideias, conceitos, razão, julgamento – isto é, com termos claramente enquadrados pelo conceito de mente, termos que marginalizam ou excluem a consideração com o corpo. Se o conhecimento é visto como puramente conceitual, sua relação com os corpos, a corporalidade tanto dos conhecedores quanto dos textos, e a maneira pela qual essas materialidades interagem, devem ser obscurecidas. A filosofia, como disciplina, excluiu subrepticamente a feminilidade, e como consequência, a mulher, de suas práticas, através de sua codificação usualmente implícita da feminilidade como desrazão associada ao corpo” (Grosz, 2000: 49).

As práticas corporais e, por conseguinte, a construção contemporânea da subjetividade feminina traz algumas “novidades” em relação a tudo isso e, de certo modo, parece vislumbrar a possibilidade de “recuperar”, através do próprio controle do corpo, esse tempo em que a mulher foi desacreditada de suas habilidades mentais e de seu poder de reflexão: assim, o corpo feminino, que, em suas formas de descontrole, refletia a “desrazão” da mulher, passa a ser, na contemporaneidade, o objeto principal da reflexividade feminina. Sob a égide da decisão pessoal, a mulher se vê capacitada a controlar seu corpo através dos conhecimentos disponibilizados pelo saber científico, de monitorar os riscos que cotidianamente circundam seu corpo, de torná-lo, enfim, lugar de expressão do seu *eu*. Nesse caso, o foco no corpo feminino é, também, o enaltecimento de suas possibilidades.

Mostrar-se passível às resistências impostas pelo corpo, bem como aos atributos morais elaborados em torno delas já não é mais a única opção, como fora em épocas passadas. O sentido do descontrole é reservado, então, aos corpos mal monitorados, mal administrados através de uma reflexividade precária: nesse sentido, o fracasso da mulher contemporânea não se deve, então, a uma impossibilidade mais ampla, porém a uma incapacidade individual (Lira, 2006). A questão é que as experiências com seu corpo continuam sendo orientadas por modos específicos de ser no mundo, culturalmente determinados. As maneiras de “mostrar-se feminina” de maneiras são bastante específicas.

É compreensível que as promessas da indústria do culto ao corpo traga tanto entusiasmo ao sujeito que, por séculos, viu seu horizonte de possibilidades limitado àquilo que se dizia e se permitia em função de sua corporeidade. Mas, é também o sujeito feminino que se frustra e tem seus projetos minados a partir do momento em que a afirmação da sua identidade lhe exige o controle pleno sobre um corpo do qual, no entanto, nunca poderá se apropriar por completo, porque, como nos ensina Merleau-Ponty, esse corpo sempre está se lançando ao mundo, independente dos entraves culturais que tentam tolher a espontaneidade desse movimento: “o corpo próprio nos ensina um modo de unidade que não é a subsunção a uma lei” (Merleau-Ponty, 2006a: 207). A questão é que tem sido atribuída, a esse sujeito, a tarefa - ou melhor, a “capacidade” - de recalcar o seu próprio lançamento em direção ao mundo. Mas, afirmar a capacidade de escolha e a autonomia individual por meio do controle corporal tornou-se uma grande ansiedade da mulher contemporânea. De tal modo, a corporeidade permanece sendo um tema fundamentalmente relacionado à subjetividade feminina. Os modelos de feminilidade continuariam indissociáveis dos aspectos corporais (inclusive, a relação estreitada entre a vaidade feminina e o modelo da mulher desejável permite sugerir que corpo e reprodução não se separaram por completo). Sutilmente, o poder de agência das mulheres se torna cada vez mais alvo da manipulação comercial. É justamente nisso que verificamos a reprodução de uma das formas de desigualdade entre homens e mulheres, bem como a atualização da subjugação feminina ancorada na corporeidade. E, principalmente porque as cirurgias estimulam uma percepção de si muito fortemente atrelada aos atributos corporais, alguns autores percebem, em seu consumo, a reprodução de elementos de opressão da ideologia patriarcal e, aliadas a isso, desigualdades de gênero que continuam ancoradas na corporeidade.

Como vimos, o trabalho de objetivação do corpo requer que o sujeito o desconheça. Se a mulher sequer pode se reconhecer no corpo com que age no mundo, a corporeidade continuará, de fato, sendo um obstáculo à sua emancipação, fundamentalmente porque o corpo continua sendo apontado como sua própria ameaça.

Creemos que isso tem algo a ver com o consumo predominante de intervenções cirúrgicas que operam justamente as partes do corpo cujo “desgaste” poderia comprometer determinados atributos de feminilidade. É o caso das cirurgias nos seios. De toda forma, são diversas as partes do corpo feminino que são trabalhadas na construção da subjetividade feminina. Assim, ao mesmo tempo em que ganha mais visibilidade e se torna alvo de investimento, mais ameaças são reconhecidas nesse corpo e, portanto uma maior capacidade de monitoração desses riscos é exigida. Mas, enquanto a subjetivação feminina requer essa reflexividade intensificada, é relativamente recente a formulação do conceito de “metrossexual”, que claramente diz respeito ao homem que se destaca pela sua preocupação com a aparência física, o que não deixa de ser encarado como um comportamento “excêntrico”, em relação ao da maioria dos homens. Outro exemplo muito prático: o cabelo grisalho de um homem pode ser mais facilmente tido como “charme”, ao passo que a mulher que não trata já de seus primeiros fios brancos é geralmente vista como “desleixada”. Assim, ainda é o corpo feminino que necessita de mais controle; ainda é a identidade da mulher a que mais se constrói em torno da corporeidade. Em consequência disso, não nos parece descabido dizer que o malogro das cirurgias cosméticas está mais fortemente atrelado a perdas de um sujeito feminino. A perda de um seio por uma mamoplastia mal sucedida é bastante esclarecedora a esse respeito: os sentidos que atribuem às suas práticas a partir do encontro do seu corpo atual com seu corpo habitual não lhe deixam entrever, ao menos não tão facilmente, novas possibilidades. Logo, estigmatizam a si mesmas, ao perceberem, em sua corporeidade, aspectos que desconfiguram o estatuto para o qual estava designada enquanto mulher. Nessa auto-monitoração, a maioria das informantes se viu como menos mulher: destituída de sensualidade, incapacitada de realizar certas funções associadas à maternidade (amamentar, por exemplo). Ao menos em nosso estudo, os sentidos atribuídos pelos dois informantes homens não sugeriu, ao menos não tão claramente, a perda de algum atributo de masculinidade.

Podemos sugerir, a partir do exemplo específico das cirurgias cosméticas, que nossos atuais envolvimentos técnicos nos falam de diferentes possibilidades para homens e mulheres,

e nisso concordamos com Davis (citado por Córdoba, 010: 39), que reconhece que as cirurgias estéticas não são artefatos da cultura de consumo neutros em relação a gênero, mas que se orientam por um sistema simbólico de atribuição de papéis que devem se refletidos no corpo.

Para alguns estudiosos, a cirurgia plástica reforçaria relações de desigualdade entre as próprias mulheres, sobretudo pela imposição do modelo de beleza da mulher branca ocidental (Balsamo *Apud* Negrin, 2002: 27). Sugerimos, no entanto, que a questão não se encerre na técnica em si: se nosso movimento em direção ao mundo é também técnico, como já foi sugerido Ferreira & Scribano (2011), cabe ampliarmos nossa visão crítica a sobre os mecanismos pelos quais o *uso* da técnica tem reproduzido assimetrias de poder entre homens e mulheres. É preciso entender, principalmente, que esse uso é apenas *uma* possibilidade de envolvimento técnico. Lembremos, contudo, que a “técnica é também condição de rememoração, de vencer a compulsão neurótica pela repetição” (Ferreira, 2004: 36).

As experiências das cirurgias mal sucedidas não têm revelado possibilidades muito otimistas a esses sujeitos. No entanto, o mover-se em direção ao mundo parece nos dizer algo motivador: as coisas não teriam que ser necessariamente como são. É esse mesmo movimento que nos impede de falar de uma espécie de “destino anatômico”. Isso porque, “o contato corpóreo e imediato com o mundo se renova sempre, é outro a cada instante, a cada novo mostrar-se do ser” (Mantovani, 2003: 44). No mais, enxergarmos, na fenomenologia merleau-pontyana, a inspiração para uma abordagem da condição carnal, ou da materialidade do corpo, que possibilite também um movimento reconstrutivo (Hamlin, 2011). cremos que, um passo importante nesse sentido é reconhecermos que as desigualdades de gênero são, assim como o estigma e as ameaças criadas em torno da nossa aparência física, formas de interferir nas nossas experiências de corpos-sujeitos. Logo, não é o caso de romper com o corpo para transformar as condições de opressão. Ao contrário, é na tentativa de suprimir o corpo que tem se construído sujeitos ansiosos diante de si mesmos.

Outras possibilidades nos são colocadas a cada momento em que nos percebemos a nós e ao mundo *com* o corpo. Portanto, reconhecer a dimensão material nessa problemática é diferente de obliterar os poderes causais da mulher estigmatizada, já que a corporeidade é fundante do saber que pode nos levar a outras formas de lidar com nossos recalques orgânicos. Encontramos, aí, a “brecha” que não podemos reconhecer quando buscamos nos isolar do nosso corpo, na obediência ao cogito que nos inibe viver, com nosso corpo, experiências fora do *script*, fora do texto que tenta controlar a passagem dos corpos no mundo-da-vida.

2.3. Reflexividade e Projetos de Si

“Completamente penetrados pelos sistemas de modernidade reflexiva e conhecimento abstrato, o corpo, assim como o self, torna-se um local de apropriação, interação e reapropriação, ligando processos reflexivamente organizados e conhecimento perito sistematicamente ordenado” (Williams & Bendelow, 1998:68).

Podemos dizer que todas as considerações que fizemos até agora tem algo a ver com a reflexão que somos estimulados a fazer sobre aquilo que em nosso corpo representa um perigo. Em nosso estudo, a experiência de se ter uma parte do corpo que escapa ao nosso controle é compreendida em dois momentos: antes e após a cirurgia. Igualmente, essa experiência equivale a de se administrar os riscos em dois momentos da inapropriação do corpo. Num momento anterior à cirurgia, a preocupação está justamente em não permitir que seu corpo comprometa sua autonomia enquanto sujeito. Firmar na corporeidade aquilo que se deseja expressar a seu próprio respeito é uma forma para se afastar o perigo de que o corpo revele seu desleixo ou o descontrole sobre si mesmo. Esse risco inicial repercute no segundo momento, a fase pós-cirúrgica, porque, em decorrência do colapso da cirurgia, ele já aparece instaurado na visibilidade do detalhe mortífero desse corpo. Tem-se, então, uma automonitoração para que a ameaça que ele representa não polua a ordem. É nesse sentido

que, como atitude preventiva, o indivíduo introjeta certos estigmas e adota novos modos de circular com seu corpo.

Como dissemos, a prevenção e administração dos riscos, segundo Beck (1992), é o problema central do cotidiano das sociedades ocidentais contemporâneas. É por ele que temos organizado nossas experiências nos vários âmbitos de nossa vida. De acordo com Beck, o conceito de sociedade de risco designa “uma fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial” (Beck, 1995: 15).

Os riscos estão altamente disseminados em nosso dia a dia, e, dada sua complexidade, são dificilmente identificáveis (Lupton, 1999: 63). Além disso, o sentido de grande parte desses riscos está em seus efeitos a longo prazo, motivo por que sua prevenção tem se tornado tarefa fundamental em nossos dias.

Também é importante dizer que, conforme Beck nos sugere, os riscos com que hoje nos deparamos são tidos como resultado do próprio processo de modernização, que trouxe consequências não esperadas para as sociedades atuais. Isso significa dizer, também, que eles são produto da própria ação humana, de nossas decisões e atitudes, ao contrário do que ocorria nas sociedades pré-modernas, em que as ameaças comuns (peste, fome, catástrofes naturais) eram atribuídas a causas sobrenaturais ou forças externas. Assim, a autoridade da religião e da magia sobre os aspectos da vida cotidiana são substituídos por uma crescente *incerteza*, mas, ao mesmo tempo, pela *confiança* no que Giddens (1991) chama de sistemas abstratos, à medida que estes nos fornecem informações para monitorar os riscos contemporâneos. Esses sistemas são, então, marcados por características polares e paradoxais, a saber: confiança e risco, oportunidade e perigo. Ou seja, a presença do risco gera o conhecimento produzido para administrá-lo, e que temos à nossa disposição (como se ele

fosse algo extremamente generalizado e de total acesso²⁵), de modo que nos tornamos capacitados a exercer nosso poder de decisão diante da complexidade e dos dilemas da sociedade contemporânea. À luz desse conhecimento, nos tornamos responsáveis pelo nosso próprio destino. Assim, não obstante a crítica que faz à detenção do conhecimento sobre o risco pelo sistema perito, bem como às repercussões que isso tem em nossas vidas²⁶, Beck não é pessimista quanto a esse cenário. Ao contrário, ele é entusiasta de uma dinâmica que não exclui o sentido das dúvidas e das incertezas contemporâneas. É preciso, no entanto, que uma série de condições possibilite uma autoreflexão renovadora: “mais reflexão, mais especialistas, mais ciência, mais esfera pública, mais autoconsciência e autocrítica vão abrir novas e melhores possibilidades para a ação em um mundo que está desarticulado” (Beck, 1995: 210).

Diminuído o peso da tradição sobre nossa vida cotidiana, não há, nos termos de Giddens, “outros” que poderiam ser responsabilizados: a sociedade de risco se vê, então, confrontada consigo mesma, com seus próprios efeitos colaterais. É exatamente nisso que reside o potencial político do risco, na obra de Beck: “quanto mais as sociedades são modernizadas, mais os agentes (sujeitos) adquirem capacidade de refletir sobre as condições sociais de sua existência e, assim, modificá-las” (Beck, 1995: 210). Isso porque, no auto-confronto em que percebe os riscos que produziu, a sociedade estabelece uma crítica das suas próprias bases. A percepção dos riscos é, por conseguinte, um forte instrumento para que novas e melhores possibilidades para a ação no mundo sejam reconhecidas. Uma possibilidade semelhante não pôde ser vista naquele que o autor descreve como primeiro

²⁵ Sobre esse aspecto, Lash (1995) faz uma ressalva, ao alegar que, na modernidade reflexiva, as oportunidades de vida são uma questão de acesso, não ao capital produtivo ou às estruturas da produção, mas, em vez disso, do acesso e do lugar nas novas estruturas de informação e comunicação.

²⁶ O que pode ser percebido em declarações como esta: “A vida privada torna-se, em essência, o brinquedo de resultados e teorias científicas, ou de controvérsias e conflitos públicos” (Beck, 1995: 61). Na verdade, como bem coloca Guivant (2001), Beck, com sua teoria cultural dos riscos, busca superar a lacuna entre um conhecimento perito que avalia os riscos e uma população leiga que os percebe (Guivant, 2001).

momento da modernidade, o cenário de uma “reflexividade simples”, em que a vida cotidiana e, por conseguinte, as escolhas e atitudes dos indivíduos, se orientavam pela estabilidade e pelas certezas fornecidas pelo Estado. Do mesmo modo, as instituições modernas são caracterizadas por uma racionalidade que não permite essa emancipação, porque não dá condições para uma autocrítica que levaria à emancipação. Algo diferente do que ocorre no momento mais tardio da modernidade, em que ela se depara com os próprios resultados de suas criações. Há, nesse sentido, algo que nos interessa no conceito de reflexividade de Beck: através dos nossos erros (os riscos que produzimos), ou melhor, a partir dos efeitos inusitados que produzimos, podemos chegar a uma crítica das próprias bases da nossa sociedade. Conforme tentaremos mostrar, a percepção dos riscos não necessariamente tem nos levado a uma autocrítica. Inclusive, os limites que Beck aponta na reflexividade simples do primeiro momento da modernidade, é exatamente a mesma limitação que encontramos na reflexividade “mais atual”, estimulada pela percepção dos riscos que tem orientado nossa relação com nosso corpo. Diremos que a percepção desses riscos oculta certos mecanismos sociais e culturais. Afinal, se os riscos são construções culturais (como o próprio Beck faz questão de ressaltar), logo ele pode ser definido e manipulado a partir de interesses variados.

Em resumo, os casos que analisaremos aqui não são sugestivos da correlação entre risco e autogestão suposta por Beck. De forma mais direta, podemos dizer que a percepção do risco estimulada pela indústria do culto ao corpo (e já sabemos que ameaça é essa: o perigo de revelar nossa condição precária e finita), não nos permite falar das possibilidades criativas vislumbradas no conceito de reflexividade do autor. Mas, antes de aprofundar estes argumentos, é preciso falar do papel do risco no processo de construção dos corpos, num contexto em que, conforme temos dito, o corpo tem sido colocado como principal ameaça à plenitude do sujeito.

Turner analisa o cenário atual a partir da ideia de sociedade somática, uma sociedade na qual os maiores problemas políticos e morais são expressos pelas coisas relacionadas ao corpo (Turner, 1996). Utilizaremos dessas considerações para argumentar que nossas

principais escolhas têm sido feitas de acordo com as possibilidades que nos são oferecidas para lidar com os riscos que percebemos em nosso corpo. Como declara Sibília,

“nesse contexto, a palavra *risco* adquire um valor supremo, e como tal é explorada no mercado: a administração dos riscos (à saúde, à vida, à juventude) aparece como um novo mecanismo de controle ligado ao biopoder. As probabilidades de adoecer e morrer, lapidadas de maneira indelével no código genético de cada indivíduo, devem ser conhecidas, controladas e modificadas” (Sibília, 2002: 172).

Logo, como conclui a mesma autora, “o mero fato de viver – isto é, o acaso de ser um corpo vivo, orgânico e material – já é uma enorme desvantagem nessa missão, pois quase tudo conduz à fatal deterioração física” (Idem, 2004: 69).

O discurso do risco tornou-se “o elemento estruturante básico da biossociabilidade e representa o ‘parâmetro existencial fundamental da vida na tardo-modernidade’” (Castiel *Apud* Ortega, 2008: 33). De tal modo, como declara Ortega (2008),

“o corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurador do outro que leva à introjeção da retórica do risco, resultando na constituição de um indivíduo responsável, que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos” (Ortega, 2008: 33).

A relação entre a administração do risco e o controle corporal nos leva ao paradoxo trazido pelo nosso atual exercício de reflexividade, que é apontado por Negrin (2002): se agora temos meios para exercer um controle sobre nossos corpos num grau sem precedentes, também estamos vivendo uma época em que se tem colocado em dúvida a nossa certeza acerca do que nosso corpo é e como devemos controlá-lo. Orientados pela tecnociência e suas definições sobre as questões do corpo (as quais devemos absorver, gerenciar e aplicar em nossas práticas), buscamos, em nós mesmos, ameaças que percebemos a partir das descobertas que fazemos acerca do próprio corpo. Podemos dizer, então, que o risco é hoje um importante gestor de corpos (Guzzo, 2005: 146).

Já sabemos que, no caso das cirurgias cosméticas e de outras práticas corporais, o poder de escolha e a capacidade reflexiva do indivíduo se exercem à medida em que as manifestações de seu corpo são controladas. Sabemos também que esse é o preceito básico do trabalho de subjetivação contemporâneo. Mas, as cirurgias, em específico, nos revelam algo de que já tratamos aqui: escolhemos correr certo risco ao invés de outro. No caso, os riscos envolvidos no procedimento (que vão desde resultados estéticos indesejados até complicações comuns a outros tipos de cirurgia, tais como choque anafilático e parada cardiorrespiratória) parecem não se sobrepor à ameaça a que correspondem as evidências da finitude do corpo. Curiosamente, existe, aí, uma diferença quanto à probabilidade desses riscos, que, justamente, o enaltecimento do consumo das cirurgias tenta ocultar. As complicações cirúrgicas são *passíveis* de acontecer, mas não são inevitáveis. Nesse caso, a responsabilidade individual entra em jogo como argumento central: podemos minimizá-las procurando um bom médico, um centro cirúrgico que ofereça condições adequadas à prática. Quanto ao outro risco, o da perecibilidade do corpo, esse sim, é inevitável, porque é a nossa *condição*, como Merleau-Ponty nos inspira a pensar (afinal, somos seres provisórios sempre em busca de equilíbrio). Os riscos promovidos pela indústria do culto ao corpo, porém, nos impedem de reconhecer isso; assim, reconhecemos em nós mesmos uma ameaça à nossa autonomia. Essa constatação tem grandes implicações se considerarmos que somos responsáveis pelo nosso próprio destino. O risco que reconheço em mim mesmo se configura como o principal temor que eu vivencio em minha trajetória no mundo. Nesse sentido, podemos dizer que a ciência, até agora, tem sido pouco fenomenológica no que concerne a pensar o corpo. Esse é, a nosso ver, um possível limite da reflexividade de Beck.

O que é dito ou debatido quanto aos riscos não necessariamente tem nos conduzido a novas possibilidades. Como veremos, nas experiências analisadas, essa expectativa em torno de um possível controle de nós mesmos, através dos recursos técnicos, não tem nos garantido a reflexividade mais ampla e libertária, no sentido trazido por Beck. E, voltamos a insistir, se é pela autoconfrontação que nós revisamos nossas próprias práticas, também nela deveríamos reconhecer a ansiedade que legitima o risco produzido em torno da condição carnal e material

do corpo humano (Sibilia, 2004: 68) e que é, na verdade, o risco elaborado anteriormente às experiências que estamos tratando aqui. É nesse sentido que afirmamos que os casos de cirurgias mal sucedidas são significativos de um contexto mais amplo, de uma ansiedade primeira.

Creemos que, nos termos de um trabalho de reflexão a partir dos riscos colocados ao nosso corpo, e da forma como eles têm sido debatidos, os indivíduos “irreflexivos” continuarão, de fato, irreflexivos, ou mesmo “sem saída”²⁷; continuarão sendo o risco que devem monitorar. Como falar, nesse sentido, de um autogoverno, quando o indivíduo “esbarra nele próprio” ao realizar seu trabalho de subjetivação? Do mesmo modo, num cenário em que a reflexão equivale a uma ética da responsabilidade, esses indivíduos serão sempre culpados: se somos vítimas de negligência médica, isso importa pouco; deveríamos ter nos informado mais adequadamente acerca da competência técnica do profissional que escolhemos, por exemplo. A ansiedade cultural diante do próprio corpo permanece inquestionada.

Veremos que o insucesso das cirurgias significa também dizer que a necessidade de monitorar os riscos do corpo é vivida no limite, já que os corpos pós-cirúrgicos passam a expor, de forma radical, a condição carnal e material do corpo sobre a qual procuramos exercer nossa autonomia. Por isso, a experiência das cirurgias mal sucedidas impõe um “trabalho extra” de subjetivação a partir da percepção dos riscos agora veiculados pelo corpo: uma nova reflexividade é solicitada para administrar o descontrole do corpo e da subjetividade que é sugerido pela imagem do corpo pós-cirúrgico. E, uma vez que permanece esse modo de refletir, pelo qual o sujeito não pode sentir-se livre *com* o corpo que tem, pode-

²⁷ Nesse sentido, concordamos com as observações de Domingues sobre o trabalho de Beck, e, sobretudo, sua noção de reflexividade: “Permanecemos, não obstante flutuações e reservas, no campo do racionalismo, ainda que este seja um racionalismo ciente de suas desventuras e limitações; não há transbordamento para fora do quadro conceitual da reflexividade” (Domingues, 2002: 60).

se dizer que o risco continua sendo o empecilho para o sujeito que busca firmar sua capacidade e habilidade reflexiva.

Se usarmos a própria perspectiva de Beck para entendermos a revisão de suas práticas feita pelos informantes, também veremos que a decodificação do risco não necessariamente permitiu falar de uma reflexividade emancipatória. Por exemplo: alguns informantes utilizaram a internet, sobretudo sites de relacionamento e fóruns de discussão sobre erros em cirurgia plástica, para “disponibilizar” sua experiência, numa forma de engajamento que teve como objetivo principal evitar que outras pessoas não passassem pelo mesmo problema, agora considerado por eles próprios como um “erro” (ainda que cometido pela falta de experiência, ou pelo fato de que eram “leigos” à época do ocorrido). Assim, ao questionarem suas próprias práticas, essas pessoas colocam em debate sua própria experiência dos principais riscos envolvidos na cirurgia, sendo a má escolha do cirurgião o principal deles. “Não agir por impulso”, ou “buscar o máximo de informações possíveis sobre o médico e a estrutura da clínica” são as principais recomendações feitas por quem “aprendeu com o próprio erro”. O poder de agência aparece, então, na capacidade de perceber, avaliar e controlar os riscos então sabidos por experiência própria. Sob a mesma lógica, as declarações de médicos e especialistas nos debates de programas televisivos ou outros meios para direcionar, exatamente ao público leigo, informações sobre os riscos das cirurgias cosméticas, também não tematizam a ameaça primeira que nos leva a consumi-las. Faz-se pertinente, então, indagar: que tipos de “soluções” estamos articulando para questões complexas? (Gomes de Sá, 2010: 4).

Como consequência disso tudo, voltamos a insistir, a auto-avaliação permitida nesse contexto movido pelo risco, bem como o que se permite que o indivíduo realize a partir da sua experiência, não nos fala, em nada, de novas possibilidades de nos relacionar com o corpo em nosso movimento de ser no mundo. Do mesmo modo, o debate sobre o risco em questão não tematiza o ato violento exercido contra as experiências desse corpo. Essa revisão das nossas práticas a que temos sido estimulados não nos permite deixar de pensar no corpo como

objeto exterior a nós mesmos; como objeto a ser instrumentalizado. Logo, ela destoa da resignificação que podemos dar às experiências que vivemos *com* nosso corpo, que, por sua vez, nos permite encarar o risco como *testemunha* de nossa trajetória em direção ao mundo, e não como seu norte.

Capítulo 3. Considerações Metodológicas

3.1. Cirurgias Cosméticas Mal Sucedidas: Definindo a Expressão

Quando resolvemos realizar um estudo sociológico sobre a experiência de pessoas que passaram por cirurgias cosméticas mal sucedidas, já havíamos optado pela Internet - sobretudo as comunidades virtuais de sites de relacionamento - como forma de contato para nossas primeiras entrevistas. Dados os nomes das comunidades, estava muito claro que se tratava de espaços criados para se discutir sobre experiências mal sucedidas da cirurgia plástica. Mas, uma questão permanecia: o que, de fato, as definiria como experiências mal sucedidas?

Sabíamos, obviamente, que as cirurgias mal sucedidas estão relacionadas a perdas simbólicas e funcionais, danos à aparência estética, enfim. Aqui há algo, em princípio, distinguível: quando se perde uma perna num procedimento simples, a funcionalidade do caminhar está comprometida. Mas, quando se faz uma cirurgia estética, qual o critério objetivo para se inferir que algo foi mal sucedido? Além disso, outras questões se colocam: quem estabeleceria esses critérios? Qual seria o sentido de conversarmos tanto com as pessoas da Internet (que talvez nem chegássemos a encontrar pessoalmente para “visualizarmos” as consequências estéticas da cirurgia) como com os contatos que nos eram sugeridos por pessoas do nosso convívio, que diziam conhecer “alguém que fez uma cirurgia e não deu certo”²⁸. Encontramos uma possível solução na própria abordagem fenomenológica que pretendíamos fazer. Buscamos, no conteúdo subjetivo da experiência vivida pelos

²⁸ Disso decorria outro problema: não deu certo para quem, e de acordo com quem? Como essa pessoa que estava nos informando poderia estabelecer esse critério? Perguntávamos se o possível informante tinha essa mesma concepção acerca da sua experiência pessoal, e por vezes éramos surpreendidos com respostas do tipo: “não, mas eu achei que a cirurgia não ficou legal”.

informantes, o que eles significavam como sua experiência mal sucedida da cirurgia²⁹. Assim, o uso do termo, tal como utilizamos aqui, foi definido a partir das narrativas do indivíduo a respeito do que ele viveu com seu corpo; as perdas físicas e simbólicas por ele reconhecidas (e que são englobadas no termo em questão), são parte do reposicionamento no mundo e da elaboração de significados que se dá a partir dessa vivência. Em suma, os próprios critérios que eles definem ao narrar sua experiência mal sucedida sugerem tem a ver com o modo como respondem ao episódio (Giordani, 2004); logo, eles são fruto da reflexão realizada a partir do saber apreendido pelo corpo e têm relação com as considerações que faremos no capítulo seguinte, dedicado a compreender as respostas, as re-negociações e os novos engajamentos desses indivíduos no mundo. Podemos dizer, por fim, que o uso que os informantes fizeram do termo está diretamente vinculado à “reatualização do seu hábito corporal” (Idem, *Ibidem*: 4): portanto, nossa abordagem fenomenológica aparece mais uma vez inspirada no pensamento de Merleau-Ponty, embora a funcionalidade do corpo transformado, a recuperação da unidade corporal de um paciente submetido à amputação, por exemplo, seja o problema inicial do autor.

Cabe dizer que o corpo como “testemunha” da sua própria experiência apareceu como elemento central na re-significação e re-simbolização que os informantes fizeram de suas práticas: mostrar as marcas da cirurgia, ou até mesmo perguntar se gostaríamos de tocá-las, eram formas que encontravam para enfatizar a violência física e simbólica sofrida. Assim, ao mesmo tempo em que esse elemento sensível pareceu-lhe significativo para descrever sua experiência vivida, se confirmava a necessidade da abordagem fenomenológica. Embora os informantes se utilizassem de “definições exteriores”, ou seja, do saber médico para descrever

²⁹ Estávamos dispostos, inclusive, a incluir a significação da cirurgia mal sucedida dada por pacientes diagnosticados como dismorfóbicos (termo de que já tratamos no capítulo introdutório. Como já esclarecemos, a dismorfobia é tida como uma síndrome psicopatológica que produz a não aceitação do próprio corpo (Ferreira, 2008: 477)), o que seria importante até mesmo para localizarmos, no cenário mais amplo da ansiedade que estimula o consumo dessas práticas, “o sentido manifesto nos modos de pensar, sentir e agir” que operam um contorno simbólico sobre o corpo mutilado e/ou deformado pela cirurgia (Giordani, 2004). No entanto, não nos deparamos com nenhum caso desse tipo.

sua vivência³⁰ - o que confirma a experiência como um fenômeno intersubjetivo, que se dá na interseção do homem com o mundo (Moreira & Cavalcante Junior, 2008: 257) – elas não abarcam a experiência vivida corporalmente como algo significativo na formulação de novos sentidos e dos novos posicionamentos do sujeito no mundo. Do mesmo modo, as definições médicas a respeito das reações orgânicas e dos problemas funcionais acarretados pela cirurgia não possibilitaria compreender as sensações orgânicas, a sensação corporal da dor, o sofrimento da necrose, enfim, a materialidade da experiência, como “aquilo que solicita ao sujeito novas reconstruções de sentido diferentes das habituais e que passam a dar a ele sentido de existência” face à sua situação (Giordani, 2004: 67).

3.2. Sobre as Decisões Metodológicas Adotadas

Uma vez que este estudo partiu em busca do significado das experiências dos informantes envolvidos, fez-se pertinente uma metodologia de pesquisa qualitativa e fenomenológica. Em primeiro lugar, a utilização da pesquisa de cunho qualitativo se justifica pela localização do estudo no campo das relações sociais e da subjetividade humana. Esse tipo também nos parece mais propício à interação entre os sujeitos desta pesquisa (pesquisadora e informantes), na qual se fez necessária uma relação de confiança e certo grau de liberdade que permitisse ao informante relatar as suas experiências, o que foi primordial para o nosso trabalho, dada a dificuldade de tratar de um assunto que envolve as frustrações, os constrangimentos e os sofrimentos vividos pelo informante.

³⁰ A recorrência ao discurso médico foi feita pelos informantes, sobretudo, para enfatizar a perda de certas funções da parte do corpo que foi operada (perda da capacidade de amamentar, etc.), tentando mostrar, no entanto, que esses prejuízos se aliavam a outros danos, sobretudo os afetivos e os sociais, causados pela cirurgia. Inclusive, o contato que estabelecemos com dois cirurgiões explica-se exatamente pelo fato de que a descrição da experiência do vivida pelo seu corpo continua a contar com esse saber culturalmente elaborado, do mesmo modo que antes da experiência. Assim, consideraremos o conteúdo subjetivo das narrativas, mas também os processos culturais que se entrelaçam ao corpo, interferindo nas respostas que o indivíduo dá às solicitações que o mundo lhe faz. Afinal, “assim como a natureza penetra até no centro de minha vida pessoal e entrelaça-se a ela, os comportamentos também descem na natureza e depositam-se nela sob a forma de um mundo cultural” (Merleau-Ponty, 2006: 465). O que nos interessa dizer, no entanto, é que o fato do indivíduo significar sua cirurgia como mal sucedida já nos indica algo a respeito do tipo de abertura para o mundo que lhe foi possibilitada por seu envolvimento técnico.

Quanto à adoção do método fenomenológico, é preciso dizer que, assim como Moreira (2004), vislumbramos um modelo de pesquisa que permitisse utilizar a “fenomenologia mundana”³¹ de Merleau-Ponty como uma ferramenta crítica. Assim, considerando o ser-corporal-perceptivo em um mundo-da-vida-histórico-cultural (Ihde, 2004: 21), fizemos uma imersão no universo de indivíduos mutilados e/ou deformados por cirurgias cosméticas. Foi justamente a partir dessa consideração que nos inspiramos no trabalho de Moreira & Cavalcante Junior (2008), o qual explora a possibilidade de se utilizar, como instrumento de pesquisa, não apenas a entrevista, “tradicionalmente utilizada no âmbito das pesquisas fenomenológicas”, mas, também, “instrumentos da Etnografia”³² que pudessem ocasionalmente contribuir e enriquecer a compreensão do *Lebenswelt* (mundo vivido) do fenômeno estudado³³ (Moreira & Cavalcante Junior, 2008: 250). Descreveremos esses instrumentos mais adiante.

De acordo com os autores,

“no âmbito da pesquisa fenomenológica, a entrevista nos proporciona a oportunidade de compreender a experiência vivida na perspectiva singular do sujeito colaborador que a viveu. Trata-se, com a utilização adicional de instrumentos da Etnografia, de acrescentar, mais explicitamente, uma perspectiva cultural à compreensão dessa experiência vivida, entendida esta última enquanto constituída mutuamente entre o homem e o mundo. (...) A Fenomenologia Mundana enquanto método crítico (...) pede, ou pelo menos recebe de bom grado, a contribuição do Método Etnográfico (Moreira & Cavalcante Junior, 2008: 250).

Sob tal inspiração, nosso material empírico foi composto pelas narrativas obtidas através de entrevistas semi-estruturadas com orientação fenomenológica e por aquilo que

³¹ Expressão utilizada pela autora.

³² Voltaremos a ressaltar que, não obstante nosso trabalho de campo não ter sido “etnograficamente orientado” (para utilizarmos a expressão de Lira, 2006), aquilo que Moreira & Cavalcante Junior descrevem como “instrumentos da Etnografia” é justamente o que, no nosso caso, se revelou um valioso material complementar.

³³ Embora os autores também apontem alguns limites de integração entre o método fenomenológico e o método etnográfico.

chamaremos de “dados complementares” (entrevistas com cirurgiões, acesso a blogs, comunidades virtuais, matérias de programas televisivos e de revistas) que se constituíram como materiais secundários complementares e que contribuíram para a compreensão dos “cenários mais amplos da cultura onde o sujeito está inserido”, ao mesmo tempo em que nos permitiu “reunir artefatos que veiculem sentidos e significados portadores das condições de experiência com que o sujeito depara-se habitualmente em seus contextos de origem³⁴” (Idem, *Ibidem*: 261). A respeito da influência deste trabalho de Moreira & Cavalcante Junior sobre a aproximação entre as pesquisas fenomenológicas e os instrumentos da etnografia, há algo de suma importância que precisa ser retomado: diferentemente do que ocorre nas pesquisas descritas pelos autores³⁵, em nossa situação reconhecemos que o recurso a esse material complementar nem sempre atendeu a todos os elementos tradicionais da etnografia. Por exemplo, o acesso a blogs e às matérias de programas televisivos e de revistas não foi marcado exatamente pela interação entre pesquisador e pesquisado (apesar de algumas vezes terem se constituído, também, como fonte para futuras entrevistas, o que podemos complementar dizendo que estes dados tiveram grande relevância para nossas observações e vivências em campo). A propósito, as próprias condições do campo e a resistência de grande parte dos informantes não nos permitiram uma imersão no cotidiano destes últimos, tampouco

³⁴ Foi com o auxílio desse material que pudemos compreender melhor o cenário mais amplo em que as experiências dos nossos informantes foram engendradas (para nos utilizar do nosso próprio exemplo: um cenário de ansiedade em que o corpo é colocado como ameaça ao sujeito, e que conhecemos melhor através do estímulo ao consumo da cirurgia, sobretudo na mídia). Além disso, essas informações são sugestivas do horizonte das possibilidades vislumbradas pelos indivíduos para sua re-organização no mundo.

³⁵ Os autores citam como exemplo a pesquisa pela qual investigam a experiência vivida do estigma na doença mental e HIV/AIDS no Nordeste do Brasil, detalhando alguns procedimentos: “dividimos a equipe de pesquisa em dois grupos: 1) A equipe clínica, que está realizando entrevistas fenomenológicas com pacientes de um hospital público de Fortaleza. Estes pesquisadores, quando se encontram no hospital, fazem, também, observação participativa e produzem vinhetas, a partir desta imersão no campo, o hospital. 2) A equipe da comunidade, que neste projeto desenvolveu 4 estudos de caso etnográfico com 4 destes pacientes entrevistados, onde pesquisadores acompanharam estes pacientes em suas casas, suas comunidades, com visitas semanais ao longo de todo o ano de 2005. A análise dos resultados está sendo realizada a partir dos resultados dos dois instrumentos: a análise fenomenológica e as vinhetas” (Moreira & Cavalcante Junior, 2008: 253). Ou, ainda, em outro exemplo: “a pesquisadora queria estudar a experiência vivida do cardiopata, tendo, então, não apenas realizado entrevistas fenomenológicas com 15 pacientes, como também visitado durante um período de tempo o hospital do coração, onde realizava observação participativa (Idem, *Ibidem*: 254).

um tipo de observação participante que nos permitisse falar de um trabalho etnográfico em sua caracterização mais formal. Mas é importante destacar uma característica fundamentalmente ligada ao trabalho etnográfico, e que pode ser contemplada no trabalho com esse material: a abordagem do contexto mais amplo no qual se fundamenta a prática social em questão. Consideramos, portanto, que o trabalho etnográfico não se limita ao que chamamos aqui de “dados complementares”, mas que esses últimos também foram importantes até mesmo para refletirmos sobre nossa interação com os entrevistados: que representações e significados culturais reconhecíamos em nossos encontros? Em que medida percebíamos a relação entre as vozes dos informantes e o contexto cultural mais amplo do consumo das cirurgias, por exemplo?

Consideramos, assim, que o conteúdo desse material complementar poderia, de algum modo, nos dizer algo a respeito das práticas e das experiências das pessoas mutiladas e/ou deformadas pela cirurgia estética, embora a perspectiva do sujeito a respeito da sua própria experiência continuasse sendo o nosso objetivo último.

Considerando a definição de Minayo (1988) a respeito da entrevista semi-estruturada, achamos que ela se adequaria à orientação fenomenológica que buscamos dar ao nosso estudo.

“[a] entrevista semi-estruturada (...) combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 1988: 108)”.

A flexibilidade dessas entrevistas nos permitiu explorar temas e conteúdos que vieram a aparecer nas falas dos informantes (por exemplo, em vários momentos, os informantes passaram a dar maior ênfase às suas cirurgias reconstrutoras, não se limitando a tratar da experiência mal sucedida da cirurgia, e vimos aí um elemento que merecia nossa atenção. Assim, um novo tema emergiu, revelando-se significativo quanto à resignificação feita pelo indivíduo a partir da experiência vivida, e isso pode ser devidamente explorado através do

recurso à entrevista semi-estruturada). Essa é uma característica importante dessas entrevistas: elas privilegiam a experiência vivida pelos participantes, permitindo dar maior atenção às suas expressões (Alves, 1991). Vimos nisso a possibilidade de intensificar a relação pesquisador/informante, no sentido de ambos poderem trazer novas questões à medida em que a interação ocorresse. De algum modo, isso inclusive coincide com o que Moreira (2004) entende como uma das fortalezas da pesquisa fenomenológica: estar “sempre aberta ao novo e a possibilidades criativas de compreensão do objeto de estudo, o que por sua vez também caracteriza seu caráter crítico” (Moreira, 2004: 455). É preciso lembrar que a fenomenologia tradicionalmente é sempre o pensar que se instala quando a inércia, o esperado, a atitude natural desanda, se torna impossível. A fenomenologia foge da expectativa. Enquanto pesquisadores, nós também somos surpreendidos na realização desse trabalho de pesquisa. Assim, estamos falando de um pensamento e de um método que é sempre movimento (Idem, Ibidem: 454). Também para a análise nos orientamos pelo trabalho de Moreira e suas recomendações sobre a redução fenomenológica a ser feita pelo pesquisador.

“Um aspecto importante de uma análise fenomenológica mundana se refere à atitude fenomenológica do pesquisador ao exercer a redução fenomenológica. Uma pesquisa desta natureza deverá sempre levar em conta e estar atenta a todos os fenômenos emergentes. O pesquisador deverá, portanto, praticar a redução, tentando pôr de lado seus próprios pensamentos e interesses, estando aberto a qualquer tipo de conteúdo ou tema que venham a emergir na sua pesquisa. (...) Relembrando com Merleau-Ponty que a redução nunca se completa, poderíamos dizer que o pesquisador estará tentando sempre, sem nunca conseguir completamente, deixar de lado suas hipóteses para estar aberto ao fenômeno emergente” (Idem, Ibidem: 455).

A autora define as etapas da análise que, no entanto, podem ser reconstruídas por cada pesquisador, de acordo com as especificidades de cada situação da pesquisa. São, em resumo: a) Divisão do texto nativo (transcrição literal da entrevista); b) Análise descritiva do significado emergente do movimento; c) “Sair dos parênteses” (Moreira, 2004: 454).

Quanto à última etapa da análise dos dados – saindo dos parênteses,

“o pesquisador volta a olhar para a sua hipótese, as suas suspeitas sobre possíveis caminhos para a compreensão de seu objeto de estudo. (...) Isto significa que, neste momento, o pesquisador deixa de praticar a redução fenomenológica, onde estava colocando entre parênteses ideias pré-concebidas, suspeitas, hipóteses. (...) Aqui o pesquisador retorna, então, à sua hipótese como desconfiança, se assume integralmente com os resultados da pesquisa e, principalmente posicionando-se frente a esses resultados. (...) Configura-se aqui todo o potencial crítico do método fenomenológico com base no pensamento de Merleau-Ponty”.

Sob influência desse modelo, combinamos então a análise fenomenológica de trechos das entrevistas com os dados complementares e fizemos as considerações finais acerca dos resultados.

3.3. Sobre o Trabalho de Campo

Como já foi dito, a Internet foi o primeiro espaço de investigação explorado em nossa busca por possíveis informantes. A abordagem inicial foi realizada nas comunidades virtuais do site de relacionamentos *Orkut*, dedicadas a disponibilizar informações e experiências envolvendo o tema das cirurgias plásticas mal sucedidas.

Entramos em contato com moderadores e membros de comunidades³⁶ do site de relacionamentos *Orkut* cuja temática era a experiência de pessoas que passaram por cirurgias plásticas mal sucedidas, sendo estas decorrentes de erro médico ou não. Esclarecíamos os propósitos da nossa pesquisa e buscávamos explorar outras formas de contato com esses informantes (email, telefone, conversas de vídeo). Esse contato prévio foi fundamental para conquistarmos a confiança dos informantes e, então, realizar as entrevistas face a face.

O trabalho de campo foi realizado no período de julho de 2009 a agosto de 2011, nas cidades de Recife, São Paulo e Rio de Janeiro. A escolha das cidades não obedeceu nenhum

³⁶ Nem todas essas pessoas haviam passado pela experiência da cirurgia mal sucedida.

critério específico, senão a oportunidade. As primeiras entrevistas foram realizadas no Recife. São Paulo tornou-se um campo estratégico quando do período de nossa estadia na cidade, em virtude da realização do Doutorado-Sanduiche na Universidade de São Paulo. Como a maior parte dos informantes que se dispôs a colaborar para nossa pesquisa residia na região sudeste, estar lá se tornou um aspecto favorável ao nosso deslocamento para cidades próximas, como o Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas na residência dos informantes e em espaços públicos como praças de alimentação e parques.

Foram realizadas 19 entrevistas semi-estruturadas, sendo 17 realizadas com mulheres e 2 com homens. Todas elas foram gravadas e arquivadas para posterior transcrição e análise. Quanto ao perfil dos informantes, no caso das mulheres, o grupo apresentou variações na faixa etária e no perfil profissional. De modo geral, as entrevistadas situavam-se na faixa dos 23 aos 55 anos. Quanto ao perfil profissional, o grupo era por estudantes ou profissionais liberais (administradoras de empresa, advogadas, representantes comerciais), uma dona-de-casa e uma aposentada. Os dois indivíduos do sexo masculino eram estudantes, um de 24 anos e outro de 25 anos.

É importante mencionar que a renda familiar foi uma informação que a maioria dos informantes, tanto os homens quanto as mulheres, preferiram omitir. Apesar de não pretendermos fazer generalizações quanto à relação entre diferenças de classe e consumo das cirurgias, não deixamos de reconhecer que a condição financeira é um fator importante no que concerne às possíveis respostas que os informantes podem dar a partir da sua experiência: recusar a mutilação através da cirurgia secundária reconstrutora, por exemplo. Mas, de um modo geral, a maioria dos informantes se reconhece como vítima das Clínicas Intermediadoras, atraídos pelas facilidades de pagamento oferecidas por elas, assim como pelos descontos oferecidos pelos médicos no valor total das cirurgias. A própria existência dessas clínicas e das supostas vantagens financeiras que oferecem são, todavia, um dado no sentido da popularização desses procedimentos.

Num breve esquema de distribuição pelo tipo de cirurgia, podemos dizer que houve, entre as mulheres, uma variação maior no que concerne às partes do corpo operadas. Inclusive, algumas informantes se submeteram a mais de uma intervenção num mesmo dia. As cirurgias mais realizadas foram a dos seios (implantes de silicone) e abdominoplastia (cirurgia no abdômen). Em relação aos homens, ambos realizaram rinoplastia (plástica no nariz).

Como estratégia inicial, criamos um cadastro (página pessoal) no site de relacionamentos *Orkut* para interagir com os membros das comunidades acessadas. No espaço reservado às “informações pessoais”, explicávamos a finalidade da pesquisa e ressaltávamos que o nome dos informantes seria mantido em sigilo, no intuito de resguardar sua privacidade. Portanto, em nossa análise, substituiremos o nome dos informantes por nomes fictícios.

Num primeiro momento, tentamos o diálogo com as proprietárias das comunidades. Duas delas, em particular, se mostraram bastante receptivas e inclusive se anteciparam em dizer que poderíamos revelar sua identidade, alegando que seu intuito era justamente expor sua história, de modo a contribuir para que as pessoas que desejam se submeter a uma cirurgia estética tenham uma experiência bem sucedida, ao contrário do que ocorreu com ela. Ainda assim, permaneceram anônimas em nosso trabalho. Além disso, as proprietárias nos ajudaram indicando outros possíveis informantes, também membros da comunidade, em especial aqueles com que elas tinham maior contato. Simultaneamente, dávamos continuidade à nossa busca naqueles espaços.

Após analisar o perfil dos membros das comunidades, enviávamos uma “solicitação de amizade”, ou seja, solicitávamos que eles nos adicionassem aos seus contatos (grupo de “amigos”, na linguagem do *Orkut*). Alguns negavam a solicitação, ainda que reforçássemos nosso interesse como pesquisadores. Justamente nesse momento despontava uma das dificuldades que encontramos para a realização do nosso estudo: a resistência dessas pessoas

em compartilhar sua experiência conosco. Nos dedicamos a entender essa dificuldade. As próprias moderadoras reconheceram que a disponibilidade em conversar conosco destoava do comportamento da maior parte dos membros da comunidade. Uma delas nos diz: “Nem todas têm coragem de se expor. Eu sou umas das poucas que ponho foto, que divulgo nome, vou pra programa de televisão, meto a cara”. Em sua opinião, provavelmente alguns não se sentiam à vontade para tratar de experiências que envolviam uma série de afetos desfavoráveis: tristeza, constrangimento, vergonha, sentimento de culpa pela situação de seu corpo. No entanto, elas tentaram nos motivar em todo o processo da pesquisa (inclusive retomamos o contato algumas vezes e elas sempre se mostraram bastante dispostas a colaborar).

Num primeiro momento, percebemos que a pouca disponibilidade dos informantes poderia estar relacionada à própria re-significação que eles faziam de suas práticas: tínhamos a impressão de que eles pretendiam dar um sentido utilitário a sua experiência, no sentido de disponibilizá-la para que outras pessoas não passem pelo mesmo sofrimento. Assim, isso tinha a ver com o nosso grau de envolvimento com a experiência do informante: era preciso mostrar que, de alguma forma, utilizaríamos as informações que eles nos disponibilizariam em função de alertar as pessoas. Era necessário que déssemos um bom destino para as suas narrativas. Portanto, nossas respostas aos seus questionamentos sobre “para quem serviria” ou “onde circularia” o resultado da nossa pesquisa nem sempre lhes pareciam motivadoras. Tudo isso nos exigia maior sensibilidade para explicar que, apesar da pesquisa não possuir um teor de “militância”, ou de não necessariamente circular nos veículos midiáticos aos quais várias pessoas têm acesso, uma abordagem sociológica poderia contribuir para as discussões sobre o problema. Ainda assim, alguns deixavam de responder às nossas tentativas de contato. Essa foi, portanto, uma grande dificuldade encontrada em nosso trabalho campo.

Outra dificuldade na nossa comunicação com os informantes deveu-se ao fato de que, nesses espaços, havia uma grande quantidade de pessoas que se diziam vítimas de erro médico, de modo que nós éramos tidos como pessoas que “poderiam estar a serviço de algum

médico acusado” e que, portanto estaria preocupado com as informações veiculadas a seu respeito, nesses espaços, até mesmo para preparar sua defesa. Outros, por sua vez, diziam temer que qualquer tipo de informação que eles fornecessem pudesse atrapalhar o processo movido contra o médico, então em andamento. Algumas pessoas nos informaram, inclusive, que já foram obrigadas a remover comentários e conteúdos de páginas pessoais em que denunciavam o erro médico sofrido, sendo acusadas de calúnia e difamação pelos profissionais envolvidos.

Nesses casos, geralmente a figura da “espiã” era desmistificada pelo detalhamento dos propósitos da pesquisa. Mas, a partir daí, persistia a questão da utilidade do trabalho para os problemas do grupo: para que e para quem ele serviria?

Entendemos, com isso, que, para alguns informantes, sua palavra se configurava como material privilegiado, algo que entendia como valioso para a causa que compartilhava com outros, de modo que suas informações eram intensamente monitoradas por eles próprios. Isso envolvia, portanto, o lugar e a pessoa para quem deveria falar. Nesses termos, faz-se pertinente a consideração da “palavra como fenômeno ideológico por excelência” (Bakhtin *Apud* Minayo, 1993: 110).

As Entrevistas

De modo geral, essas entrevistas ocorreram após um contato mais estendido com as informantes, após elas se sentirem mais confiantes em relação ao nosso trabalho. Permitiram um maior aprofundamento das conversas que já vínhamos mantendo com as informantes, sobretudo porque ali era um lugar em que se sentiam mais à vontade. Assim, após várias conversas pela internet e por telefone, o encontro era agendado. Preferíamos que elas próprias escolhessem o local da entrevista. A propósito, num caso em específico, o espaço da

residência revelou-se o único local viável para a interação face a face, visto que a informante nos explicou que deixou de sair de casa após a experiência da mutilação.

Algumas faziam questão de frisar que pediram a opinião da família para saber se deveria nos receber ou não. E, em vários casos, os familiares aguardavam nossa chegada, juntamente com a informante. Uma vez que nos apresentávamos, eles se retiravam do recinto. Antes da entrevista, mantínhamos um “diálogo informal” com as entrevistadas, que também era um momento de curiosidade em ver “ao vivo” alguém com quem tivemos um contato relativamente longo.

Na maior parte das vezes, esse diálogo prévio fluía normalmente. Falávamos um pouco de nós, dos nossos estudos, da nossa cidade de origem. Elas, por sua vez, geralmente iniciavam a conversa perguntando se já havíamos entrevistado muitas pessoas, ou falavam de assuntos relacionados ao tema e que estavam sendo veiculados pela mídia. A esse respeito, já sugerimos, através de uma breve referência ao trabalho de Barthes (1984), que a fotografia é um signo importante dentro do processo de que estamos tratando. A atitude de falar da sua ferida através da fotografia também foi entendida por nós como uma forma de ressimbolizar a experiência, de modo a se constituir como algo importante para nossa análise.

Após mais um tempo de conversa informal, voltávamos a explicar os intuitos da pesquisa e pedíamos que lesse o termo de autorização³⁷ - documento contendo a identificação da pesquisadora e texto de consentimento para participarem como voluntários da pesquisa – que deveria ser assinado ao final da entrevista. Não houve caso de discordância. Assim, o aparelho de gravação de áudio era ligado.

³⁷ O modelo desse termo de autorização encontra-se na parte dos “anexos”, no final deste trabalho.

Algumas informantes trouxeram para o nosso diálogo alguns elementos “complementares”, tais como matérias de revista para as quais concederam entrevista. Outras faziam questão de mostrar fotos suas do período anterior à cirurgia. Esse era um momento de intensa carga emocional: algumas choravam ou ficavam em silêncio, pensativas. Ao rever suas fotos, a constatação das alterações sofridas pelo corpo parecia trazer de volta todas as lembranças da experiência. Nisso não pudemos deixar de perceber a fotografia fazendo as vezes do “corpo-habitual”, o “fundo sedimentado” pelo qual a informante percebe seu corpo atual e, re-significando sua vida, emociona-se.

O espaço das residências permitia que as informantes se sentissem à vontade em nos mostrar as marcas da cirurgia, como já dissemos. À medida em que nos mostrava a cicatriz, geralmente narrava todo o processo das reações do organismo, do período de cicatrização. Também era um momento para criticar a omissão do médico diante das complicações apresentadas, num misto de tristeza e revolta. Assim, ressignificavam a sua relação com o médico, e sua própria prática, ao constatar que poderia ter dado certo, caso tivesse refletido melhor sobre os riscos. Assim, a evidência do corpo pareceu ser algo significativo à luz de seu conhecimento atual (Giordani, 2004: 16), dando sentido à sua reflexão a partir da experiência vivida.

Esses momentos em que, enquanto pesquisadores, nos deparávamos tão diretamente com a experiência dos informantes - vendo, tocando suas “feridas” que eram, então, o *fenômeno emergente* - entendemos também como “experiências nossas”. Algo parecido ao que Giordani (2004) tenta descrever a respeito da *experiência dividida e solidarizada* entre eu e meus informantes, *marcada agora na minha carne* (Giordani, 2004: 31). Do mesmo modo, estar diante da experiência do outro nos levou a reorganizar nossa própria experiência corporal. Por vários momentos, sofriamos com nossos informantes, ficávamos estarecidos, revoltados, tristes. Isso nos chama atenção para um aspecto importante sobre a relação pesquisador/informante apontado por Moreira & Cavalcante Junior (2008) em suas considerações acerca da pesquisa fenomenológica. Pesquisador e informante são “seres

intrinsecamente interligados ao mundo”, fazem parte de uma mesma “contextura carnal” (Moreira & Cavalcante Junior, 2008: 254); logo, enquanto pesquisador, reconheço no corpo do outro o meu próprio corpo, porque existimos em mútua constituição. Também sou apreendido pelo outro para dar novos significados às experiências que vivo no mundo. Nesta perspectiva,

“pesquisador e colaborador influenciam-se e constituem-se mutuamente, na medida em que estão ambos atravessados pela experiência indissociável de ser com o outro. Em termos metodológicos, esta inserção do pesquisador na vivência mesma de si com o outro possibilita-lhe, uma vez fora dos ‘parênteses’ proposto pela Fenomenologia, trazer consigo confirmações ou refutações de suas hipóteses mundanas iniciais, não enquanto racionalizações, mas experiências dele, pesquisador, *no e com* o mundo vivido-pesquisado do colaborador”³⁸ (Idem, Ibidem: 254).

Essas entrevistas duravam de uma a duas horas, em média. Após as entrevistas, conversávamos um pouco mais sobre matérias e reportagens exibidas pela mídia, ou sobre as experiências de outros membros das comunidades (das quais ambas tinham conhecimento). Ao final, solicitávamos que elas assinassem o termo de autorização.

As entrevistas eram arquivadas em computador, para posterior transcrição e análise.

Com relação às entrevistas realizadas em espaços públicos, a ideia da entrevista numa praça de alimentação partiu de um dos informantes, alegando que o local ficava próximo de seu trabalho. Foram realizadas duas entrevistas na praça de alimentação de um shopping center do Rio de Janeiro, num bairro da zona norte, e outra em São Paulo, no shopping próximo à estação Santa Cruz do metrô. As outras entrevistas foram realizadas num parque da cidade de São Paulo, na parte da manhã.

³⁸ Ou seja, minha presença *com* o outro também convoca o saber habitual pelo qual eu re-significo a minha experiência de pesquisador, ou seja, a experiência do “meu” informante.

Por não se tratar de um ambiente pessoal como a sua residência, a postura dos informantes nesses espaços foi mais contida. Tanto eles como nós demorávamos um pouco para nos sentirmos mais confortáveis, inclusive pela quantidade de pessoas que circulava. Também algumas reações foram mais discretas: exibir as marcas da cirurgia não foi um comportamento tão comum, como ocorria nas residências. Algumas informantes tentavam mostrá-la, mas terminavam desistindo, dada a dificuldade de fazê-lo sem que as pessoas ao redor notassem. Tínhamos a impressão de que a visibilidade de seu corpo, nessas ocasiões, traria um sentido duplamente constrangedor: tanto por exibir uma parte pudenda (seios, por exemplo) quanto por revelar sua precariedade. Percebemos, então, nesse episódio, o entrave cultural com que os informantes se deparam na re-simbolização de seu corpo e de sua prática, revelando, mais uma vez, o social e o cultural que os sujeitos trazem consigo, na resposta que dão à sua situação.

Nesses espaços, os informantes eram mais contidos, também, quanto à expressão das emoções (choro, raiva etc.).

Algumas dessas informantes (mulheres) já haviam participado de matérias sobre erro em cirurgia plástica, e nos falavam da sua participação; recomendavam que procurássemos na Internet o vídeo da reportagem. Esse também foi um motivo pelo qual insistimos em analisar esse material: a importância dada pelas informantes em mencionar as formas encontradas para expor sua experiência. Inclusive, algumas informantes se conheceram nos bastidores desses programas. Além disso, incluímos esse material nos nossos dados complementares, na tentativa de conhecer melhor, como dissemos, o contexto em que suas práticas foram originadas, mas sempre com o objetivo último buscar o significado da experiência vivida.

As entrevistas realizadas no parque também ocorreram de forma satisfatória. O ambiente do parque era bem mais tranquilo do que o da praça de alimentação, apesar da grande quantidade de pessoas, a maioria praticando atividades físicas. Os dois únicos informantes do sexo masculino eram amigos e vieram juntos. Trouxeram fotografias de antes e depois da cirurgia e se mostraram bastante curiosos quanto à nossa pesquisa. Perguntavam,

dentre outras coisas, se havíamos entrevistado pessoas que passaram por uma experiência semelhante à sua. Essas entrevistas demoravam cerca de quarenta minutos e também foram gravadas e arquivadas para análise.

Faremos, agora, uma breve descrição de nossos informantes, tratando, em linhas gerais, das suas motivações para a cirurgia. Obviamente, compreender os significados atribuídos a sua experiência requer uma análise mais aprofundada, o que faremos no próximo capítulo. No entanto, cremos que as informações a seguir trarão elementos, ainda que incipientes, sobre as re-simbolizações feitas a partir da experiência de seu corpo atual.

- Bianca, 29 anos. Bianca é casada e ainda não tem filhos. À época da nossa entrevista, ela estudava fora do Brasil, e, foi justamente num período de férias que decidiu vir para cá e realizar a cirurgia. Ela inicia nosso diálogo explicando que durante dez anos de sua vida pesou 100 quilos. Aos 22 anos iniciou uma reeducação alimentar e começou a perder peso. Na verdade, diz ela, “meu corpo ficou perfeito, mas minhas mamas, que eram muito grandes, ficaram do tamanho de um limão”. O grande incômodo de Bianca era quanto ao formato dos seios, motivo pelo qual resolveu se submeter a uma cirurgia de remodelagem. “Antes, nenhum cirurgião plástico aceitava fazer a cirurgia, porque eu estava obesa. Então quando eu consegui ficar magrinha, achei que era o momento certo. (...) Eu imaginava que iria acordar da cirurgia com as mamas com o modelo que havia sido combinado. E realmente, o médico fez o modelo que eu queria, porém ele cortou a irrigação de sangue da aréola e acordei com uma aréola preta. (...) Tive que passar por uma cirurgia para retirar a necrose”. Bianca processou o cirurgião e, recentemente, tivemos a notícia do seu ganho de causa. Bianca se submeteu a uma cirurgia reconstrutora.

“Pensei que era o momento certo, porque estava comemorando minha vitória e achei que poderia estar feliz por completo deixando o meu corpo como sempre sonhei”.

- Rosana, 34 anos. Rosana é casada e mãe de uma menina. Se submeteu a uma abdominoplastia. Além da questão do “excesso de pele” as consequências estéticas da gravidez lhe estimularam a se realizar a cirurgia. “Fiquei com muitas estrias na barriga depois da gravidez e isso me incomodava muito. Então decidi fazer a cirurgia que eu sempre tive vontade de fazer”. Até a época da entrevista, Rosana não havia se submetido à cirurgia secundária: “Tive necrose. Fiquei com uma cicatriz horrível. Hoje não penso em fazer correção. Eu tenho medo que aconteça de novo”.

“Meu problema eu só conseguiria resolver com uma cirurgia plástica. Eu até conseguia emagrecer, mas sempre ficavam uns excessos de pele”.

- Eva, 33 anos. Eva é casada e não tem filhos. Mora com o marido, a mãe, o irmão e a cunhada. Apesar de sentir-se incomodada com seus seios desde a adolescência, Eva demorou muitos anos para se submeter à cirurgia. Chegou a conversar com um cirurgião, mas não se convenceu. Um dia, resolveu aceitar o “pacote promocional” que passou a lhe telefonar com certa frequência após a cirurgia. “Eu procurei ele pra fazer a redução da mama. Mamoplastia redutora. Aí ele me convenceu a fazer a abdominoplastia junto e me deu um desconto”. Eva teve infecção generalizada e sofreu necrose nas regiões operadas. Ela também processou o cirurgião, mas, até o momento, não tivemos informação a respeito do resultado do processo.

“Eu tinha os seios muito grandes. Bem grandes. Eu nunca podia usar nem mesmo uma blusa de alcinha. (...) Desde nova, desde que eu comecei a menstruar, eles não paravam de crescer. E eu nunca podia usar uma blusa de alcinha. (...) Eu usava calcinha M e o sutiã tinha que ser GG”.

- Bárbara, 24 anos. Bárbara é estudante universitária, solteira e não tem filhos. Explica-nos que durante anos sonhou com a cirurgia do nariz. Mas, curiosamente, como ela mesma explica, nunca “planejou bem” a cirurgia. “Hoje eu vejo que eu queria tanto fazer a cirurgia, que nem pensei nos riscos. Eu coloquei tanto a cirurgia como a única solução pro meu problema, que nem passava pela minha cabeça que ela daria errado”. Bárbara havia se submetido à cirurgia reconstrutora há alguns meses antes da nossa entrevista.

“Na adolescência, passei a não suportar o meu nariz. Por isso, quando eu fiz a cirurgia, estava muito decidida. Só avisei a meus pais na véspera, e como eles moram no interior, nem puderam me impedir”.

- Denise, 36 anos. Denise é autônoma e nos falou de seu sonho de ter uma clínica de estética. Sofreu uma abdominoplastia mal sucedida. Ela nos explica que, embora tenham combinado a cirurgia das mamas, o médico realizou a operação no abdômen, sem a sua autorização.

“Foi muito difícil, depois da gravidez, porque eu sempre tive um corpo legal, minha barriga era batidinha. Mas depois da gravidez, me sentia muito mal quando olhava para meu abdômen. (...) E a mama esquerda, após o aleitamento, ficou bem maior que a direita, e flácida, e caída”.

- Fátima, 37 anos. Fátima é divorciada, comerciante e não tem filhos. Ao narrar a relação com seu corpo ao longo de sua vida, Fátima especifica: “nunca tive trauma com meu corpo, muito pelo contrário. “Fiz a cirurgia porque gosto de me cuidar, sou vaidosa. (...) Não sou daquelas que esperam “que caia tudo” pra começar a me cuidar”. Fátima fez implante de silicone nos seios: “o cirurgião colocou a prótese muito acima da minha mama. (...) Além disso, uma mama ficou muito maior do que a outra”.

“Um sonho de mulher que se tornou um pesadelo. (...) Eu não desejava nada demais. Apenas, como várias mulheres, me sentir mais feminina e desejada. (...) Não foi só meu corpo que ele destruiu. Ele me destruiu como mulher”.

- Vânia, 50 anos. Vânia é casada e dona-de-casa. Se submeteu a uma mamoplastia redutora. “Tentei consertar com o mesmo médico, porque ele falou que consertaria de graça, querendo evitar que eu o denunciasse. Mas só ele só piorou minha situação”.

“Eu nunca descartei fazer uma cirurgia, mas também não era uma obsessão. Meus seios eram muito grandes, e com a idade estavam flácidos já, então comecei a pensar mais em fazer. (...) Como eu tinha problema de coluna, o médico me aconselhou a fazer, pra amenizar o problema, pelo menos. Foi o estímulo que eu precisava. (...) Mas nunca imaginava que iria me arrepender tanto de uma coisa que eu fiz”.

- Juliana, 30 anos. Juliana é estudante universitária e solteira. Fez implante de silicone nos seios e, de acordo com ela, as próteses foram mal colocadas.: “fiquei deformada, me sentia no fundo do poço”. Passou a sentir muitas dores, “além da

marca da incisão. Ficou uma cicatriz horrível. (...) Consegui consertar as próteses, mas ainda tenho as cicatrizes”.

“Sempre quis ter seios mais volumosos. Sempre sonhei em colocar silicone. Era uma coisa que eu tinha na cabeça desde muito novinha. Adorava decote, mas não ficava legal em mim”.

- Rebeca, 32 anos. Rebeca é formada em administração de empresas, mas não exerce a profissão. Passou por uma abdominoplastia mal sucedida. Disse que se sentia tão otimista na época, que já cogitava realizar uma cirurgia nas mamas, devido à flacidez. Se submeteu a uma cirurgia reconstrutora, mas vai precisar se submeter a mais duas, segundo ela. Curiosamente, a insatisfação estética vivida pela informante proveio de sua decisão de viver uma outra experiência com seu corpo: a gravidez, que foi planejada. Desde que decidiu engravidar, Rebeca já planejava fazer uma plástica para corrigir as possíveis seqüelas estéticas da gestação. Mas, em alguns momentos de seu depoimento, ela nos deu a impressão de sentir-se culpada pela insatisfação que passou a sentir diante de seu corpo, justamente num momento em que se encontrava tão feliz: “era um sonho que eu estava realizando, ser mãe. (...) mas eu não conseguia deixar de me sentir infeliz com meu corpo”.

“Eu tive dois filhos, e depois da gravidez fiquei super flácida e a região do abdômen ficou imensa. Não era uma coisa que pudesse ser revolvada na academia, por exemplo. (...) Eu sentia que as pessoas me achavam desleixada. (...) As pessoas achavam que eu estava grávida novamente, de tão grande que minha barriga estava”.

- Samanta, 35 anos: Samanta tem duas filhas e é recepcionista. Se submeteu a uma mamoplastia. Também sofreu processo de necrose e ficou com cicatrizes: “Felizmente esse problema foi mais de dois anos depois da minha segunda gravidez. Eu já tinha amamentado duas filhas, tudo direitinho. Seria muito triste ter mais um filho e não poder amamentar”. Além disso, a informante explica que, após a cirurgia, seus seios ficaram com tamanhos diferentes, e, por isso, realizou outra cirurgia para pôr uma prótese de silicone.

“Achava meus seios muito pequenos. Sempre quis ter seios maiores. Depois da segunda gravidez, eles ficaram muito flácidos, apesar de pequenos”.

- Cristina, 27 anos. Cristina é solteira, estudante de pós-graduação. De todas as informantes, Cristina nos pareceu a mais pragmática em suas práticas corporais: planejava todo o processo de modificação do corpo. Inclusive nos contou que já havia feito implante de silicone nos seios: “mas aí depois de um tempo eu enjoei e retirei a prótese”. Cristina ficou com cicatrizes e teve o umbigo deformado.

“Eu vivia num efeito sanfona, emagrecendo e engordando. Então já sabia que minha pele ficava flácida quando eu emagrecia. Esperei pra conseguir manter o peso, que o próprio médico mandou, pra então fazer a abdominoplastia.(...) Fiz dieta com acompanhamento médico, consegui ficar no peso, e aí procurei a clínica ”.

- Ana Paula, 44 anos. Ana Paula é vendedora. Sofreu uma rinoplastia mal sucedida. Já havia feito implante de silicone nos seios, lipoaspiração, todas experiências bem sucedidas, segundo ela. Queixa-se do nariz ter ficado “curto demais”. À época da entrevista, se preparava para realizar a cirurgia reconstrutora.

“As pessoas sempre me acharam muito vaidosa. E eu era mesmo. (...) Adorava tudo em relação à beleza. (...) E eu sei que tem muita gente que diz que o que aconteceu foi culpa minha, que eu era muito obcecada pela aparência. (...) Hoje em dia eu choro quando vejo um espelho”.

- Cibele, 30 anos. Cibele é estudante universitária e representante comercial. Apesar de pagar pelas duas cirurgias, Cibele não chegou a fazer a cirurgia nos seios. Teve infecção em decorrência da cirurgia no abdômen e se preparava para fazer a cirurgia reconstrutora. Desistiu da mamoplastia redutora, que era o seu objetivo principal.

“Todo mundo era contra eu fazer a cirurgia. (...) Eu queria diminuir os seios. Sempre me incomodei com o tamanho deles. (...) A abdominoplastia eu fiz por causa do pacote da clínica. Não tinha paranóia com a barriga, mas como já ia fazer uma cirurgia, e com o desconto que tavam dando, eu topei”.

- Luana, 41 anos. Luana é casada e é comerciante. Teve o seio deformado em função da prótese mal colocada. No momento da entrevista, o problema já havia sido reparado. Ela se considera compulsiva: “acho que eu poderia dar prioridade a outras coisas sim, mas acho que o meu maior erro não foi ter colocado silicone, mas ter escolhido um mau profissional. A questão é que eu já havia colocado uma vez, deu tudo certo, então já foi meio que automático na segunda”.

“Durante a adolescência e em boa parte da vida adulta eu tive seios pequenos. Todas as minhas amigas tinham seios médios ou volumosos. Eu era a que tinha o menor peito. Acho que por isso fiquei meio compulsiva por silicone. Botei uma vez, depois botei mais. (...) Era uma coisa minha; não adiantava ninguém dizer que eu tava exagerando, porque eu queria, eu achava bonito e pronto”.

- Deise, 29 anos. Deise é recepcionista de um hotel. É solteira e não tem filhos. Após a rinoplastia mal sucedida, passou por mais duas cirurgias para reconstrução. Disse-nos que passou a evitar sair de casa desde a sua experiência mal sucedida.

Achava meu nariz muito grande e indelicado. Eu tinha traços delicados, teria um rosto delicado se não fosse o nariz. Inclusive muitas pessoas falavam isso. (...) Mas se antes eu achava indelicado, o que eu podia falar dele depois daquela cirurgia? Eu queria sumir!”

- Suzane, 31 anos. Além de representante comercial, Suzane é estudante de direito e, segundo ela, passou a sentir-se ainda mais interessada pelo curso após o que lhe ocorreu. Disse que pretende mover processo contra o médico. Também sofreu necrose e ficou com uma cicatriz por conta da cirurgia nos seios. Nos explicou que pretendia fazer uma cirurgia para repará-la, mas que, por enquanto, ainda estava muito traumatizada para entrar num centro cirúrgico novamente.

“Eu estava numa fase ótima da minha vida: feliz no amor, estabilizada no emprego. Mas parece que a gente sempre acha que tá faltando alguma coisa né? Já havia me programado pra fazer uma lipo e dar uma levantadinha nos seios”.

- Solange, 55 anos: Solange é casada e dona-de-casa, e explicou que é formada em pedagogia. A narrativa de Solange é marcada por sua reconhecida dificuldade em lidar com o envelhecimento. “Eu sofro quando vejo minhas fotos de mais jovenzinha. Mas nada que me torne uma pessoa bitolada na estética ou mal resolvida. Só busquei na cirurgia uma maneira de lidar com isso de maneira mais tranquila”. Ela nos contou que já havia usado botox e que ficou satisfeita com o resultado, se sentindo motivada a fazer uma cirurgia pra amenizar a flacidez dos seios e “dar uma ‘segurada’ neles”. Solange precisou reconstruir a aréola.

“De repente me vi naquele momento inevitável: a pele do rosto já não era mais a mesma, o peito já não tava mais firme”.

- Gilberto, 25 anos. Gilberto é estudante e solteiro. Quando conversamos com Gilberto, fazia um ano da sua cirurgia. Ele nos mostrou fotos suas, de antes da operação. Nos mostrou cópias de laudos e de atestados médicos que havia solicitado quando do seu período de afastamento, devido às consequências da cirurgia. Estava pesquisando e se informando sobre cirurgias, pois pretendia se submeter à cirurgia reconstrutora.

“Qualquer apelido de infância era em relação ao meu nariz. (...) Eu não queria ser reconhecido pelo meu nariz. (...) Passei toda minha vida desejando ter um nariz diferente. (...) Hoje tenho, realmente... mas muito pior”.

- César, 22 anos. César também é estudante. Como dissemos, César e Gilberto são amigos; conheceram-se através do Orkut, ao participarem de diálogos sobre rinoplastia. César passou pela experiência há mais tempo, e já havia realizado a cirurgia reconstrutora, mas, ainda assim, não estava totalmente satisfeito com o resultado.

“Eu fiquei muito revoltado, muito magoado com o cirurgião, muito mais do que quando as pessoas faziam gracinhas sobre meu nariz”

Algumas vezes conseguimos retomar contato com os informantes. Outros se mostravam disponíveis para esclarecimentos que precisassem ser feitos durante a transcrição, por exemplo, e outros explicavam que não poderiam participar de outra entrevista presencial, devido aos horários e compromissos que precisavam cumprir.

Dados Complementares

No material recolhido, prevaleceu um elemento de suma importância para o nosso estudo: trata-se do debate acerca dos riscos atrelados às cirurgias cosméticas. É preciso dizer, primeiramente, que esse debate não tinha o intuito de desmistificar a prática, mas, ao contrário, fornecer subsídios para que as pessoas interessadas possam monitorar adequadamente esses riscos e, assim, aumentar a probabilidade de bom êxito da sua cirurgia. De modo geral, podemos dizer que foi esse o principal conteúdo das declarações que acompanhamos nesses espaços.

Já sugerimos que a reflexão estimulada a partir da percepção dos riscos que têm sido criados em relação ao nosso corpo não permite que se revelem possibilidades muito otimistas aos sujeitos estigmatizados por não expressarem, por meio de seu corpo, a capacidade de monitorar essas ameaças. Pudemos perceber, a partir de uma observação livre (visto que esse não é o intuito do nosso estudo), a percepção desses riscos nos discursos médicos, no conteúdo das mensagens compartilhadas nos fóruns das comunidades do Orkut, no conteúdo dos blogs e mesmo nas reportagens exibidas em programas de televisão.

Através da observação das trocas de mensagem entre os membros das comunidades, chegamos ao nome de dois médicos, conhecidos entre esses indivíduos pelo êxito das cirurgias secundárias que realizam para reparar os problemas de uma cirurgia anterior.

Há algo fundamental na relação dos indivíduos com esses médicos: ela se inclui como parte da ressignificação que o indivíduo faz de seu próprio corpo e de sua prática a partir da experiência da cirurgia mal sucedida. Na verdade, a cirurgia secundária equivale à ressignificação da própria relação com o profissional cirurgião. Agora, na relação com o “novo médico” o indivíduo se mostra capaz de refletir melhor sobre os riscos e escolher adequadamente.

Nos diálogos estabelecidos com esses médicos, eles abordaram o risco ao mesmo tempo em que apontam os “lugares” em que ele se encontra: nos anúncios enganosos das clínicas intermediadoras, na estrutura hospitalar inadequada, nas práticas do paciente no pós-operatório que vão contra as recomendações do cirurgião etc. Curioso notar que esses médicos, em particular, tornam-se “especialistas no risco” à medida em que operam, inclusive, sobre a ameaça já instalada, ou seja, sobre os corpos que não conseguiram escapar desses riscos. O que é curioso perceber em suas falas é a referência constante aos perigos envolvidos na cirurgia como modo de reafirmar a credibilidade da técnica cirúrgica. Assim, falas como essa foram recorrentes no decorrer da entrevista:

“Erros sempre podem ocorrer, pois em medicina lidamos com os chamados fatores imponderáveis, não previsíveis. Medicina não é uma ciência exata e muitos juristas reconhecem esse fato”.

Ou, ainda,

“Muito se fala em aumento de erros em cirurgia plástica, na verdade acredito que pelo aumento muito grande de procedimentos, somos o segundo país em número de cirurgias plásticas, estamos atrás dos EUA apenas. Não se noticiam os milhares e milhões de casos de sucesso e felizes. Apenas os casos de insucesso ocupam a mídia. A cirurgia plástica brasileira é sem dúvida uma das melhores do mundo, não temos como negar”.

“Somos reconhecidos com critério de excelência em qualquer local. Creio que tudo advenha das chamadas clínica populares que financiam procedimentos em até 60 pagamentos; são as clínicas intermediadoras o vilão do problema”.

Esse tipo de análise dos riscos também se faz marcante nos diálogos entre os membros das comunidades do Orkut. A participação das moderadoras das comunidades era intensa nessas conversas; na verdade, eram as pessoas que mais intensamente conduziam os debates sobre o risco. Não pudemos deixar de perceber como era marcante, nesses debates, a relação entre a experiência do risco e a autoridade para falar do assunto: ter vivenciado as

consequências da má administração desses riscos lhes dava condições para incitar a reflexão sobre eles.

A discussão sobre os riscos da cirurgia contava também com as imagens disponibilizadas por alguns membros nos álbuns de fotografia de suas páginas do Orkut. Eram comuns comentários do tipo: “Não operem com esse médico; vejam em minhas fotos como ele me deixou!”³⁹ Essas fotos exibiam as cicatrizes e as deformidades provocadas pelas cirurgias; algumas exibiam a parte do corpo em estado de necrose, provocando uma série de comentários entre os outros membros, que se mostravam, na maior parte das vezes, comovidos e solidários à causa. A propósito, mantivemos conversas por vídeo com algumas informantes e, nessas ocasiões, muitas delas também fizeram questão de nos mostrar as seqüelas estéticas de sua cirurgia. Outras nos enviaram fotos por email, sempre associando sua imagem ao risco de escolher um mau profissional.

A observação das interações realizadas nesses espaços nos fez chegar aos blogs dos usuários, uma espécie de diário em que os indivíduos narravam as transformações corporais causadas pelas cirurgias.

Alguns desses blogs não tinham necessariamente como temática a experiência de uma cirurgia mal sucedida. Ao contrário, inicialmente foram vistos como espaço propício para esses indivíduos compartilharem experiências tidas como “corriqueiras” de quem se submete a uma cirurgia plástica: incômodos do pós-operatório, e mesmo experiências afetivas

³⁹ É preciso dizer que o rosto das pessoas não era revelado nessas imagens. Ao mesmo tempo, a disponibilidade dessas pessoas em fazer circular as imagens que retratem sua experiência nos faz voltar à dificuldade que encontramos em nosso trabalho de campo, quanto ao fato dos informantes estarem preocupados com o destino que daríamos às suas informações. Ao que parece, a comunidade virtual a que pertenciam era um espaço que reconheciam como adequados para o que pretendiam fazer da sua experiência. Como e quando mostrá-lo se torna uma questão importante na re-simbolização que fazem do seu corpo a partir das transformações provocadas pela cirurgia.

atreladas ao procedimento, tais como medo, expectativa, alegrias, sem que isso estivesse exatamente atrelado ao malogro da cirurgia. Exibiam fotos do período anterior à cirurgia e atualizavam o conteúdo com fotos atuais, ou seja, do período da recuperação. Passado algum tempo, as manifestações do corpo começavam a sugerir o mau êxito das cirurgias, quando, com mais frequência, as postagens no blog revelavam um tom pessimista por parte do autor: o nariz que não desinchava nunca e que, apesar das garantias do médico, estava longe de ter a forma esperada. A narrativa, desse modo, se construía em função das reações do corpo que lhes fizeram rever sua prática e reconhecer sua experiência como provocada pela má administração dos riscos. Foi desse modo que a temática do risco foi introduzida nesses espaços. Portanto, esse debate apareceu como algo imprevisível, não-intencional.

Outros blogs, por sua vez, mencionaram, desde a sua criação, o intuito de alertar pessoas que desejavam se submeter a cirurgias plásticas, o que era motivado pela experiência pessoal da proprietária. A proposta de esclarecimento quanto às leis e os procedimentos relativos a essas práticas se configurava como o cerne das postagens, as quais utilizavam “dados oficiais”, assim denominados porque tinham como fonte os órgãos da classe, como a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, por exemplo. Além disso, estabeleciam contato com blogs de outras vítimas e, na medida do possível, publicavam depoimentos de pessoas que passaram por experiências cirúrgicas mal sucedidas. Eram, ainda, espaços para convocar as pessoas a participarem de manifestações em frente aos fóruns onde ocorreriam audiências de processos movidos contra cirurgiões.

Fotos de mutilação (que nunca revelavam completamente os rostos) e material veiculado em revistas, jornais e programas de TV também eram publicados nos espaços virtuais. Tudo isso reforçava orientação principal a respeito dos riscos: a de pesquisar muito bem sobre o médico, antes de se submeter à cirurgia. Isso inclui tanto uma averiguação sobre o credenciamento do médico na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (o site da entidade contém um campo para tal pesquisa) como, também, uma pesquisa no site do Tribunal de Justiça para verificar seu envolvimento em processos de erro médico.

As matérias e reportagens de programas de televisão debatem a questão do risco nos mesmos moldes, geralmente guiados pelo mesmo argumento: “em busca do corpo perfeito, cada vez mais pessoas colocam a vida em risco”. Geralmente essas matérias sempre traziam o depoimento de médicos a respeito do assunto. Muitos desses programas de televisão, conhecidos pelo seu “sensacionalismo”, exibem diversas imagens de pessoas mutiladas associando-as aos riscos já conhecido, sobretudo a má escolha do médico. Ao mesmo tempo, utilizam expressões que enfatizam o perigo representado por esses corpos: “cicatrizes medonhas”, “imagens assustadoras”, “estragos provocados pela ganância de alguns médicos”.

Assim, em todos esses espaços, o risco é legitimado, tido como algo já instalado e que, portanto, só nos resta monitorar. Ao mesmo tempo, essa tematização dos riscos parece sugerir “não é o caso de se esvaziar os consultórios dos cirurgiões ou as clínicas estéticas, mas de utilizar corretamente o que a técnica cirúrgica é capaz de oferecer. E se informar sobre elas e sobre seus riscos é o primeiro grande passo”. A questão é que, aquilo que a cirurgia oferece é justamente o que não nos é permitido recusar. Retomaremos esse argumento no próximo capítulo.

O capítulo seguinte será dedicado à discussão dos dados obtidos em nosso trabalho de campo, os quais, conforme já explicamos serão combinados com o material complementar descrito há pouco. Assim, nosso material complementar contribuirá, em nossa “saída dos parênteses”, para os contornos que pretendemos dar às experiências vividas pelos informantes, fazendo as nossas próprias re-significações a partir das percepções de nosso “ser com o outro”. A discussão dos resultados se fará à luz dos fundamentos teóricos utilizados.

Há que se considerar, tal como Merleau-Ponty, que a descrição revela nuances de um determinado fenômeno, mas nunca é completa, o que sugere uma abertura às possibilidades criativas de compreensão do objeto de estudo, bem como aos vários significados emergentes, “o que por sua vez também caracteriza seu caráter crítico” (Moreira, 2004: 455).

Capítulo 4. Memórias da Carne

Buscaremos mostrar, agora, em que sentido as experiências do pré e do pós-cirúrgico, vividas pelos informantes, podem ser entendidas como uma “experiência fenomenológica da fragmentação”. Buscaremos mostrar, ainda, que a experiência da fragmentação é também, num sentido radicalmente fenomenológico, a experiência de certo sentido de unidade corporal. É preciso, porém, reafirmar: nesse caso, a unidade não é obtida pela harmonia das partes, mas pela subordinação despótica da totalidade à determinada parte do corpo. Assim pois, no sofrimento do corpo objetivado e desmembrado continua a existir um detalhe que, ao mesmo tempo em que desorganiza, organiza o todo e revela uma forma de abertura fenomenológica do sujeito, ainda que esta seja culturalmente objetivadora (aqui, percebemos a importância de uma perspectiva mais estrutural para reforçar o sentido da “proposta fenomenológica” que estamos fazendo). Do mesmo modo, é a partir da experiência desse detalhe que o indivíduo elabora suas ressignificações e negociações. Isso nos leva, mais uma vez, a nos inspirar no sentido organizador do *punctum* da fotografia, tal como revelado por Barthes (1984), o detalhe fixo que mobiliza o restante do corpo: afinal, esse fragmento do corpo é um centro de gravidade em torno do qual todo corpo parece ganhar significado, do mesmo modo que o *punctum*, para Barthes, é o detalhe que organiza, que confere gravidade à foto em sua totalidade.

Falaremos da experiência fenomenológica da fragmentação em dois momentos: primeiro, na experiência de se perceber, no corpo, um detalhe que afasta o indivíduo do corpo que ele desejaria ter. Como uma foto, o detalhe rígido é uma imagem estática que, ao mesmo tempo, oferece-lhe, num certo sentido, uma paralaxe: a distância para aquilo que eu idealizo. Num segundo momento, na experiência do malogro da cirurgia, o detalhe passa a distanciar o indivíduo da normalidade de um corpo que ele tinha. Neste momento, predomina a ressignificação nostálgica daquele mesmo *punctum* e se percebe a distância que separa o corpo concreto, atual, não apenas daquilo que foi idealizado mediante a intervenção cirúrgica, mas do corpo pré-cirúrgico. Os dois momentos nos falam, portanto, de uma não-apropriação do corpo. A principal questão que aqui se coloca é: como o sentido de unidade corporal se

produz nesses diferentes momentos de inapropriação do corpo? Esse sentido é, a nosso ver, o principal elemento da experiência fenomenológica da fragmentação.

É preciso dizer, ainda: no primeiro momento, o detalhe do corpo se constitui como núcleo organizador: ele é o detalhe rígido que se deseja tornar plástico e maleável ao seu desejo; ele mobiliza, portanto, todo o restante do corpo em direção a um “vir a ser”. Por outro lado, a experiência do pós-cirúrgico, como veremos, a rigidez do detalhe revela a precibilidade última, a ideia de mortalidade, a perda do corpo que se tinha.

Tudo isso será pensado através da experiência do “quase-presente” de que nos fala Merleau-Ponty, em que uma experiência habitual é o fundo de conduta da experiência atual: é por esse caminho que buscaremos compreender a formulação do novo sentido de unidade corporal, que permanece mesmo experiência da fragmentação.

4.1. Resignificações da Ansiedade do Indivíduo Diante do Próprio Corpo

“Ela, mulher de trinta anos, curvilínea, mas esguia, explica que teve de retirar um espelho do banheiro de seu novo apartamento para evitar ser capturada pela gordura de suas nádegas, monstruosidade que a humilha e *engole*⁴⁰ sua imagem” (Mieli, 2002: 16).

Tudo o que dissemos há pouco pode ser entendido como um desdobramento das considerações que fizemos da cirurgia cosmética enquanto um trabalho incisivo realizado sobre cada “peça” do corpo objetivado, em analogia ao corpo-máquina cartesiano. Ou seja, vemos que ela lida com cada parte do corpo de modo particular, embora a alteração de um traço físico deva considerar o “todo”, prezando pela harmonia do conjunto corporal. A cirurgia cosmética pode ser entendida, portanto, como única possibilidade vislumbrada pelo sujeito de tornar maleável ao seu desejo o detalhe de insatisfação que organiza todo o seu corpo.

⁴⁰ Grifo nosso.

As narrativas revelam, de fato, uma trajetória marcada pelo desejo de eliminar, corrigir ou aperfeiçoar detalhes específicos: o nariz considerado assimétrico, seios muito volumosos ou muito pequenos, o abdômen flácido etc. Nesse sentido, a experiência interior é, nesse caso, a experiência da fotografia: há uma relação muito íntima entre aquilo que o indivíduo é, o que ele deseja que seja notado e o que resiste a tal desejo. De uma maneira semelhante, na famosa peça de Rostand, o Nariz de Cyrano é o ponto para o qual convergem todos os olhares, tornando invisíveis suas qualidades mais destacadas.

Alguns dos depoimentos abaixo já foram apresentados no capítulo da descrição do nosso trabalho de campo, mas cabe retomá-los aqui, assim como os objetivos que estimularam os informantes às práticas corporais relacionadas às experiências de seu corpo atual. Os depoimentos abaixo revelam incômodos bastante pontuais em sua relação com o corpo:

“Eu me sentia incomodada por chamar a atenção através de uma coisa que eu não gostava em meu corpo. (...) Eu sempre fui muito tímida, nunca gostei de chamar atenção. (...) Eu não podia esconder uma coisa que tava bem na minha cara. Não tinha como esconder o meu nariz” (Bárbara, 24 anos).

“Era uma coisa que eu queria ter muito, seios grandes. Acho lindo. Mas eu não tinha o que mostrar, meus seios eram muito pequenos (...) e eu ficava querendo disfarçar com roupas folgadas. (...) eu parecia uma tábua” (Juliana, 30 anos).

“Eu me lembro que eu simplesmente detestava sair em fotos. Evitava ao máximo. Principalmente fotos de perfil. (...) Eu só queria um nariz normal” (Gilberto, 25 anos).

Ao intencionarem reorganizar seu corpo mediante cirurgia estética, os informantes buscam resgatar o que era mais significativo na sua relação com o corpo, bem como na relação com o olhar do outro, ou seja, a parte do corpo considerada eixo central a partir do qual eles percebiam seu “corpo total”. Obviamente, essa parte era, também, o ponto a partir do qual irradiava uma ansiedade diante da própria aparência. E, como parece ser revelado nos

depoimentos, esta se constituía como o núcleo organizador da própria experiência corporal. Os informantes trazem, portanto, como algo significativo, a experiência da “parte de si” que resistia, rígida e inanimada, refratária ao seu desejo, e que tentavam ocultar através de algumas estratégias. Assim como na experiência da fotografia, tal como abordada por Barthes (1984), podemos perceber a ligação fundamental entre o detalhe rígido e seu referente, o que aparece de modo muito claro principalmente nas falas de Juliana e Gilberto, ao referirem-se ao corpo que desejariam ter: seios maiores, um nariz menor.

O detalhe da insatisfação estética tem, então, o sentido da unidade que orienta e propulsiona o sujeito a tentar controlá-lo. Aqui se revela um importante achado fenomenológico: na renegociação feita a partir da experiência de se conviver com a parte do corpo que lhe causava incômodo muitos informantes viram, na cirurgia cosmética, a *única* possibilidade para lidar com ele, sobretudo quando tornou-se insuportavelmente indiscreto:

“Meu problema eu só conseguiria resolver com uma cirurgia plástica. Eu até conseguia emagrecer, mas sempre ficavam uns excessos de pele. (...) E eu já tava muito cansada de ficar disfarçando. (...) Na verdade eu já tinha uma barriguinha saliente, a famosa barriguinha de cerveja, que eu adoro (risos), mas depois da gravidez deu uma piorada séria, aí só na faca mesmo (risos) (Rosana, 34 anos)”.

“Chegou um momento que não dava mais. (...) Não sei te dizer exatamente o que aconteceu, mas chegou uma hora em que ou eu fazia a cirurgia ou fazia. (...) Eu não suportava mais o meu nariz” (Bárbara, 24 anos).

Desse modo, a “opção” pela cirurgia torna-se a decisão em que os informantes passam a empenhar sua vida (Merleau-Ponty, 2006a: 19), na tentativa de redirecionar o olhar do outro, de oferecer-lhe uma visão mais harmônica, mais ampla de si. Ao adaptar o uso da noção de *punctum* feita por Barthes, Mieli (2002) nos fala dessa tentativa de ressignificação. A autora argumenta que a manipulação voluntária do corpo, tal como realizada pela cirurgia plástica, tem como objetivo transformar o que é percebido pelo sujeito como *punctum*, ou

seja, o lugar de seu próprio corpo de onde se sente olhado, o lugar que *insiste* no sentido de *embaraçar*:

“Trata-se de um embaraço que é (...) incômodo, um estorvo, fonte de mal-estar e de perturbação. Tem-se vontade de se desfazer, de se aliviar desse lugar do corpo para dele se livrar” (Mieli, 2002: 15).

A experiência de conviver com um corpo como um estorvo aparece muito fortemente na fala de Rosana:

“Tinha muita vergonha porque eu era muito flácida no abdômen. (...) Eu detestava academia, mas eu precisava fazer algo por mim, então comecei a frequentar academia. (...) Eu era muito mais flácida do que todas as meninas do vestiário da academia; achava que eu chamava muita atenção porque tinha muita estria visível, além de tudo. Todo mundo ficava à vontade pra trocar de roupa na frente da outra, menos eu. Então ficava irritada quando eu via que tinha mais gente no vestiário, ficava enrolando pra dar tempo de todo mundo ir embora e eu poder me trocar. Ficava colocando a toalha em cima, ou então ficava de costas. (...) Até que desisti da academia, porque não valia a pena tudo isso se o problema que me incomodava só ia melhorar com a cirurgia” (Rosana, 34 anos).

Assim, o detalhe corporal é a imagem fixa que revela não só um corpo que não cede ao desejo, como também a inabilidade do sujeito em controlá-la. Pode-se verificar, em seu relato, os sacrifícios feitos por Rosana para controlar seu corpo: frequentar a academia, mesmo sem gostar, e apenas para aliviar a sensação de desleixo com o corpo, já que ela sabia que, em seu caso, “só a cirurgia resolveria”.

Para a informante o espaço do vestiário era ainda mais emblemático do que outros, talvez por ser anexo de um espaço da construção de corpos a serem vistos, admirados, contemplados. Mas, sobretudo, parece ser o espaço em que o seu detalhe ‘rígido’⁴¹ tornava-se

⁴¹ Aqui, há um curioso paradoxo: o ponto de rigidez do corpo é justamente onde sua flacidez é mais evidente.

ainda mais “mortífero”; era o ambiente que ela se sentia mais incomodamente observada. Além disso, tratava-se de um espaço marcado por hábitos pelos quais o detalhe do mal-estar é mais exposto à percepção (é hábito entre as frequentadoras de acadêmicas de ginástica espontaneamente se despirem umas diante das outras, ainda que não se conheçam). Nesse sentido, tornava-se mais difícil ocultar o seu ponto de mal-estar. A não ser que ela mantivesse um comportamento diferente do das outras frequentadoras (como esperar todas saírem para então se despir), fazia-se impossível manter em segredo o que poderia tornar-se um estigma (Goffman, 1988: 85). Era difícil a função de elaborar estratégias de *encobrimento* quando, opostamente, se desejava ter um corpo treinado para ser contemplado.

A narrativa de Solange também nos fala de um conhecimento prático, adquirido na experiência angustiante com o *punctum*, pelo qual a intervenção cirúrgica lhe aparece como a saída:

“Minhas rugas e a flacidez dos meus seios: foram essas duas primeiras coisas que acusaram que eu tava envelhecendo. (...) não tinha mais pra onde correr, então apelei pra cirurgia (risos)” (Solange, 55 anos).

Solange nos fala, assim, de um ponto de rigidez surgido pela própria passagem do tempo sobre seu corpo. Podemos então associar sua experiência à revelação do *noema* a que Barthes chama de “*Isso-foi*”⁴²⁴³ (Barthes, 1984: 115): é esse corpo ido que ela tenta recuperar

⁴² Em nota, o tradutor do livro explica que “a tradução perde a uniformidade do original na medida em que ao verbo *être* correspondem ora ‘ser’, ora ‘estar’, ora ‘existir’” (p.115).

⁴³ O depoimento de Solange torna pertinente um esclarecimento: dissemos, no início, que a experiência pré-cirúrgica estaria mais relacionada à experiência do detalhe do mal estar estético que mobilizaria o indivíduo a um vir-a-ser, enquanto a experiência pós-cirúrgica estaria vinculada à uma experiência dessa parte do corpo que revelaria, exatamente, esse noema do “isso-foi”, ou seja, o distanciamento do indivíduo do corpo que ele teve um dia. A experiência de Solange, como estamos vendo, também está relacionada à de um corpo ido que, no entanto, pode “vir-a-ser” outro. Nosso esforço será em mostrar como a expectativa de retomada do sentido de unidade corporal vivida por Solange se diferencia do “isso-foi” pós-cirúrgico, em que o noema revela a entropia última.

através da cirurgia. É a imagem paralisada da fotografia, que resiste ao tempo, que nesse caso nostalgicamente se busca em procedimentos cirúrgicos. O olhar para si mesma, pelo qual reconhece o detalhe rígido, pode ser entendido pelas palavras do próprio Barthes ao tratar da natureza da Fotografia:

“ao olhar uma foto, incluo fatalmente em meu olhar o pensamento desse instante, por mais breve que seja, no qual uma coisa real se encontrou imóvel diante do olho” (Barthes, 1984: 117).

Curiosamente, no caso de Solange, é a própria transformação do corpo, a que equivale o envelhecimento, que ela procura imobilizar. A inércia do corpo, por outro lado, equivale a uma rigidez: a resistência da carne envelhecendo inapelavelmente. E é essa resistência que desperta a consciência do “vir a ser” e, num mesmo gesto, o permanente resgate de um “isso foi”. Na verdade, a experiência desta informante reafirma a visão pessimista em torno do envelhecimento, como a dolorosa experiência de ter o corpo habitual como fiador do corpo atual (Merleau-Ponty, 2006a: 123). A propósito, podemos entender que é o próprio resgate desse *noema* que sutilmente figura como uma das promessas da indústria do culto ao corpo da qual a cirurgia estética é uma grande aliada.

Cibele, por sua vez, traz como algo representativo, em sua narrativa, as diversas situações em que o ponto de mal estar físico organizou sua experiência corporal, o que, ao mesmo tempo, nos aponta a constante mudança dos padrões estéticos, que também levam a novas ansiedades diante de uma parte específica do corpo.

“Eu morria de vergonha porque tinha seios grandes, bem maiores do que o das outras meninas. Quando começou a onda do silicone, eu adorei, né? Todo mundo querendo ter o que eu passei a vida inteira querendo esconder (risos). Aí pronto, depois de um tempo eu comecei a encrencar com minhas pernas que achava muito finas, depois encrenquei até com meu cabelo (risos) (...). Mas vez ou outra voltava a vontade de diminuir os seios. E é como eu te disse, eu não me preocupava com a minha barriga mas aí me ofereceram o pacote com a abdominoplastia e eu terminei criando expectativa de ficar com a barriga lisinha sim” (Cibele, 30 anos).

À medida em que esses padrões variavam, um novo sentido de unidade corporal era reinterpretado por Cibele, ou seja, um novo detalhe corporal lhe mobilizava. Inclusive, podemos adiantar (embora estejamos ainda tratando das experiências pré-cirúrgicas de insatisfação com o corpo) que, pela experiência mal sucedida da abdominoplastia, um novo *punctum* é elaborado, ainda que, como ela mesma coloca, o abdômen não se constituísse, anteriormente, como um detalhe de insatisfação estética. Ao mesmo tempo, a possibilidade da cirurgia parece ter lhe despertado um novo desejo em relação a seu corpo - no caso, ficar com uma “barriga lisinha”. O depoimento de Cibele nos sugere, portanto, o jogo de rigidez e flexibilidade que marca a experiência com a marca inestética. Ela reconhece que a insatisfação com o corpo foi sempre algo marcante, embora o *locus* do incômodo tenha variado no decorrer de sua trajetória. Apesar das mudanças culturais, como ela mesma percebe, sempre houve um ponto do corpo que era extremamente mobilizador. Ou, ainda, sempre houve um ponto rígido diante do restante do corpo que, no entanto, era mais plástico. É justamente essa plasticidade que serve de argumento para a difusão do consumo das cirurgias: sempre tornar maleável um ponto rígido do corpo, sempre permitir que um traço inestético deixe de falar em nome do todo. Ao contemplar as diversas partes do corpo que podem ser modificadas em função da harmonia do conjunto, as práticas cirúrgicas buscam ressignificar o sentido de unidade corporal que, em nosso estudo, insistimos em reconhecer mesmo na experiência da fragmentação do corpo. Temos visto, no entanto, que essa tendência em pensar no corpo em suas partes distintas termina por fortalecer a tirania do detalhe. Na verdade, o argumento mercadológico elaborado em torno dessas cirurgias requer que sempre haja um ponto de rigidez para que essa plasticidade se transforme em possibilidade entusiasmante. E ainda, que o *locus* da insatisfação seja transferido, a angústia do corpo permanece como motivação última para o consumo da prática cirúrgica.

A plasticidade, então, é explorada como uma oportunidade oferecida pelo consumo, ao mesmo tempo em que não se toleram determinadas alterações espontâneas de nosso corpo e de nossa carne (como o envelhecer, por exemplo), são transformadas em detalhes de rigidez no olhar do indivíduo para si mesmo. Assim, novos pontos de rigidez e desconforto são

sempre criados à medida que novas possibilidades de “vir a ser” são oferecidas e, sobretudo, incitadas. A questão que nos colocamos é: que experiências desse vir a ser nos são possibilitadas através do trabalho corporal amalgamado ao exercício de subjetivação contemporâneo? Uma breve resposta: esse exercício tem nos mostrado uma única possibilidade de ação diante da parte do corpo que nos traz incômodo: aperfeiçoá-la como forma de afirmação de si.

De modo semelhante a Cibele, Solange também parece perceber a dinâmica cultural pela qual as expectativas em relação a esse detalhe organizador são criadas e reatualizadas.

“Muda tanta coisa nos padrões de beleza, tem hora que é mais bonito ter mais peito, tem hora que é mais bonito ter menos peito... A gente resolve uma coisa, aí *inventam* outra pra gente cuidar. (...) Por que não dizem que tá na moda ter rugas e que tá fora de moda ter cabelo curto, uma coisa mais simples de se resolver? (risos). Ia economizar muito dinheiro com sessão de terapia (risos) (Solange, 55 anos).

A informante reconhece claramente as influências externas sobre sua ansiedade com o corpo e as assimila espontaneamente. Reconhece que “*inventam*” novas preocupações com o corpo e que, por isso, ela nunca consegue apropriar-se de seu corpo. Assim, tem-se a impressão de que Solange entende essa angústia como algo inevitável, ao qual só lhe resta se adaptar e reconhecer formas de monitorar. As sessões de terapia, então, surgem como válvula de escape para tratar dessa pressão externa da qual ela entende que não pode se desviar, embora perceba que nunca conseguirá atender por completo às infundáveis exigências dos padrões de beleza. A perseverança diante do detalhe da insatisfação reafirma o sentido da responsabilidade individual e da culpa que mobiliza os indivíduos a essas práticas corporais:

“Eu tenho mais é que cuidar do que eu ainda tenho, né? Posso não ser cem por cento, mas também não posso ser só dez por cento. (...) Não é porque não sou perfeita numa coisa que eu vou avacalhar o resto (risos)” (Solange, 55 anos).

Logo, Solange reconhece bem a sua obrigação: concentrar-se no detalhe como tentativa de salvaguardar todo o resto. Afinal, se Barthes nos diz que “toda fotografia é um certificado de presença” (Barthes, 1984: 129), a imagem do corpo também revela a assiduidade do sujeito às suas responsabilidades para com o corpo.

Para darmos continuidade ao argumento que trata da incessante criação de novos pontos de insatisfação, recorreremos a um depoimento de Bianca:

“Eu havia emagrecido, estava me sentindo linda como nunca me senti antes, meu corpo ficou lindo. Na verdade não era necessário fazer nenhuma cirurgia plástica, mas eu sempre tive o sonho de ter o modelo das mamas ‘tacinha’. (...) Decidi fazer nesse mesmo período” (Bianca, 29 anos).

Ao reconhecer que “não havia necessidade de fazer cirurgia”, Bianca organiza, de outra forma, o sentido da sua insatisfação com uma parte do corpo, revelando bem a dinâmica expressa, há pouco, nas falas de Solange e Cibele. Perguntamos por que ela se submeteu, então, à cirurgia. Bianca explica que estava eufórica com seu corpo, exatamente porque o processo de emagrecimento sugeria que ele estava cedendo aos seus desejos. Assim, ao conseguir “domar” seu *punctum*, ela passa a utilizar essa experiência corporal como o fundo de conduta para todas as outras. Ao mesmo tempo, Bianca nos fala, ainda, uma ansiedade sempre existente diante do corpo atual: estava acima do peso e sonhava em emagrecer. Emagreceu. A partir daí, um detalhe ainda destoava do todo corporal – em seu caso, os seios - e nessa reorganização de um mal estar estético anterior, então resolvido (o excesso de peso), surgiu a vontade de operá-los, embora houvesse reinterpretado seu corpo como “agora melhor do que antes”, ou, na reelaboração de si, estivesse se sentindo “mais linda do que nunca”. A sua expectativa pela cirurgia equivale à mesma ânsia de tornar os novos detalhes rígidos do seu corpo ainda mais susceptíveis ao seu desejo. Portanto, em sua ansiedade diante do próprio corpo, Bianca vivia um constante processo de reintrodução da unidade do corpo. Ao mesmo tempo, não podemos deixar de ver, aí, uma busca constante pelo equilíbrio de que nos fala Merleau-Ponty (2006a), ou melhor: que as “deficiências” que Bianca vai encontrando reflete

a pressão da cultura sobre o seu engajamento no mundo que é também a busca desse equilíbrio. A questão é que, nessa sua trajetória, a informante parece sempre esbarrar num novo detalhe do corpo: vive o apego a cada novo detalhe em busca de torná-lo maleável, talvez como forma de recuperar um tempo em que havia, em seu corpo, uma parte que era totalmente rígida aos seus desejos. De tal modo, a quase-presença do corpo habitual parece lhe dizer: “lembre de como nós éramos e de como nós nos aperfeiçoamos. Nós somos nosso próprio testemunho de que *sempre* poderemos melhorar”. Mas, ao mesmo tempo em que esse corpo habitual quase-presente fala em nome do “nós”, permanece, para Bianca, a esquizofrenia de conviver com algo em seu corpo que ela deve objetivar, não reconhecer como seu. Assim, o remanejamento e a renovação do seu esquema corporal (Merleau-Ponty, 2006a: 197) aparece sempre caracterizado pela ansiedade em se apropriar do corpo.

Enquanto Bianca busca superar, através das possibilidades do corpo atual, a experiência da rigidez do detalhe vivida com seu corpo habitual, outras entrevistadas têm um olhar nostálgico em relação ao seu “passado corporal”. Algumas reconhecem o período anterior à cirurgia como aquele em que conseguiam atender ao que entendem como atributos de feminilidade. Fátima, por exemplo, procura mostrar que sempre procurou impedir que o detalhe do mal estar físico lhe destituísse tais atributos:

“Eu nunca tive um corpo perfeito, mas eu sempre me cuidava, nunca fui uma mulher descuidada. Sempre fui muito vaidosa, sempre fui muito feminina. Me sentia feminina” (Fátima, 37 anos).

Tem-se, então, um olhar reinterpretativo do antigo a partir do novo. Rebeca, por outro lado, reconhece um noema, ou seja, a perda desses atributos, mesmo antes da cirurgia, mas seria justamente através da intervenção que ela tentaria recuperá-los:

“Eu já fui dançarina, quando era novinha. Tinha um corpo bonito. Mesmo quando parei de dançar, continuei com um corpo bonito, feminino. Depois da gravidez engordei, fiquei flácida, fiquei péssima, com o abdômen imenso. (...) Nem dava mais

gosto dançar. Eu me sentia sensual quando eu era dançarina, mas depois que engordei, não fazia sentido mais. Na verdade eu consegui emagrecer, mas a barriga ficou enorme e flácida, estava tudo fora do lugar, então se eu dançasse iria chamar muito mais atenção, seria ridículo (...) Não conseguia ficar à vontade na frente do meu marido. Pra mim a cirurgia era a única esperança” (Rebeca, 36 anos).

Como já sugerimos a partir do depoimento de Sueli, o “*Isso-foi*”, que também aparece na fala de Rebeca, terá outro sentido a partir da experiência pós-cirúrgica. Nesse caso, o detalhe terá um sentido último que é a mortalidade do corpo, o descontrole total a partir da intervenção médica.

4.2. Ao Despertar da Mesa de Cirurgia: O Encontro com o Espelho no Pós-Operatório e o Estranhamento de Si

O período de recuperação de uma cirurgia estética revela um momento curioso: não se espera que o corpo volte apenas ao normal, mas que seja mais belo que antes (voltar ao normal, nesse caso, é um prêmio de consolação). Ainda que vivendo concretamente o pior (hematomas, dores, inchaços como real corpóreo), anseia-se pelo melhor. A experiência mal sucedida, como veremos, rompe radicalmente com essa expectativa; o corpo atual traz mais insatisfação do que aquele que se tinha antes da cirurgia.

Ao relatar sua experiência do período pós-cirúrgico, os informantes nos remetem à maneira como necroses, secreções, sangue, vísceras, passam a fazer parte do vivido. Assim, as manifestações do organismo correspondem à externalização de um “interior tenebroso”, e, através disso, o “eu” e “meu organismo” vivenciam um contato inédito. Buscaremos os significados atribuídos pelos informantes a esse “novo corpo” que passa a estar em contato com o “corpo habitual”, em decorrência da cirurgia. Ao narrarem sua experiência com o novo corpo, grande parte dos informantes se preocupou em descrever o momento em que se deram conta do insucesso da operação. Alguns nos explicam que isso se deu de imediato:

“Fiquei muito inchada, com um aspecto monstruoso, tudo muito tronxo... de cara já pude ver que ficou péssimo” (Bárbara, 24 anos).

Outros acreditavam que, com o decorrer do tempo, o corpo “voltaria ao normal” e só então poderiam constatar as consequências da cirurgia.

“Eu era tão inocente que realmente achei que minha aréola iria voltar à cor normal” (Bianca, 29 anos).

Como podemos constatar pelas falas acima, houve uma variação entre sentir-se “temporariamente deformado” (mais uma vez, temos a referência ao caráter propedêutico das transformações cirúrgicas) e considerar-se deformado ou mutilado “de fato”. Além disso, levaram em conta que alguns procedimentos exigiam mais tempo de recuperação do que outros. Em casos de rinoplastias mal sucedidas, por exemplo, alguns informantes mencionaram que só se deram conta do insucesso da cirurgia quase um ano após sua realização.

“Só depois de um ano é que tive certeza, porque foi quando desinchou e deu pra ver o erro totalmente. Quando eu tirei o tampão, sabia que ainda não estava diante do resultado final. Então eu esperei o nariz desinchar por completo. Eu sempre colocava o dedo em cima do nariz pra ver se tinha parado de doer. Mas depois também notei que essa dor não passava assim tão rápido porque ele tinha raspado de sobremaneira o osso frontal do nariz e logo percebi também que comecei a ter muita sensibilidade ao respirar e dificuldade para respirar” (Gilberto, 25 anos).

O primeiro contato com o novo corpo é, portanto, um período de indefinições e de dificuldade em lidar com o interior do corpo que se manifesta na superfície corporal, ou seja, com “as verdades do organismo” que então se revelam, e distinguir se elas se tratam de reações comuns no pós-operatório ou não. Ao contemplar uma aparência horrenda, edemaciada, sonha-se com a beleza idealizada. Os indícios de que algo saiu errado começam a se delinear justamente quando as “verdades orgânicas” não retornam ao seu lugar de origem, ou seja, quando o corpo “não volta ao seu normal”. Ele começa, então, a sinalizar um

perigo para as informantes. A imagem de seu corpo passou a lhes deslocar para o referente que elas tinham acerca de experiências como a que ela estava vivendo:

“Eu me sentia muito realizada por ter feito a cirurgia, mesmo no período de pós-operatório eu me sentia realizada, apesar das dificuldades. (...) Só depois eu fui vendo que *aquilo não tava normal*” (Deise, 29 anos).

“Não era possível que aquilo fosse normal. (...) Eu já tinha visitado amigas minhas que fizeram a mesma cirurgia, nenhuma ficou do jeito que eu fiquei. Fora a dor que eu sentia... nenhuma delas tinha falado que senti tanta dor. Doía tudo, não parava de escorrer um líquido. Aquilo não podia tá normal” (Rosana, 34 anos).

No caso de Rosana, a experiência do outro era o seu referente. Ela ainda precisava dele, do corpo do outro, para obter o significado da experiência pós-cirúrgica. Ao mesmo tempo em que sabe que não é capaz de ter a mesma experiência corporal que as amigas vivenciaram, ela passou a contar com valores, representações e simbolismos que pudessem dar sentido à experiência que estava vivendo.

Rebeca, por outro lado, se recusava a assimilar que sua nova aparência não seria apenas uma transição entre o indesejado e o idealizado.

“(...) Eu via mas não podia aceitar aquilo, não queria acreditar. (...) No outro dia de manhã, quando o médico veio me ver, foi que ele percebeu que havia acontecido o problema. Segundo ele, tive um problema de circulação, e necrosou minha pele, do umbigo até o corte da plástica. (...) Na hora ele explicou, mas eu não tinha noção do que aconteceria, e parecia que o que ele dizia eu não queria ouvir nem entender o que estava acontecendo. Ele disse que o organismo iria expulsar aquele tecido morto e tal, mas eu não imaginava que aconteceria tudo que aconteceu, nunca. (...) Eu acho que eu não queria acreditar, sabe? Não caía a ficha. (...) Aquele corte enorme, aquilo podre em mim, (...) eu não podia aceitar” (Rebeca, 32 anos).

Configura-se uma nova experiência esquizofrênica da fragmentação do corpo. Curiosamente, uma experiência de uma parte do corpo como imprópria, não sua, é também

algo comum nos discursos acerca da necessidade da cirurgia, conforme já vimos. No entanto, em casos como o de Rebeca, esse sentimento de inapropriação do corpo se agrava. Nesse caso, tem-se a impressão de que a unidade corporal, então, é destituída da capacidade de orientar o indivíduo a um futuro, à medida em que o paralisa diante de sua própria imagem. Algo diferente do que ocorre na experiência pós-cirúrgica da fragmentação, em que a cirurgia lhe aparece como possibilidade de apropriar-se do corpo.

As falas de Cibele e de Suzane são também bastante emblemáticas sobre o sentido da não apropriação do corpo a partir da vivência do pós-cirúrgico:

“Sabe, uma coisa é você se preparar pro pós-operatório. Você se prepara, sabe que vai ficar estranho, mas que depois vai ficar linda e maravilhosa. Mas outra coisa é olhar pra você e se ver mutilada. (...) Na hora eu só queria que aquele buraco fechasse, mas eu sabia que ele iria deixar marcas profundas em mim, não só no corpo, mas eu estava mutilada em todos os sentidos. (...) Não era só meu corpo que havia sido destruído. Era minha vida também. (...) É isso, naquele momento eu já tinha dimensão das coisas que eu tinha perdido” (Cibele, 30 anos).

“Ali eu sentia que minha vida tinha acabado. (...) Eu ter que entender que meu peito tava necrosado... que estava mutilado... sendo que há poucos dias atrás eu entrei numa sala para sair mais feliz. (...) Aquilo ali era uma tortura pra mim. (...) Eu não conseguia me olhar sem entrar em desespero, porque meu corpo me dizia que eu tinha perdido um monte de momentos bonitos da minha vida” (Suzane, 31 anos).

A questão, aqui, é de como a unidade corporal se produz após esse segundo momento da inapropriação. Se, com a experiência do membro-fantasma, Merleau-Ponty nos fala de uma unidade corporal sempre debitária do hábito, aqui a rigidez do detalhe remete imediata e inapelavelmente à mortalidade do corpo, sua disposição à desorganização, à entropia. Com isso, reafirmamos nosso argumento inicial de que as experiências desses corpos constituem sempre uma paralaxe: inicialmente acerca da distância entre o tido e o desejado; depois, da distância entre o erro, o acidente, a aberração e a normalidade (ressignificada como tal) do corpo que se tinha. É, também, a paralaxe da distância entre a culpa e a ansiedade pela idealização da harmonia estética:

“Não tinha como não ver. Toda vez que eu ia tomar banho, estava ali, não tinha como esquecer. Era uma culpa muito grande pra mim, pagar para ser mutilada” (Bianca, 29 anos).

O sentimento de culpa também é ganha um novo sentido nesse processo de produção de uma nova unidade corporal: o detalhe pungente acusa que o indivíduo, de algum modo, tem responsabilidade sobre a entropia que ele passou a representar. Essa culpa se revela, ainda, nas impressões que seu corpo desperta no olhar do outro:

“Minha irmã e minha mãe olhavam pro meu corpo e eu via a cara de desespero, o olhar de angústia delas. (...) a expressão de sofrimento delas, eu nunca vou esquecer. Aí eu me dava conta, mais ainda, da minha situação. (...) Minha irmã ficava tentando acalmar a minha mãe, tentava ser forte, mas eu via que ela também estava apavorada. Aí eu sofria mais ainda vendo que, além de tudo, as pessoas que eu mais amava também estavam sofrendo” (Cristina, 27 anos).

Podemos entender que o olhar do outro é, mais uma vez, fundamental para construir uma imagem de si, da “aberração” em que seu corpo se transformou. Percebemos, ao mesmo tempo, a experiência dessas manifestações orgânicas como socialmente constituída, “reconhecível” por todas elas, embora seu conteúdo só possa ser descrito por Cristina, que a viveu. A experiência de seu corpo desperta um entendimento compartilhado entre elas. Logo, essa experiência

“está pautada no corpo como enquanto dimensão vivida da cultura (...) e a maneira como o indivíduo [a] experimenta (...) relaciona-se a uma inscrição do mundo social no corpo do indivíduo e de todo o esforço desse sujeito para intervir na sua realidade” (Giordani, 2009: 811).

A partir desses relatos, podemos fazer algumas considerações: A novidade da experiência do corpo mutilado também é uma inovação para a própria experiência fenomenológica, que passa a contar com a presença de um aspecto da corporeidade que saiu de seu “lugar de origem”. O corpo que emerge na superfície se traduz em “excesso”, sinal de descontrole e de perigo, como nos sugere o trabalho de Douglas. A visibilidade desse corpo,

portanto, desafia uma aparência de ordem criada por uma intensa diferenciação entre o *dentro* e o *fora* (Koury, 2011: 59) que faz parte do universo simbólico dos informantes. É também porque essa desordem do corpo está associada a uma ideia de morte simbólica, como também podemos sugerir a partir das considerações mais gerais acerca do trabalho de Douglas (1991), que ela nos dará subsídios para entender a reorganização do corpo e de sua experiência no horizonte de possibilidades vislumbrada pelo indivíduo. Em resumo, que oportunidades podem ser vividas por esses indivíduos a partir dessa experiência da unidade corporal?

Uma experiência visual (e não habitual) de si passa a ser vivida: a visão do interior do corpo, que deveria ser dada apenas ao cirurgião, responsável pelo “recorte” do corpo, se torna parte integrante da “rotina visual” de algumas pacientes. Portanto, a mutilação do corpo, que após o processo cirúrgico deveria passar a fazer parte das “memórias” da intervenção, é mantida diante do olhar do indivíduo, em seu dia-a-dia. Há, aí, uma espécie de esquizofrenia: um quase-presente me mostra que meu corpo é manejável, e eu sei disso porque agora o vejo descontrolado: é por causa desse referente que percebo o perigo da desordem em mim mesmo. Tem-se, então, que o corpo é o lugar onde as impressões e emoções perturbadoras emergem, solicitando ao sujeito novas ações de sentido (Giordani, 2004: 67). É a partir desse novo contato com o próprio corpo que o indivíduo passa a convocar o saber habitual para ressimbolizar seu corpo e reorganizar seu cotidiano.

O que ocorre na experiência das cirurgias mal sucedidas é que o “interior do corpo”, ao se projetar para fora, exhibe justamente aquilo que nossa cultura considera a porção mais degradante de nossa corporeidade. Elas mantêm, assim, uma relação fundamental com uma forma de visibilidade que obriga o indivíduo a viver o drama de suportar e manifestar em seu próprio corpo uma referência à morte.

Como enfatiza Sant’Anna, a respeito da nossa relação com as “profundezas” da nossa corporeidade,

“a aversão ao interior do corpo é antiga. Mas no decorrer das últimas décadas ela foi acrescida de novas intolerâncias. (...) Para a sensibilidade atual, a repulsão a este contato é muito mais evidente do que no passado, especialmente depois da banalização de certos equipamentos de higiene e de conforto e, ainda, da tecnologia médica [que contribuiu] para transformar o corpo num texto cuja leitura é infinita” (Sant’Anna, 2005: 67).

É preciso dizer, no entanto, que essas experiências não se resumem ao interno que foi para fora:

“Havia dado necrose na minha barriga. (...) Ver aquilo virou uma rotina terrível para mim. (...) A cirurgia abriu, então minha barriga estava toda aberta, totalmente exposta” (Rebeca, 32 anos).

“Eu entrava em desespero cada vez que eu via aquele líquido escuro. Não sabia quando aquilo ia acabar, se ia acabar. Eu não sabia o que iria acontecer dali pra frente. Só sentia um pavor, um desgosto (...) Eu olhava pra mim e só via isso. eles dizem que é um suor da gordura, um líquido escuro. Tinha que tirar muitas vezes ao dia, fazer punção” (Rosana, 34 anos).

“Me foi tirado um pedaço do abdômen, sendo que ele deixou a região aberta aparecendo as vísceras e sem assepsia nenhuma. (...) A equipe de salvamento fez logo o fechamento com aproximação de borda, aí fiquei mais um tempo lá no hospital até vir a carne toda. Como eu já tava muito tempo aberta, eles não queriam me deixar mais tempo no hospital porque cada dia eu tinha quatro, cinco bactérias mais. (...) Já tava tudo preto, necrosado. E ele falando que era normal, que ia drenar pra começar a clarear. Ele tirou em torno de meio litro de serona, nas seringas, até elas ficarem cheias. Mas continuou escurecendo, escurecendo, aí foi pior porque eu vi que os pontos tavam se desmanchando, tavam podres já. Que era a parte que tava necrosada, aí apodreceu os pontos. E um cheiro que fede, um cheiro inesquecível. Eu mostrava pra ele, eu falava pra ele que eu tava fedendo a podre, dizia pra ele: ‘isso aqui tá podre’, e ele: ‘não, não tá, você deve tá impressionada com o que tá vendo e com o que tão te dizendo’”. (Eva, 33 anos).

Como podemos notar, foi comum a menção a experiências bastante agressivas após a cirurgia, sobretudo com a presença de sintomas que até então relacionavam a doenças perigosas: inchaço, mau cheiro, no caso de Eva (em decorrência do processo de necrose) etc. Assim, as secreções, os odores, a decomposição, a exposição das entranhas, também passam a

fazer parte da experiência fenomenológica da fragmentação do corpo, incluindo-se como conteúdo subjetivo da experiência vivida. Nesse caso, não se trata apenas de uma experiência visual: os odores repugnantes, por exemplo, também lhes falam da perecibilidade última acusada pelo *punctum* de sua imagem corporal. Eva se refere, em sua narrativa, à forma do mau cheiro e ao mau cheiro da deformação: os litros de serona nas seringas, os pontos que se deterioravam, a exposição de suas vísceras; através de tudo isso, ela procura dar ênfase ao que viveu. Podemos, então, retomar o último trecho da frase de Eva, ao falar de um “odor inesquecível”, que ela busca descrever mesmo sem estar sentindo no momento, e mesmo sabendo que nós não seríamos capazes, também, de senti-lo pela sua descrição:

“(...) Eu *mostrava* pra ele, eu falava pra ele que eu tava fedendo a podre, dizia pra ele: ‘isso aqui tá podre’, e ele: ‘não, não tá, você deve tá impressionada com *o que tá vendo* e com o que tão te dizendo”.

Curiosamente, a experiência do fragmento aciona as experiências com as diferentes partes do corpo que, para Merleau-Ponty, não são simplesmente coordenadas: “não reúno as partes de meu corpo uma a uma; essa tradução e essa reunião estão feitas de uma vez por todas em mim: elas são meu próprio corpo” (Merleau-Ponty, 2006a: 207). Do mesmo modo, ao referir-se à experiência do *punctum* de sua imagem fotográfica, a informante inclui outros sentidos para falar da perecibilidade última, quando a técnica não consegue controlar seu corpo, quando a fotografia, com ferocidade, a desapropria de si mesma (Barthes, 1984: 28).

Creemos que a experiência vivida por meio do aspecto da corporeidade que passa a se lançar “pra fora” pode ser entendida na sua “coincidência fenomenológica” (para utilizarmos a expressão de Ortega, 2005) com o “corpo familiar”, o que equivale a dizer que as coisas do interior do corpo passam a ter parte na “vida de fora” do indivíduo. Essa união do interior do organismo com a dimensão da superfície corporal, aquela que “se estende para fora na ação”, promove uma nova percepção do indivíduo sobre si mesmo, numa espécie de “fenomenologia da visceralidade” (Ortega, 2005), em que uma dimensão corporal “não habitual” a suas ações cotidianas passam a fazer parte das orientações que guiam o sujeito em determinadas direções. Em outras palavras, a presença marcante do corpo interno que aflora no “mundo de

fora” influencia os novos modos de perceber, os sentidos e significados do contato do indivíduo com seu corpo⁴⁴. Por meio disso, ele sente a partir de dimensões do corpo até então desconhecidas (Sant’Anna, 2005: 105). Nesse sentido, sugerimos que esse interior do corpo não está deslocado da ação: ele passa a fazer parte da *anatomia fenomenológica do corpo vivido* (Idem, 2007: 386). Essa é uma adaptação que fazemos da abordagem de Ortega, que, por sua vez, refere-se ao corpo interior como o que está fundamentalmente ausente da ação – justamente o que tentamos apropriar em nossa abordagem.

Do mesmo modo, o trabalho de Leder se concentra nas dimensões ausentes e recessivas do corpo vivido. Segundo o autor, “o interior do corpo, assim como a visceralidade, “é uma parte do corpo que não usamos para perceber ou agir sobre o mundo num sentido direto”. Leder, inclusive, denomina o retrocesso da visceralidade de “desaparecimento profundo” (Leder *Apud* Ortega, 2005: 1878). Existe, nesses termos, uma relação de ambigüidade com as “profundezas corporais”, no sentido de que elas se apresentam como uma “*estranheza-própria*”: elas me pertencem, “mas eu também lhes pertenço; são um outro em mim”. Em suma, “o interior do corpo é *unheimlich* no sentido de Freud, algo estranho/sinistro que é, ao mesmo tempo ‘secretamente familiar’ (*Heimliche-Heimische*)” (Ortega, 2005: 1880). Essa dimensão da corporeidade é recessiva num duplo sentido: físico, já que o interior do corpo está protegido pela superfície; e fenomenológico, porque fogem de minha percepção direta. Entretanto, nós estamos lidando com o interior do corpo que aflora na superfície corporal e que, inclusive, exacerba, materializa sua própria ambivalência em ser algo que não posso controlar e que, no entanto, me habita: através de suas transformações corporais, as pacientes experimentaram *concretamente* essa ambigüidade trazida pelos autores, sendo que esse interior do corpo não estava ausente, como eles

⁴⁴ Aqui nos apropriamos da abordagem de uma “fenomenologia da visceralidade”, inspirados no trabalho de Ortega. Mas é necessário ressaltar que seu texto diz respeito às tentativas das tecnologias de visualização médica de apreender o interior do corpo humano que está ausente da ação. Contudo, nos casos com que estamos lidando, esse interior corporal se desloca para a superfície, significando alterações físicas, mas também simbólicas, para o indivíduo. É a esse transbordamento que estamos mais atentos, embora sempre mencionando como ele problematiza as tentativas de objetivação do corpo. Consideramos uma coexistência entre o conhecimento de si e o conhecimento do interior do corpo sob a mesma perspectiva fenomenológica que utilizamos até agora.

colocam: mais que isso, elas viveram o paradoxo de ter o seu “corpo vivido” confrontado com seu próprio “corpo recessivo” - o corpo que até então lhe estava oculto e que, ao emergir na superfície corporal, acirrou o desconhecimento prévio da paciente em relação ao seu corpo. Assim, o *punctum* fabricado pela cirurgia assume uma materialidade que ultrapassa os limites entre o normal e o patológico, justamente porque sinaliza a degradação do corpo, a percibibilidade registrada no seu sentido mais extremo, ou seja, na sua familiaridade com a morte.

“(…) *A aréola do meu seio foi morrendo dia a dia.* (...) Foi o momento mais difícil, quando depois de um mês da cirurgia o médico me disse que ele tinha feito de tudo, mas que, infelizmente, ele teria que me mutilar por causa da necrose, mas para eu ficar tranqüila que ele iria reconstruir o bico do meu seio assim como fazem em mulheres *com câncer de mama.* (...) Me lembro que no início de tudo, quando eu perguntei porque minha aréola estava daquela cor, ele disse que tinha dado muitos pontos e que iria voltar ao normal. Depois de um mês de enrolação, ele vem e diz que vai me mutilar” (Bianca, 29 anos).

Os depoimentos acima são carregados de elementos que despertam não só para a percibibilidade do corpo, como também para o sentido da finitude da vida: mutilação, câncer de mama. Assim, é essa referência à morte que Bianca aponta como significativa, ao refazer sua trajetória à luz do seu conhecimento atual; são essas as referências que passam a atravessar a experiência de Bianca. O perigo da morte se torna o fundo da sua experiência atual, além da perda de uma zona erógena significativa para a mulher, de um signo de feminilidade.

Algumas questões despertam nossa atenção no que concerne ao sentido de “subtração” da carne que produz os corpos mutilados: curiosamente, o consumo da cirurgia prática é orientado, dentre outras coisas, pela tendência a considerar que o “*corpo é meu*”. Contudo, os fluidos corporais, tais como vísceras, sangue, secreções, ainda que façam parte dessa corporeidade (embora de modo latente, como sugerem Ortega e Leder) raramente são mencionados como sua propriedade. Porém, se antes da cirurgia o destino que seria dado à

gordura aspirada de seu corpo, por exemplo, não se constituía como uma questão urgente ao indivíduo (exceto nas práticas de lipoescultura, em que se transfere a gordura de determinada região do corpo para outra⁴⁵), a partir do malogro da operação o “corpo visceral” se torna alvo da atenção e do monitoramento do indivíduo. Assim, se antes da intervenção a carne era um montante a ser subtraído do corpo e a paciente não se via comprometida em comprovar sua autonomia sobre ele, deixando essa função a cargo do cirurgião, a partir da experiência mal sucedida da cirurgia a responsabilidade do indivíduo sobre esses excessos é apontada: em algum momento, ele falhou. Num momento, esses excessos são facilmente descartados, mas, quando saltam na carne, se tornam o conteúdo de um vivido que, nesse caso, é experimentado num movimento de reflexão que leva ao sentimento de culpa pela situação do corpo.

A imagem de sua mutilação equivale, a um só tempo, à falta e ao excesso: parte desse montante foi, de fato, aniquilado, mas essa porção de carne subtraída transformou-se em lugar mal situado no próprio corpo, diferentemente do que ocorre com a porção de gordura “lançada fora” pelo processo cirúrgico no qual, a princípio, a “incompletude” não viria a ser algo problemático. Do mesmo modo, a separação *física* entre o indivíduo e parte de seu corpo de referência (ou o seu corpo habitual), vivenciada na experiência da mutilação, provavelmente não seria traumática no caso de uma cirurgia considerada bem sucedida, realizada para diminuir o tamanho dos seios, por exemplo: nesse caso, a retirada da pele não equivaleria à violência da mutilação do seio. As consequências da mutilação, contudo, correspondem a uma aniquilação do corpo que em nada lembram a “gentileza das cânulas em sugar as camadas de gordura entre peles e músculos” (Del Priore, 2000: 83). Mas, o que é principal: a carne facilmente desprezada pelas próprias intervenções cirúrgicas que a cortam e a “abandonam”, logo se torna, no caso das cirurgias mal sucedidas, a marca da falha do sujeito que não consegue se apropriar do corpo. Mas se torna, também, a evidência da falha

⁴⁵ Zani (2001: 157) refere-se à lipoescultura como uma “cirurgia oportunista”, por aproveitar o tecido gorduroso extraído na lipoaspiração. Há outra observação a ser feita, além dessa: se o destino da gordura não é um assunto urgente ao indivíduo que se submete à plástica, de certa forma interessa ao profissional que realiza o procedimento, já que ele deve ser cauteloso quanto ao volume de gordura a ser retirado, que não pode ser mais do que 7% da gordura corporal, conforme orientação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

médica, e esta, por sua vez se transforma na primeira: inépcia, precipitação na escolha do profissional. E é sob o poder desse estigma que ele prossegue seu movimento em direção ao mundo; é sob esse recalque que ele passa a reconstruir sua trama social. Nesse caso, voltamos a insistir, fluidos, vísceras e outras coisas de seu corpo que antes eram lhes desconhecidas passam a fazer parte do vivido da experiência e, portanto, também impulsionam à produção de sentido. É curioso perceber, por exemplo, como a experiência da unidade corporal foi interpretada por uma paciente que saiu em defesa do organismo e dela própria:

“Confio na minha recuperação, pois *sei que o que aconteceu não foi culpa do meu organismo*. (...) Por exemplo, *eu tenho cicatrização ótima*. Então tô confiante na minha cirurgia reconstrutora” (Cristina, 27 anos).

Nesse caso, os sinais do corpo indicam que o *erro não foi dela*; o que é manifestado por esse corpo é usado ao seu favor, inclusive as próprias cicatrizes, que, em outras informantes, desperta repulsa. Cristina, então, dá um novo sentido às suas marcas: fica atenta a esses sinais, não mais para “persegui-los”, mas para utilizá-los a seu favor. Em resumo: a *culpa não foi do organismo, logo não foi ela que errou*. Esta é uma forma muito particular e positiva, num certo sentido, de se apropriar da experiência: as cicatrizes, os odores, as secreções, são a presença de um mal médico em meu corpo, presença que precisa ser exorcizada. Algo diferente do que percebemos nos outros depoimentos.

Para outros informantes, certas práticas em relação ao corpo se tornam prioridade e ganham novo sentido na experiência da mutilação, e isso também pode, até certo ponto, ser encarado como uma resposta diante da nova unidade que vai se instaurando com o colapso da cirurgia. As práticas de assepsia, como o desbridamento, por exemplo, tornam-se uma nova forma do indivíduo monitorar o seu corpo. Passam a ter um sentido fundamental de afastamento do perigo da morte, o que, na experiência do corpo atual, se torna elemento de suma importância, uma vez que alivia a lembrança de uma prática que no caso foi desastrosa. Convive-se intensamente com a medicina e suas práticas:

“Minha rotina passou a ser a de vários curativos, três a quatro banhos por dia lavando muuuuuuuito bem aquela região, pra não infeccionar, limpando com soro, colocando muitas gazes, porque o líquido vazava muito. (...) Eu prestava atenção pra ver se tavam limpando direitinho, se tavam cuidando corretamente de tudo ” (., 30 anos).

Tem-se, então, um novo hábito corporal. Além disso, a angústia do dilaceramento do corpo era minimizada, também, à medida que a imagem da degradação do corpo era lentamente afastada. Ademais, a sensação de ver o corpo “fechando” também trazia uma sensação de alívio e de que aquele corpo interno que se deslocou para a superfície estava, finalmente, retornando ao “lugar de origem”:

“Comecei a ver que estava finalmente crescendo a tal carne esponjosa que a enfermeira tanto dizia, e preenchendo aquele buraco que havia feito em minha barriga” (A., 30 anos).

“A expectativa era de dez a catorze desbridamentos, mas só precisou de um. Eles limparam tudo *bem direitinho*, então isso facilitou pra o próximo passo, que era o fechamento do abdômen” (E., 33 anos).

Aos poucos, as informantes reorientam sua situação corporal. Nesse sentido, enquanto as manifestações orgânicas refletiam um cenário do descontrole, do “não planejado”, enfim, do tão temido “desconhecido” que foi trazido pelo malogro da cirurgia, a higiene se constituía como um reconforto, justamente porque, após a rotina de profilaxia e de curativos, o corpo ia adquirindo um aspecto “menos monstruoso”, como um paciente chegou a mencionar, ou, como na fala de outra operada: “a recuperação agora já está mais tranqüila; o que há de pior é a cara de monstro”.

Passada a fase mais recente da realização da cirurgia, trataremos, agora, do retorno desses corpos ao cotidiano.

4.3. Risco, Ansiedade e Abertura para o Mundo

Veremos, agora, como a experiência dos riscos é reatualizada na experiência das cirurgias mal sucedidas; em que sentido a reintrodução da unidade corporal, que se instaura com o malogro da cirurgia estética, nos fala de um novo risco a ser monitorado. Em primeiro lugar, buscaremos mostrar que a ressignificação das ameaças ao corpo e da relação com o médico são correlatas. Há algo fundamental, aqui, e que iremos tratar de forma bastante direta: ao dar novos contornos à experiência vivida da relação com o cirurgião (a pesquisa que realizou sobre o cirurgião que iria lhe operar, a escolha do médico, o tipo de contato que manteve com ele etc.), os informantes reelaboram sua própria postura, reconhecendo, então, a precariedade de seu trabalho de reflexão dos riscos envolvidos na sua prática corporal. Essa relação é algo que aparece como bastante significativo na reordenação da sua experiência. E, justamente porque os novos significados dados a essa relação se constroem juntamente com as reelaborações do risco, ela é importante para a compreensão do tipo abertura para o mundo que se dá a esses indivíduos a partir desse envolvimento com a técnica.

Em condições consideradas “normais”, a “medicalização da aparência” realizada pelas práticas cirúrgicas de embelezamento envolve uma espécie de pacto firmado entre o cirurgião e o paciente, em que a visibilidade do corpo deste último deve ser o “objeto” de convergência entre ambos. Nesse sentido, o paciente divide com o médico a responsabilidade pela gerência do seu corpo e, mais especificamente, pela administração do ponto de mal-estar estético de que falamos até agora, ou seja, eles têm como objetivo comum o aprimoramento de um corpo que insatisfeito diante dos sinais de sua falibilidade. O sujeito voluntariamente disponibiliza ao cirurgião o seu instrumento de inserção e de engajamento no mundo para as alterações que lhe forem necessárias, ainda que isso ocasione um encontro temporário com as impurezas do corpo que a todo tempo se deseja afastar. Sibilia nos traz algo interessante a esse respeito:

“De fato, a palavra cirurgião tem uma origem curiosa: provém do latim ‘chirurgia’, por sua vez tomado do grego ‘kheiruria’, cuja etimologia remete ao trabalho manual ou à prática de um ofício: ‘kheir’ (mão) e ‘érgon’ (trabalho). Essas raízes revelam

um lado esquecido dessa prática: desde a Antiguidade até séculos atrás, a tarefa do cirurgião não era muito valorizada. Até o Renascimento, inclusive, os médicos costumavam deixar esse ‘trabalho sujo’ aos cuidados dos açougueiros ou dos barbeiros. [Hoje] seus representantes teimam em remanescer o mais longe possível da pavorosa figura do açougueiro. De fato, conseguem-no: aquela imagem ensangüentada foi asseada e glamourizada” (Sibilia, 2011: 1).

Como vimos, o debate acerca dos riscos envolvidos no procedimento tem se tornado comum, sobretudo nos meios midiáticos. Temos colocado essas discussões como algo importante para pensarmos no horizonte de possibilidades conhecido pelos corpos pós-cirúrgicos. Isso porque, é com essa proliferação de saberes acerca do risco que o indivíduo se depara na reatualização do seu hábito atual. Assim, o fundo da sua conduta termina por ser sempre o mesmo que coloca seu corpo como ameaça diante dele próprio: antes e depois da cirurgia, a monitoração desses riscos se torna a resposta que ele precisa dar às solicitações do seu meio. É por declarações como essas a seguir que ele tem sido estimulado a ressignificar suas práticas:

“O bom médico precisa estar atento ao que o paciente tem a dizer. Precisa esclarecer se o que o paciente está buscando é algo possível, e explicar os resultados que ele realmente pode oferecer. (...) Tem que esclarecer todas as dúvidas, não só sobre os resultados da cirurgia, mas sobre o trabalho do próprio médico. Por exemplo, o paciente deve procurar saber sobre a formação do cirurgião, a sua especialização, etc. O paciente deve voltar ao consultório sempre que tiver alguma dúvida, até estar totalmente seguro e preparado. Ele não deve ter pressa” (Rodolfo, cirurgião plástico).

Outro médico entrevistado também faz referência a esses cuidados:

“A cirurgia tem tudo pra dar certo se o paciente escolher um médico especialista, e que aja com ética, e se o paciente tomar todos os cuidados necessários antes e depois da operação. É preciso que o médico solicite diversos exames para se certificar de que o paciente está em bom estado de saúde, e que o paciente siga as orientações do médico. (...) Que o paciente tome os cuidados necessários no pós-operatório. Se a cirurgia for feita por uma boa equipe cirúrgica, um bom anestesiologista, em um bom hospital, com bons materiais e o pós-operatório for feito direitinho, a probabilidade de ocorrerem problemas é muito pequena” (Romeu, cirurgião plástico).

Diante de referências como essas, que se configuram como os saberes e conhecimentos disponibilizados pelos especialistas para a nossa percepção e monitoração dos riscos, alguns informantes passam a revisar suas práticas e a organizar, em narrativa, aquilo que lhe pareceu representativo. Um aspecto fundamental aparece no conteúdo elaborado pelos informantes a respeito do vivido: eles passam a reconhecer a impulsividade que caracterizou suas práticas:

“Foi tudo muito rápido. Conheci a enfermeira-chefe na internet e ela me indicou a fazer com o médico que ela trabalhava. Conversei com ele uns dias antes, acertamos o preço e a data” (Fátima, 37 anos).

“Conheci o médico na hora da cirurgia. O pré-operatório era feito com a equipe médica dele. (...) Algumas amigas e conhecidas já tinham feito a cirurgia com ele” (Juliana, 30 anos).

“Vi anúncio em revista da clínica intermediadora, vi que era um preço que eu podia pagar e fiquei empolgada, porque nunca gostei do meu nariz. Fui lá, combinamos tudo e uns dias depois já tava operando” (Bárbara, 24 anos).

Assim, são poucos os aspectos racionalizados nessa decisão: basicamente, a escolha do médico, o valor do procedimento e a data de sua realização, o que é sugestivo da ansiedade do indivíduo, mas, também, de um cenário que comporta essa ansiedade: sobretudo, cirurgiões receptivos às expectativas de pessoas que têm pressa em reparar o seu detalhe de mal estar estético. A propósito, em alguns casos, era o próprio médico que estimulava a ansiedade do paciente:

“Ele só faltou falar aquela frase de promoção: ‘é pegar ou largar’. (...) Ficava dizendo que eu fizesse logo, porque a agenda dele era cheia e que o desconto que ele tava fazendo não poderia dar mais depois. (...) Que eu não ia encontrar um preço tão bom por um serviço tão bom” (Fátima, 37 anos).

“Ele me oferecia muito o financiamento pelo Panamericano. Ele me ligava tentando me convencer logo, por telefone, a fazer a cirurgia. (...) Dizia pra eu não perde

tempo. (...) Dizia que ia fazer isso, que ia corrigir aquilo outro, que eu ia ficar linda num instante. (...) Eu confiei, né?” (Eva, 33 anos).

Outros indícios da ansiedade dos informantes surgem na reconstituição da sua experiência:

“Minha mãe e minha irmã já haviam realizado a mesma cirurgia (...) e havia dado tudo certo. Eu esperava que o resultado da minha cirurgia fosse bom também” (Rebeca, 32anos).

“Nunca tinha pensado em fazer cirurgia, porque tinha muito medo, além de achar caro. Mas vendo tantas clientes fazendo e tendo resultados satisfatórios, tomei coragem e decidi fazer. Procurei um médico que me cobrou um preço que eu poderia pagar” (Denise, 36 anos).

Assim, elas trazem como algo significativo da sua experiência uma tendência a se espelhar nas experiências de pessoas próximas (amigas, familiares), ao mesmo tempo em que pareciam se sentir à vontade para vislumbrar seu próprio corpo no corpo do outro:

“Eu não podia imaginar nunca que algo fosse dar errado, porque eu só tava fazendo o que muitas pessoas já tinham feito e que deu certo pra elas” (Samanta, 35 anos).

Como sugerem as falas abaixo, ainda que a experiência de outras pessoas tenha lhe servido de inspiração, a maioria dos informantes realizou sua cirurgia com médicos desconhecidos, uma vez que os profissionais indicados por pessoas conhecidas encontravam-se indisponíveis naquele momento (com a exceção de dois casos em que as informantes afirmaram ter realizado a operação com o mesmo médico da amiga). Os futuros pacientes iniciavam, então, uma busca “solitária” pelo cirurgião. Em diversas falas, a internet foi bastante citada como uma fonte para essa pesquisa.

“Tudo o que aparecia acerca do assunto eu lia, assistia ou ouvia. *Sem indicação*; apenas pelo que era exposto na mídia. Foi a partir daí que escolhi meu cirurgião. Embora eu nunca tivesse feito qualquer cotação ou buscasse *informações sólidas e contato com recém-operados*. (...) O fato é que eu ainda era *muito novo* e estava *ansioso*” (Gilberto, 25 anos).

“Fiquei seis meses fora e voltei ao Brasil em janeiro, mas teria que voltar pra lá pra terminar um curso. Eu vim para o Brasil em janeiro mas teria que voltar pra lá em março, então *só tinha três meses pra operar e viajar*. *Os médicos das minhas amigas* estavam todos de férias e só voltariam a trabalhar em março, quando eu estaria voltando. Então uma amiga ia realizar a cirurgia dela por uma intermediadora, porque ela também não tinha noção dos riscos. (...) Visitei a clínica, vi que era bem montada e que o preço era bom. (...) O pai da minha amiga somente verificou que o médico era membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e achamos que isso era suficiente. Ela operou uma semana antes de mim, saiu viva, pronto. Achamos que era suficiente. Quando cheguei na clínica tinha mais duas garotas que iam realizar a cirurgia com o médico naquele dia, no mesmo quarto. Eu fui a primeira a realizar a cirurgia (Bianca, 29 anos)”.

Temos, aí, os primeiros contornos da redefinição que eles fazem da sua relação com o médico, a partir do que tentaremos entender os significados do risco formulados a partir da experiência de seu corpo atual.

Como já ressaltamos em vários momentos deste estudo, o conhecimento especializado acerca do corpo e da saúde tem tido cada vez mais ressonância no conhecimento do dia-a-dia, através dos programas televisivos, das inúmeras reportagens de jornais, das matérias em revistas não-especializadas. As técnicas cirúrgicas se aliam a isso justamente pelo fato de, cada vez mais, fazerem parte da rotina dos corpos que devem ser cuidados e administrados pelas possibilidades técnicas. Buscamos perceber, em suas narrativas, em que sentido eles relacionavam a sua experiência a esse cenário de informações a respeito do risco, para então, chegarmos a uma outra questão: o que lhes levava a crer que resultados adversos não ocorreriam em seu caso? Alguns respondem de modo muito direto:

“É como eu falei, eu não pesava tanto os riscos, porque eu só conseguia pensar na minha frustração com meu corpo. O que era pensar nos riscos pra mim? Era saber se a pessoa tinha ficado bem depois da cirurgia, se não tinha tido complicação...eu só via caso mal sucedido em televisão (Samanta, 35 anos).

“o cirurgião que fez minha cirurgia criou uma ilusão muito grande em mim; dizia que ia me deixar maravilhosa. (...) Do jeito que ele falava, eu achava que eu sair uma Barbie do consultório dele (risos). (...) Eu achava que eu tava me consultando com um profissional com ética, então passei a só pensar nas vantagens” (Eva, 33 anos).

Nesses dois depoimentos, as informantes colocam, de modo muito claro, a ansiedade diante do próprio corpo como o foco de sua atenção, bem como aquilo que relega, para segundo plano, nomeadamente, a reflexão acerca dos riscos.

Há, nesse contexto, uma relação fundamental entre riscos e ansiedade: esta última determina quais tipos de risco se colocaram como mais significativos na reorganização da experiência da cirurgia. Nesses casos, a aflição causada pela precibilidade do corpo coloca como risco maior a possibilidade desse corpo continuar falhando. Logo, essa ansiedade determina, inclusive, sobre que tipo de informação sobre os riscos se torna mais relevantes. Alguns trechos dos depoimentos são bem pontuais em relação a isso: Um dos entrevistados, por exemplo, diz que lia *tudo* a respeito do assunto. Perguntamos: por que, ainda assim, ele decidiu submeter-se à cirurgia? Como ele mesmo destaca, *o fato é que estava muito ansioso*, de modo a justificar sua precipitação quanto à escolha do médico. A informante, por sua vez, demonstra uma preocupação com alguns riscos, mas o processo reflexivo em torno deles não é aprofundado: *O pai da minha amiga somente verificou que o médico era membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e achamos que isso era suficiente; Ela operou uma semana antes de mim, saiu viva, pronto. Achamos que era suficiente*. Em suma, essa ansiedade diz respeito a um dilema fundamental vivido por eles: o de correr o risco do procedimento ou esperar, refletir melhor, pesquisar mais. *O que não se tolera é permanecer com o sinal da precariedade instalado em seu corpo*. Assim, esses casos são alegóricos no sentido de que a ansiedade é um dado fundamental da relação que essas pessoas têm com seus corpos. A resposta dos informantes diante desse dilema parece refletir essa brevidade do contato entre médico e paciente, que agora eles entendem como algo problemático.

As experiências também nos sugerem que, de modo geral, na relação entre médico e paciente, o único compromisso claramente firmado e cumprido parece ter sido o do cirurgião em realizar o procedimento. Afora isso, muito pouco do que foi tratado pelos cirurgiões entrevistados acerca dos compromissos do médico e do paciente parece ter se concretizado, de acordo com as narrativas. Nem mesmo as responsabilidades atribuídas à outra parte, o paciente, foram delimitadas ao modo do que é recomendado na fala do cirurgião entrevistado. Os cuidados a serem adotados por ele durante o pré e o pós-operatório, por exemplo, também se constituíram como informações escassas nesse contato:

“O médico não me solicitou nenhum exame, nem mesmo a mamografia que é obrigatória para poder mexer no seio. (...) Ele só tava interessado em fazer a cirurgia para garantir o dele, e pronto. Só queria saber do dinheiro” (Eva, 33 anos).

“Ele não mandou fazer nenhum exame, nada. (...) O médico apenas me mandou emagrecer 10 quilos” (Cristina, 27 anos).

Assim, ao dar novos significados ao conteúdo da sua experiência, os informantes ressignificam, também, as práticas do médico, o que, de certo modo, confirma o argumento de que a “falha” da gerência dos corpos pelos mecanismos dos sistemas peritos traz sobremaneira impactos na produção, representação e acomodação das biografias dos indivíduos (Beck, 1995: 24)

Insistimos em perguntar a esses informantes: por que, só após experiência mal sucedida, ele passou a entender a postura do cirurgião como inadequada e imprudente? Por que só agora percebem que o médico “só estava interessado no dinheiro”? Eva responde da seguinte forma:

“Ele se aproveita dos sonhos das pessoas. Ele cria uma ilusão, sabe que muitas pessoas estão insatisfeitas com o corpo que têm. (...) Ele sabe disso e faz com que tudo pareça muito simples. (...) É como eu falei, ele me fez sair de lá achando que eu ia virar a Barbie (Eva, 33 anos).

Eva reconhece, portanto, o modo como sua expectativa em relação ao corpo foi algo explorado pelo médico. O saber apreendido a partir de sua experiência permite perceber os riscos a que se submeteu de uma nova forma. No entanto, ao referir-se à sua própria ansiedade e percebê-la como alvo da imprudência médica, Eva não parece questionar as origens de sua ansiedade e como ela se torna um elemento facilmente manipulável pelo outro. Temos, então, os primeiros elementos para tratarmos da percepção do risco estimulada pelo contexto em que o indivíduo mutilado e/ou deformado encontra-se inserido. Queremos chegar a um ponto crucial, que está relacionado ao modelo de reflexividade de Beck: se, na ressignificação de sua experiência das cirurgias, eles reconhecem a ansiedade que motivou a sua prática corporal, que sentido atribuem a isso? É preciso lembrar que o conhecimento apreendido na experiência do corpo continua a esbarrar nos entraves culturais, e que sua reorganização e adequação do mundo continua sendo atravessada pelos arranjos simbólicos que o classificam. Do mesmo modo, as experiências que vive com o corpo continuam interpeladas pelo saber médico que define os riscos em torno da nossa corporeidade. Na sua ressignificação da relação com o médico, a ansiedade que engendra suas práticas corporais não é questionada, de modo que os riscos do corpo continuam sendo objeto de monitoração individual. Na verdade, essa ansiedade se torna objeto de medicalização; passa a ser encarada, também, como uma ameaça ao bom resultado da cirurgia:

“Temos que explicar claramente *o que é viável ou não*, o que vale a pena ou não que seja operado. Também evitar pacientes dismorfólicas, que criam expectativas *irreais* quanto ao resultado” (Romeu, cirurgião plástico).

Algo parecido é colocado por um cirurgião entrevistado por Leal et al. (2010: 84), a respeito da ansiedade de pacientes conhecidas como *surgeryholic*:

“esta é uma expressão americana, aquela paciente que é *louca por cirurgia*, então ela passa o dia todinho inventando cirurgia, ela quer se operar porque ela quer, porque ela atribui todos os problemas da vida dela a alguma coisa, e esse é um paciente *perigoso*, porque quando você está terminando de operar, ele inventa outra, inventa outra, e assim vai... Esse é um paciente que não pode”.

De algum modo, a introjeção desse sentido da medicalização da ansiedade aparece na narrativa de Bianca:

“Sou completamente a favor da mulher que se cuida, mas eu *não gosto de exageros*, por isso não tenho silicone em nenhuma parte do meu corpo. Só colocaria se fosse necessidade, e não por vaidade” (Bianca, 29 anos).

Assim, ainda que reconheça que a visibilidade de seu corpo também ultrapassa os padrões estéticos, Bianca faz questão de frisar que os resultados adversos de sua cirurgia não se devem a nenhum exagero que ela tenha cometido:

“Meu único erro foi ter escolhido mal o médico” (Bianca, 29 anos).

Eva, por sua vez, comenta a respeito do caso da modelo Sheyla Hershey, famosa pelo imenso tamanho de suas próteses de silicone: Sua experiência da deformação parece lhe dar subsídios para organizar a experiência do outro:

“A Sheyla teve que retirar por causa da necrose, né? E ela ainda tá com risco de perder os dois seios. Mas aquilo ali é um *exagero*, é um *absurdo*. Primeiro ela tirou porque tinha que amamentar a filha; ela teve uma menina. E aí eu acho que *não deu nem um mês e ela já tava com aquelas próteses enormes de novo*. Aquilo ali chegou a ser *bizarro*, já é *aberração*. Tem umas que perdem a noção e viciam” (Eva, 33 anos).

Eva percebe, então, as práticas de Sheyla como fruto de um exercício de reflexividade precário. Assim, a percepção do risco e do perigo da desordem expressos na visibilidade do corpo parece simultânea à capacidade de objetivar a experiência do outro e, no caso descrito, para monitorar os limites que esse outro tem ultrapassado por meio de suas práticas corporais. Isso nos leva a falar sobre algo que nos interessa em particular na reelaboração de si que é promovida pela noção de reflexividade de Beck: essa autoreflexão não exime a responsabilidade do indivíduo sobre o destino do seu corpo. Ao contrário, sugerimos até que essa responsabilidade aumenta, já que, além de tudo, ele agora possui o aprendizado de uma

experiência anterior e, portanto, é esperado que esteja mais capacitado a refletir adequadamente. O erro se torna ainda menos tolerável. Desse modo, retomamos uma questão colocada na ocasião em que sugeríamos algumas inadequações da noção de reflexividade de Beck: qual o sentido de se falar da autonomia de um sujeito que necessita perseguir, a todo momento, as ameaças que encontra em si mesmo?

Embora reconheça sua própria ansiedade ao se submeter à cirurgia, Eva ressignifica sua experiência tentando dissociá-la das práticas de descontrole de Sheyla. Ao mesmo tempo, ela reconhece:

“A plástica é uma coisa que vicia. Eu lembro que logo que eu operei, ainda tava toda errada lá na cama, não podia nem me mexer, eu lembro que eu perguntava pros médicos quando eu ia fazer a outra (risos). E um médico disse: ‘calma! mal saiu dessa e já tá pensando em operar de novo!’ (mais risos). E minha irmã dizia: ‘Eu vou dar nela! Ela já tá falando em cirurgia de novo!’” (Eva, 33 anos).

Eva também ressignifica sua ansiedade como algo diferente da disposição de Sheyla em fazer de seu corpo um espaço de desordem e de indefinição de limites. E, mais uma vez, o fator da responsabilidade do indivíduo sobre o corpo aparece como aquilo que separa sua experiência da do outro:

“A questão é que ela parece que perdeu a noção do próprio corpo. (...) Eu hoje não tenho o corpo que eu gostaria, mas não era minha intenção, pelo contrário: eu queria ficar melhor, me sentir melhor. Minha expectativa era ficar melhor. (...) O cirurgião é que destruiu isso” (Eva, 33 anos).

Ao adaptar a questão da responsabilidade individual para sua experiência, a informante reconhece seu erro em administrar suas expectativas de forma inadequada, confiando no profissional errado. Mas, não deixa de manter seu objetivo inicial de afirmar, através do corpo, o controle do *self*, algo que ela não percebe nas práticas de Sheyla. Ao mesmo tempo, seu depoimento nos faz retomar a questão de como o cirurgião lida com a ansiedade do paciente, algo de que já falamos há pouco: a administração dos riscos da

cirurgia envolvem também o critério de a *quem* confiar suas expectativas em relação ao corpo. Assim, mais uma vez, a ressignificação da relação com o médico é correlata à ressignificação dos riscos. O novo posicionamento a partir da experiência vivida com o risco faz com que a mesma entrevistada questione, ainda, a prática de outras pessoas que também passaram pelo mesmo problema que ela:

“Tem uma moça que eu até fico admirada com ela. (...) Ela ficou hospitalizada oito meses. Só que o problema dela foi nas axilas, nas nádegas, nas pernas, na barriga, o seio todo necrosado. Então ela tinha buracos maiores do que o meu. E ela foi reparar com o mesmo médico, esse ano. Eu queria bater nela, *perguntei se ela era louca!* (risos); depois de passar aquele sofrimento todo... Falei pra ela fazer com outro médico, mas ela colocou na cabeça que foi ela, *que foi o organismo dela*. Fazer o quê?” (Eva, 33 anos).

O sentido da “loucura”, aqui, parece estar ligado à opinião da nossa informante de que é incompreensível que essa pessoa, após ter passado por uma situação traumática, não tenha se utilizado da experiência adquirida, de modo a gerenciar suas próximas escolhas e ações de forma diferente. O problema, então, não reside no fato dela ter desejado submeter-se novamente a um procedimento de risco. Ou, ainda, a questão não se concentra em por que ela optaria por uma nova cirurgia se seu organismo, conforme ela mesma coloca, já lhe deu provas de que pode *não reagir bem* a essas intervenções. A “desrazão” está nela repetir os mesmos erros, não obstante o estoque de conhecimento que agora possui. Portanto, mesmo após a experiência traumática da cirurgia, Eva conserva a ideia de responsabilidade do indivíduo sobre o corpo. Isso nos leva a tratar daquilo que acontece na realidade mais ampla em que o consumo das cirurgias cosméticas se inserem: não somos estimulados a questionar o que gera as ansiedades criadas em torno da nossa condição faltante e precível, tampouco a perceber os entraves culturais que transformam essa condição em estigmas, conforme temos visto. Assim, nossas ressignificações e os sentidos que atribuímos a partir de nossas experiências continuam se fazendo a partir da ansiedade que vivemos diante do nosso corpo. O que Eva tira como aprendizado de sua experiência não chega a questionar a necessidade de se submeter à cirurgia, mas, ao contrário reforça os cuidados que devem ser tomados para o bom êxito do procedimento, sobretudo a escolha de um bom médico:

“(…) Hoje eu vejo que é fundamental que o cirurgião tenha mais tempo com o paciente, principalmente nas primeiras consultas. E nem todos disponibilizam esse tempo, porque pra vários deles, tempo é dinheiro. Mas quando os problemas da cirurgia começaram, quando eu vi que realmente fui mutilada, ele ficava falando que era normal. Agiu com negligência” (Eva, 33 anos).

“Eu entrei em depressão e fiquei revoltado com o médico. Cheguei ainda a ir lá para receber algum apoio, e disse que não estava satisfeito com o resultado da minha rinoplastia, falei da dificuldade para comer, pelo fato de ter que respirar e comer pelas mesmas vias. (...) Às vezes eu nem comia tudo porque dava vontade de chorar de tanta agonia. (...) A aparência também me deixava irritado, porque eu via dia após dia meu rosto ir inchando. Ele simplesmente me disse que estava ótimo, embora eu não tivesse perguntado sobre a conta bancária dele, e sim sobre o meu nariz. Fiquei ainda pior com o descaso dele” (Gilberto, 25 anos).

Neste caso, claramente, é a partir da vivência do corpo que eles reavaliam a postura do cirurgião: as manifestações de seu corpo, cujos cuidados ficariam a cargo dos médicos, ficam sem resposta diante desse descaso. Eles contavam com um “apoio externo” ou seja, com a parceria dos cirurgiões na sua experiência fenomenológica (a partir do momento em que disponibilizaram seu corpo à manipulação do médico) que, no entanto, não ocorre.

“(…) Na época eu era leiga, assim como a minha amiga que foi lesada pelo mesmo cirurgião também era. (...) Só descobri que a minha aréola foi morrendo dia a dia *quando passei por outros médicos*. (...) Só descobri que a cirurgia tinha sido mal sucedida após dois meses da cirurgia, e antes da mutilação da aréola que necrosou, *eu procurei ajuda de outros médicos*, e os três que eu procurei disseram que foi erro médico, sem eu falar absolutamente nada” (Bianca, 29 anos).

Em outras palavras, Bianca necessitou do conhecimento perito para dar sentido ao conteúdo experimentado e, num momento de reflexão, objetivá-lo através da linguagem (Giordani, 2004: 55). Mas, o que é curioso notar em sua fala é que, não obstante o erro do cirurgião, foi o próprio saber médico que lhe estimulou à percepção do risco, possibilitando novos modos de lidar com sua situação. Assim, ela diz:

“Fui aprendendo a fazer pesquisas, entender mais sobre leis, *entender mais sobre os riscos*; leio e procuro muito sobre os riscos da cirurgia plástica, até pequenos detalhes que nunca são falados *eu sempre posto essas informações na comunidade*.

É claro que muita gente não gosta de ler sobre isso, mas se uma pessoa ler e aprender, como aconteceu comigo, já sinto que valeu a pena” (Bianca, 29 anos).

Do mesmo modo, o consumo da cirurgia não é posto em questão nas narrativas de César e de Bianca:

“Pra minha cirurgia de reconstrução eu pesquisei bastante, fui *mais cuidadoso*, e *dessa vez ouvi a opinião de outros médicos*” (César, 22 anos).

“*Eu me arrependo* de ter feito a cirurgia com quem eu fiz. Mas não tenho medo de fazer novas cirurgias. Aliás, vou realizar minha construção em breve, com *um médico que tem experiência*. *Pesquisei bastante sobre o médico e estou confiante de que vai dar certo*. O problema de todas as pessoas que conheci até hoje que foram mutiladas e mortas foi o local e o médico escolhido. (...) Com minha experiência eu procuro ajudar outras pessoas para que elas escolham bem o seu médico” (Bianca, 29 anos).

De tal modo, enquanto sua condição de vítima é fortemente caracterizada pela ausência de conhecimento, a sua reabilitação diz respeito justamente à aquisição de informações que lhes permitam revisar suas práticas e suas ações, dentre elas, a escolha do médico. Temos visto que a questão da aquisição de conhecimento foi algo marcante nas falas dos entrevistados: Porém, verificamos, aí, uma limitação trazida pela reflexividade a partir do risco: “reflete-se” sobre esse sistema a partir de um conhecimento que ele mesmo *estimula e permite* circular, e, nesse sentido – e também para complementar a tese de Giddens (2002), - a alteração das condições da ação também depende do que essa reflexividade possibilita. Em todo caso, esse conhecimento é necessário ao sistema para que o risco não seja entendido como aquilo que deve nos levar a descartar a possibilidade dessas práticas: ao contrário, quanto mais percebemos esses riscos, mais nossas práticas tornam-se seguras, dada nossa capacidade de refleti-los e controlá-los. Em suma, a técnica cirúrgica continua sendo a esperança de que sempre haja uma saída técnica para a precariedade de nossos corpos. Uma tendência semelhante pode ser vista nas reivindicações feitas pelos participantes das comunidades do Orkut, ao exigirem maior ética por parte dos cirurgiões e profissionais

envolvidos no procedimento. Concordamos com suas reivindicações, acreditamos que é legítima a sua exigência de que a medicina, em sua aliança com a intervenção técnica de que estamos tratando, assuma compromissos em sua relação com nossos corpos-sujeitos. Cremos que isso pode levar positivamente a reflexões mais amplas quanto às relações de poder aí presentes, e que as suas contestações se configuram como um passo importante no sentido de reconhecer que a relação terapêutica se constrói, não está dada (Le Breton *Apud* Saéz, 2010: 84). No entanto, os diálogos deixam de tocar num problema que antecede sua experiência mal sucedida (e que, *na maior parte dos casos analisados*, se envolve diretamente com ela, já que ele tem a ver com a *atitude impulsiva da escolha do médico*, por exemplo,⁴⁶), e que parece evidente nesse depoimento publicado no site de relacionamentos *Orkut*, num fórum de discussão sobre erro em cirurgia plástica:

“(...) Eu era uma mulher normal e só procurei ficar mais bonitinha. Jamais tive problemas, eu era naturalmente linda, perfeita, normal. E hoje sou uma aberração”⁴⁷.

Essa problemática mais uma vez reafirma as observações feitas quanto às necessidades e insatisfações que são constantemente retroalimentadas no consumo das cirurgias cosméticas. Afinal, o que leva uma mulher *normal*, linda e perfeita a querer ficar *mais bonitinha*? Voltamos a sugerir que essa questão não se resolveria com a escolha de um bom cirurgião.

Bianca traz uma informação interessante a respeito da ressignificação da relação com o médico a partir da experiência da cirurgia. Apesar de não se tratar da própria experiência da informante, optamos por trazê-la, porque foi narrada por Bianca também como um exemplo

⁴⁶ O grifo dessas frases se fez necessário porque, conforme vimos, houve casos em que a informante não atribui ao médico a responsabilidade pelo malogro da cirurgia.

⁴⁷ Experiência semelhante à da informante que nos conta que, antes da cirurgia, estava se sentindo linda, e que “não havia necessidade de cirurgia”, mas, que no entanto, se submeteu ao procedimento estético para remodelar os seios.

do que ela foi capaz de aprender a partir do vivido. Ela nos fala do caso de uma pessoa conhecida sua, no qual percebe uma estratégia para transformar a ameaça representada pelo seu corpo em algo favorável a sua causa e contra o médico: Bianca explica que essa pessoa preferiu não se submeter a uma nova cirurgia até que o resultado do processo movido contra o médico fosse definido:

“Na verdade isso acontece quando você move o processo contra o médico. Temos que passar por um perito do processo. Mas a vítima de erro médico não é obrigada a ficar esperando o perito poder refazer a cirurgia, mas com certeza vai ser mais fácil do que provar só com fotos. (...) E como está em falta de peritos médicos no judiciário, a demora é muito grande. Eu tive a sorte de mover meu processo no ABC Paulista, que tem menos processos do que os Fóruns de São Paulo (...) mas conheço uma pessoa que está há cinco anos esperando passar pela perícia sem ter operado novamente” (Bianca, 29 anos).

Nesse sentido, a pessoa citada por Bianca reelabora o próprio significado do corpo na sua relação com o médico: se antes ele foi dado à intervenção do médico, agora, contrariamente, ele é colocado contra o médico. A paciente, então, dá uma nova finalidade ao perigo que seu corpo representa nessa ordem simbólica. Isso Bianca complementa com outra narrativa, dessa vez a respeito da sua experiência pessoal da cirurgia:

“Durante um mês, o médico me viu três vezes por semana, mas sempre em intermediadoras diferentes. Ou seja, cada vez eu era atendida num lugar diferente, sem falar que eu era escondida em salas isoladas para que as outras pacientes não soubessem do meu caso. Na época eu não sabia que o médico estava errado” (Bianca, 29 anos).

Assim, a informante nos sugere que, ao reorganizar sua experiência, ela passa a reconhecer um novo significado do seu corpo na relação com o médico que a operou, resignificando também, e mais uma vez, a atitude dele.

Gostaríamos, agora, de chamar atenção para o fato de que, tanto na fala de César quanto na de Bianca, parece se confirmar a ideia de correlação entre a resignificação da sua

relação com o médico e a ressignificação da sua prática: a capacidade de escolher melhor equivale ao melhor desempenho da responsabilidade de si. Por isso, a partir do momento em que reflete e planeja adequadamente sua cirurgia secundária, Bianca, mais uma vez, ressignifica essa relação:

“O sentimento em relação a minha cirurgia de reconstrução foi completamente diferente, porque na segunda cirurgia eu escolhi bem, eu tive total confiança nos médicos escolhidos, eu sabia que estava em um ótimo hospital. (...) Eu fiquei muito ansiosa até ver o resultado, porque eu sou muito ansiosa em tudo, mas eu sabia que ficaria perfeito” (Bianca, 29 anos).

Há um elemento que gostaríamos de destacar no depoimento anterior de Bianca: ela procura ressignificar sua experiência compartilhando-a, fornecendo, assim, subsídios para que outras pessoas não passem pela mesma experiência. O conhecimento sobre os riscos se torna elemento central para sua monitoração, algo fundamental que agora Bianca percebe que esteve ausente em sua experiência. Assim, Bianca parece desejar que sua experiência vivida seja o fundo da conduta de quem deseja se submeter a uma cirurgia:

“Se na época que eu fiz a cirurgia eu tivesse as informações sobre os riscos, do jeito que eu tenho hoje, e como eu procuro passar para as outras pessoas, eu *difícilmente* teria passado por isso, então é importante que *outras pessoas conheçam esses riscos*, para *evitar* que elas sejam novas vítimas” (Bianca, 29 anos).

É desse modo que ela atualiza o seu hábito corporal e atribui um novo significado para o vivido. É desse modo, também, que ela ressignifica seu sofrimento:

“Graças a minha dor, já salvei muitas vidas. Há cinco anos ajudo as pessoas a localizarem médicos, apóio mães e familiares que perdem pessoas queridas e assim me preencho. Acredito que passei por isso pra mudar muitas coisas. Graças a minha coragem, várias vítimas tiveram coragem de mover processos contra médicos. As meninas, contra um médico de São Paulo, tiveram coragem de lutar e mostrar a cara na TV, jornais, etc.” (Bianca, 29 anos).

Ao mesmo tempo, tem-se, aí, uma forma de ressignificar positivamente algo que pode ser visto como negligência, no que consiste uma das possibilidades que a informante encontra em seu horizonte de possibilidades. De fato, podemos vislumbrar a reelaboração do campo prático das ações passadas: se agora Bianca não pode repetir determinadas condutas, ela encontra formas de localizar seu corpo em novas ações possíveis. No entanto, voltamos a chamar a atenção para o fato de que o consumo da cirurgia não é questionado em nenhum momento, tampouco os riscos que podem ser monitorados por ela. No caso de Bianca, a cirurgia é reafirmada como a solução para a angústia diante do corpo, mas ela não tematiza, em sua fala, a origem dessa angústia.

Não pudemos deixar de reconhecer a capacidade de reelaboração de nossos informantes a respeito das oportunidades com que se deparam. Isso nos pareceu evidente nos modos como procuram reintroduzir seu corpo no mundo social, seja através de recursos como próteses, cirurgias reconstrutoras, etc. seja através de seus engajamentos para exigir um maior compromisso dos profissionais que operacionalizam nossos corpos. Além disso, vimos que novos interesses foram despertados através de sua reflexão acerca da experiência da cirurgia:

“Depois de 2008 eu saí lendo tudo, entrei em contato com um perito, contratei um perito, conversei com muitos médicos, inclusive com os profissionais da equipe de salvamento. Até Direito eu comecei a estudar. *Comecei como leiga* e estou me apaixonando por Direito. Falei pro meu advogado que vou tentar faculdade de Direito, *até mesmo pra defender pessoas que passarem pelo meu problema. (...)* Para se mover um processo e argumentar que foi erro médico, tenho que entrar na *literatura médica*. Senão não tem como *comprovar*” (Eva, 33 anos).

Aí percebemos, de fato, que as condições trazidas pela sua experiência levam a entrevistada a adotar novas estratégias, fazer novas escolhas e realizar, enfim, um trabalho de subjetivação “extra”, como já foi dito. Podemos, inclusive, enquadrar essas reelaborações dentro de suas *novas percepções de si*, o que, nesse contexto, só pode ser compreendido ao considerarmos que essas transformações incluem novas formas de atuar no seu cotidiano. A presença do risco, então, não equivale a uma estagnação. Mas, por outro lado, reconhecemos,

assim como Lira (2006) que “as intenções individuais, inevitavelmente, fazem parte de um leque de possibilidades, de certa maneira, previstas pelo sistema, que gera, ou no mínimo estimula, a produção dessas intenções e desejos” (Lira, 2006: 126). Através disso, retomamos algo já dito: a atitude de se submeter à cirurgia não é posta em questão; ela se mantém como a saída para os corpos empenhados em apagar os indícios de sua perecibilidade. No mais, percebemos outros aspectos problemáticos na narrativa da informante, a respeito do seu projeto de advogar em pessoas que venham passar pelo mesmo problema que ela, parece haver uma certa convicção de que pessoas continuarão se submetendo aos mesmos riscos a que ela se submeteu, quando não possuía as informações que agora a protegeriam deles. Nesse sentido, cremos que a grande questão obliterada pela lógica desse exercício de reflexividade é: por que tantas pessoas “leigas”, assim como ela era à época de sua cirurgia, sobrepõem-se a esses riscos tão já definidos na forma do conhecimento difundido pelo saber técnico? Essas questões podem nos levar a várias outras: por que o *punctum* mobiliza essas pessoas a ponto de estimulá-las a esses procedimentos de riscos? Também não se questiona sob quais condições as ameaças do corpo são colocadas como uma ansiedade a ser superada. Mais: como elas se tornam, de fato, um perigo? Em que condições se originam e se difundem? O que torna tão espontâneo pensar que mais pessoas estão sujeitas a passar pelo mesmo drama que o seu? Cabe perguntar, também, sob quais condições essa ansiedade tem sido legitimada sob o disfarce da busca pela satisfação pessoal. E, assim como Sant’Anna (2005), cremos que é preciso ir mais fundo nas questões que envolvem os modos como esses riscos fomentam a utopia do corpo íntegro e imortal, classificando certos corpos como mais poluígenos e perigosos e, sob tal lógica, menos dignos do que outros. Podemos compreender, a partir dos escritos da autora acerca das dificuldades experimentadas pelo corpo obeso nas relações sociais contemporâneas, que há algo fundamental que caracteriza as sociedades que “trocaram o valor da prudência por aquele de risco”: a intolerância diante do corpo do outro. A autora faz referência ao livro de Henri Béraud sobre o martírio de um obeso, e toma como referência uma indagação feita pelo personagem: “Você já ouviu falar que a prudência é a virtude cardinal do elefante?”. Utilizando essa fala como alegoria, Sant’Anna nos inspira a adaptar suas contribuições às considerações que estamos fazendo aqui. Ela, então, argumenta:

“(…) Em sociedades que trocaram o valor da prudência por aquele do risco, os elefantes parecem figuras de outro tempo. Aliás, entende-se por elefante branco uma obra destoante, não apenas porque o branco não é a cor habitual daquele animal, mas também porque se trata de um animal pesado e grande. Em sociedades que valorizam o risco e a leveza, desprestigiando a prudência e o peso, a presença de elefantes de qualquer tonalidade (assim como os pesados e abundantes seres de qualquer raça) não é prevista nem desejada. Muitas vezes, os espaços citadinos e seus equipamentos são os primeiros a excluir a presença dos seres pesados e grandes” (Sant’Anna, 2005: 21).

Isso nós podemos complementar nos referindo à aversão extrema que somos motivados a sentir diante dos corpos que revelam as ameaças que tentamos, a todo custo, monitorar em nós mesmos. Tanto o corpo obeso quanto os corpos pós-cirúrgicos parecem romper com esse compromisso de cada indivíduo para com a ordem social.

A partir de tudo que foi dito até agora, podemos perguntar: se tomarmos como referência o exercício de reflexividade dos riscos elaborados em torno do corpo, qual seria a saída para uma cirurgia estética mal sucedida senão fazer outra, com outro profissional, em condições mais favoráveis? Isso embute uma outra questão: que tipo de abertura para o mundo os corpos pós-cirúrgicos podem vivenciar, se quando a própria cirurgia continua sendo a solução radical para o problema tecnicamente criado? Essa repetição só corrobora a imposição de modelos de subjetivação. A técnica continua sendo senão a única, a última saída para sujeitos ansiosos diante de seu próprio corpo. Assim, há um sentido específico da “reintrodução” da técnica na renovação do esquema corporal vivenciada pelos informantes. Ela revela exatamente uma compulsão neurótica pela repetição (Ferreira, 2004: 36), e, nesse caso em específico, a repetição de um trabalho de racionalização de corpos e sujeitos.

4.4. Entre Estigmas e Recalques Culturais: O Horizonte de Possibilidades dos Corpos Pós-Cirúrgicos

Vimos que a capacidade de refletir sobre os riscos aparece, em diversos momentos, como oportunidade de monitorar experiências futuras, inclusive em função das experiências

de outras pessoas, como tem sido revelado no apoio mútuo entre os membros das comunidades do Orkut. No entanto, veremos que essas ressignificações também nos falam de possibilidades fechadas de ação, ainda que a intencionalidade do indivíduo permaneça. Os estigmas vividos pelos corpos pós-cirúrgicos expressam isso com bastante clareza.

Como já foi sugerido, o estigma elaborado em torno desses corpos parte da suposição do paciente reflexivo, racional: se seu corpo não confirma essa hipótese, significa que o indivíduo falhou em algum momento de sua prática corporal. Assim, as falhas ou as incompletudes expressas na visibilidade desses corpos sempre terá como referente um exercício precário de subjetivação. Nesse caso, a inércia de uma parte do corpo revela a inabilidade do sujeito. Esse é um elemento fundamental para compreendermos de que modo esse detalhe é capaz de tyrannizar a vida do indivíduo, dificultando um “vir a ser” desse corpo.

No retorno dos indivíduos à vida cotidiana, parece manter-se o sentido do noema “*Isso-foi*” pelo qual caracterizamos o segundo momento de nossa análise fenomenológica da fragmentação, pelo qual o sujeito reconhece, a partir do corpo atual, o corpo que “perdeu”:

“Não foi isso que eu sonhei pra mim. A pessoa não entra numa sala de cirurgia pra sair horrorosa. (...) Hoje eu evito me olhar no espelho. Minha família sai escondendo os espelhos da casa porque sabe que eu soffro. (...) É difícil *olhar pra mim e não me reconhecer mais*, saber que eu *nunca mais vou ser aquela de antes*” (Eva, 33 anos).

“O cara só piorou minha situação. Eu não gostava do meu nariz, *nunca gostei*, achava feio, mas pelo menos eu conseguia olhar pra mim, (...) *já tava acostumado com ele*, né? (...) passei um tempão sem ter coragem nem de olhar no espelho. Pra fazer a barba era um sacrifício. Ficava me achando um monstro, com aquela coisa inchada na minha cara” (César, 22 anos).

A imagem do corpo é, então, uma imagem viva que fala de uma coisa ida (Barthes, 1984). Não se trata de uma metáfora: o corpo atual é também a presença de um corpo que existiu no passado.

Há, no discurso de César, algo interessante que pode ser dito tanto a respeito da “situação referencial” da imagem fotográfica: “estar acostumado com o corpo”, ou seja, estar habituado ao nariz que ele possuía, traduz o apego ao esquema prático que se tinha antes da mutilação (Merleau-Ponty, 2006a). Ao mesmo tempo, ao dizer que “nunca gostou do nariz”, parece sugerir que nunca houve uma situação referencial, ou um corpo habitual que lhe servisse como referência positiva. Na experiência do pós-operatório, no entanto, ele identifica o detalhe que anteriormente era o ponto de sua insatisfação estética como fundo de sua experiência atual:

“Se eu soubesse, eu tinha deixado como estava” (César, 22 anos).

Do mesmo modo, Samanta declara:

“(…) *O que era ruim ficou pior. Agora tenho mais vergonha do meu corpo do que no início. Está faltando um pedaço do meu corpo que eu tinha antes da cirurgia*” (Samanta, 35 anos).

Assim, a quase-presença do corpo habitual revela as possibilidades do corpo que desapareceram no corpo atual (Merleau-Ponty, 2006a: 123) . Na reatualização do seu hábito corporal, a experiência do *punctum* também é atualizada: o detalhe da sua insatisfação exacerba a precariedade que deveria ter sido tratada pela cirurgia. A reatualização de seu hábito corporal se faz de forma muito mais sofrida, porque a vivência do corpo lhe fala de mais prejuízos do que os que ela percebia antes da cirurgia. É esse o sentido de se dizer que o *punctum* é mortífero.

Suzane, por sua vez, mobiliza as experiências habituais de “mulher” vividas em seu microcosmo social (relações de trabalho, relações afetivas, etc.), para dar um sentido negativo à sua experiência da cirurgia:

“Eu me sentia uma mulher bem sucedida. (...) Eu estava numa fase ótima da minha vida: feliz no amor, estabilizada no emprego. Mas parece que a gente sempre acha que tá faltando alguma coisa né? (...) No meu caso, eu não tinha frustração com o corpo... era só um retoquezinho que eu queria dar. (...) Mas hoje em dia eu me considero sim uma mulher frustrada” (Suzane, 31 anos).

A informante, então, atribui a experiência da cirurgia à desestabilização dessas relações, se reconhecendo sem alguns atributos que tinha antes. Assim, a experiência da cirurgia mal sucedida é, antes de tudo, a atualização de um mal estar diante do corpo atual, agora mais intenso do que antes da intervenção. Elas relacionam a perda de certos arquétipos de feminilidade a uma morte simbólica: é nesse sentido que Fátima diz que “tiraram tudo dela”.

Em sua redefinição do incômodo com o corpo, Rosana traz um novo sentido para o dilema fundamental vivido pelo sujeito que tem que reconhecer a desordem que seu corpo representa:

“Quando eu deixei de ir pra academia, eu tinha vergonha por mim. Agora eu sinto vergonha pelos outros, eu me coloco no lugar das pessoas e sei que não é agradável você tá num lugar e ver uma cicatriz como a minha. Por isso eu evito mais ainda esse tipo de lugar, mais ainda do que evitava antes. (...) Uma coisa é eles verem minha estria. Pode dar agonia de ver, mas todo mundo tem estria. Essa cicatriz, não” (Rosana, 34 anos).

Algo nesse sentido também é dito por Gilberto:

“(...) Já vi muita gente com cara de pavor olhando pra mim. (...) Se nem eu conseguia me olhar no espelho, como eu ia achar que os outros iam me olhar normal?” (Gilberto, 25 anos).

Desse modo, a experiência pós-cirúrgica permanece orientada pela ética da responsabilidade de si que caracteriza o cenário onde foi engendrada: essa responsabilidade se estende a reaprender em quais espaços e sob quais condições o corpo alterado pode trafegar.

Rosana e Gilberto procuram “poupar” o olhar do outro da imagem do seu detalhe mortífero, a partir do sentido que eles mesmos atribuem a seu corpo alterado pela cirurgia: um corpo diante do qual eles próprios, agora mais do que antes, se sentem desconfortáveis. Eles se mostram “compreensivos” em relação ao outro que se incomoda diante de sua presença, porque compartilham com ele os saberes e os simbolismos através dos quais racionaliza sua experiência. Desse modo, a experiência é subjetiva, e é a partir do vivido pelo corpo que se atribui sentido a ela. Mas o esforço com que cada informante a racionaliza, se realiza sob os mesmos valores, saberes e mediações simbólicas que orientam as práticas dos demais, e é por isso que ele se põe no “lugar do outro”. A possibilidade de compreensão envolve a referência a um mundo compartilhado mutuamente (Heurich, 2007).

Ao mesmo tempo, esse autopolicimento feito a partir da percepção da mutilação ou deformação do seu corpo parece muito familiar ao que Goffman (1988) fala acerca da eficácia do estigma, que requer que o próprio indivíduo, ciente da ameaça que representa, saiba por onde e quando transitar. Além disso, o depoimento de Rosana nos sugere que a reorganização da sua experiência equivale, também, a redefinição do espaço do corpo: ela reafirma os lugares em que seu corpo será exibido ou não, do mesmo modo que Rebeca:

“Eu amava praia.. adorava.. ainda gosto. Mas antes da cirurgia eu já tinha deixado de ir á praia. Tinha vergonha do meu corpo e achava que chamava ainda mais atenção se eu ficasse de roupa. Então preferi deixar de ir. (...) Achava que depois da cirurgia eu voltaria a freqüentar a praia, já tinha uma coleção de biquínis pra isso (risos)” (Rebeca, 33 anos).

Mas, ao mesmo tempo em que podem significar perdas de oportunidade e, ao mesmo tempo revelar que certos espaços são mais hostis do que outros, em relação aos corpos pós-cirúrgicos, essas narrativas também revelam as habilidades elaboradas dos informantes em fazer certas negociações diante do olhar do outro, na cena cotidiana: Onde e quando, quem pode vê-lo, quem não pode, e de que modo podem vê-lo; esses são critérios estipulados no jogo de visibilidade em que ele tenta enquadrar seu corpo. Imediatamente isso nos remete ao

trabalho de inividualização do *Processo Civilizador* de Elias, em que o autocontrole é o exercício fundamental do indivíduo civilizado. Rebeca parece reafirmar as normas internalizadas por ela, sobretudo as que dizem respeito aos modos de apresentação corporal: por não reconhecer seu corpo como “apresentável” em determinadas situações, prefere abdicar delas a ameaçar o seu capital simbólico e expor, através de sua corporeidade, o descontrole das suas pulsões.

Podemos entender que os estigmas criado em torno da mutilação se fazem por associar a supressão daquela parte do corpo às incapacidades na vida afetiva e social e nas interações cotidianas, à diminuição das oportunidades desse corpo em seu microcosmo social, enfim. Cabe mencionar, mais uma vez, a inscrição das marcas culturais sobre as experiências do corpo, no que se revelam alguns paradoxos que caracterizam a própria lógica do trabalho corporal realizado pela cirurgia plástica: por um lado, exige-se que a mulher “diminua” as medidas, o que “perca” gordura, e não importa o destino desses excessos. No entanto, em algumas partes do corpo a visibilidade da falta simboliza desvantagens sobre as quais se configuram certos estigmas. A ideia de “mulher incompleta”, por exemplo, aparece fundamentalmente atrelada à estética da corporeidade igualmente faltante, além de confirmar a ideia de que as consequências da cirurgia, no limite, são patológicas:

“Uma mulher sem mamas é uma mulher incompleta, eu nunca mais terei sensibilidade, nunca mais poderei amamentar. Tenho uma mama fechada para sempre, mesmo realizando a reconstrução. Me sinto uma pessoa deficiente física e que tenho que me conformar com essa situação. Foi uma escolha errada e eu pago por isso até hoje” (Bianca, 29 anos).

Nesse caso, o estigma da mutilação estimula um apego ao esquema prático anterior que não permite que Bianca vislumbre novas possibilidades a partir da experiência. Ao convocar o hábito corporal, portanto, ela vive a angústia de não conseguir retomar certas funções e papéis que eram exercidos antes da experiência da cirurgia. A experiência atual de inapropriação do corpo lhe remete a um referente, pelo qual ela reconhece todas as suas

perdas enquanto mulher, já que mantém um dos mundos momentâneos pelos quais passou e faz dele a forma de toda a sua vida (Merleau-Ponty, 2006a: 125). Assim, Bianca assimila aquilo que o estigma fala a respeito da sua “condição feminina”, ao entendê-la como algo abalado pela perda do seio, parte do corpo associada a várias características de feminilidade: sexualidade, desejo, maternidade, etc. Esse referente revela também o que ela poderia ser, mas que agora não pode mais:

“Acho que os melhores momentos da minha vida eu perdi, né? O que eu podia viver como pessoa, como mulher, tudo... eu perdi...” (Suzane, 31 anos).

De modo semelhante, Bianca se angustia ao constatar, mais uma vez, que foi impossibilitada de viver experiências que ainda não viveu:

“Como entender que eu nunca poderei amamentar? Como entender que nenhuma cirurgia poderá reparar esse erro? É uma situação que não tem como se perdoar” (Bianca, 29 anos).

Nesse caso, é a irreversibilidade o que angustia; é se dar conta do que ela perdeu de si mesma; uma perda fatalmente resistente a todo tipo de tentativa que se faça para recuperá-la: algo muito frustrante para o sujeito a quem, até então, era dada a possibilidade de se apropriar daquilo que lhe desagradava em seu corpo.

Os depoimentos nos sugerem que, ao mesmo tempo em que os resultados da cirurgia desestabilizam certas fronteiras de gênero demarcadas sobre o corpo, estas últimas são reproduzidas pelas informantes na ressignificação de sua experiência: desse modo, se apegam à experiência de uma “feminilidade habitual”, ou a uma espécie de estoque de conhecimento sobre o “ser mulher”, para atribuir sentido à sua experiência da cirurgia. A reflexividade estimulada a partir dos significados, simbolismos e representações do microcosmo social em que vive a informante termina por reforçar ideais que orientam o próprio consumo das cirurgias. De algum modo, isso tem relação com aquilo a que, segundo Ortega (2008),

Merleau-Ponty se refere como sendo disposições básicas que enraízam-se na forma de hábitos no esquema corporal: “a sociedade molda os indivíduos mas, ao mesmo tempo, depende completamente das ações e disposições deles” (Ortega, 2008: 211).

Assim, o “texto original” de classificação dos corpos é mantido, transformando a resistência do corpo em anormalidade. Por outro lado, podemos sugerir que a eficácia das cirurgias tidas como bem sucedidas reside justamente em dar à mulher a possibilidade de transformar seu corpo sem, no entanto, alterar sua “condição feminina”, enquanto que os corpos produzidos pelo malogro da cirurgia destoam dessa “essência”. Em suma, esses casos nos sugerem a reprodução de certas desigualdades de gênero em decorrência de um processo específico de adequação a um ideal de “mulher realizada”.

Em outras falas, a violência da experiência também aparece associada a perdas de atributos ligados à maternidade:

“Só quando ele foi tirar os curativos, me comunicou que a abdominoplastia não tinha ficado perfeita, o umbigo não desceu todo, fiquei com uma cicatriz vertical bem debaixo do umbigo e fiquei flácida. (...) Agora, o pior mesmo foi descobrir que ele fez laqueadura sem minha autorização, alegando que com a abdominoplastia eu não poderia mais engravidar. Meu casamento quase acabou” (Denise, 36 anos).

A experiência de Rebeca, por outro lado, traz o conflito de não conseguir viver a plenitude da maternidade por se preocupar com as consequências estéticas dessa experiência. Assim, ela descreve sua vivência realizando uma espécie de avaliação moral:

“era um sonho que eu estava realizando, ser mãe. (...) mas eu não conseguia deixar de me sentir infeliz com meu corpo” (Rebeca, 32 anos).

No caso de Denise, a questão da maternidade ganha mais destaque no pós-cirúrgico: quando a sensação de perda do corpo lhe é despertada, ela sente também a saudade de uma feminilidade associada à possibilidade de conceber (Le Breton, 2003). Mas, ao mesmo tempo

em que se dá conta de suas perdas, a posse de seu corpo é, mais do que nunca, reivindicado por ela. Assim, de interventor, o cirurgião passa a ser tido como o invasor que rompe certos limites e desestrutura simbolismos e significados que a paciente desejava sinalizar na visibilidade de seu corpo.

Quanto ao depoimento de Rebeca, o que gostaríamos de enfatizar é reforçado pela narrativa de Samanta a respeito dos resultados adversos de sua mamoplastia:

“Felizmente esse problema foi mais de dois anos depois da minha segunda gravidez. Eu já tinha amamentado duas filhas, tudo direitinho. (...) Seria muito triste ter mais um filho e não poder amamentar” (Samanta, 35 anos).

Do mesmo modo, num programa de televisão, uma das informantes diz: “*É importante deixar um alerta para que as pessoas pesquisem bem e pensem antes de realizar a cirurgia plástica, principalmente mulheres que não tiveram filhos ainda*”. O corpo pós-cirúrgico é, portanto, a representação da possibilidade dessa perda, sendo, por isso mesmo, ameaçador. Nestes casos, ele revela a vulnerabilidade dos corpos às indefinições sobre a feminilidade.

Há algo bastante relevante nesses depoimentos, a respeito do qual, talvez, já tenhamos ensaiado alguma argumentação, mas que precisa ser reforçado: mesmo quando os depoimentos se referem a perdas funcionais (reprodução, amamentação, etc.) a perda dessas funções é quase sempre associada a perdas de uma “condição feminina”: assim, para elas, perder um seio não significa apenas perder as funções que ele desempenha, mas perder, também, qualidades relacionadas à vida afetivo-sexual, como a sensualidade, por exemplo. No relato de Bianca a respeito de sua experiência da cirurgia reconstrutora (a possibilidade que ela encontra para renovar seu hábito corporal), isso aparece de forma muito clara:

“Hoje posso ficar nua na frente do meu marido, não preciso ficar escondendo meu corpo. (...) Voltei a ter uma *vida normal*, apesar de que o primeiro médico destruiu meus sonhos de mulher e mãe pra sempre, porque, na verdade, a cirurgia

reconstrutora eu fiz pela estética. Mas ela não resolveu a outra questão: eu perdi a sensibilidade nas mamas, e como eu não tenho filhos ainda, eu nunca vou poder amamentar” (Bianca, 29 anos).

Embora satisfeita com os resultados estéticos que lhe permitiram ressimbolizar positivamente o seu corpo, Bianca reconhece algo faltante em sua “subjetividade feminina”. O corpo “aparentemente completo” oculta algumas falhas de sua condição de mulher. Bianca faz questão de esclarecer que, apesar de ter reconstituído a aparência do corpo, não lhe é possível recuperar sua “essência”.

Já entre os dois entrevistados do sexo masculino, os danos funcionais não aparecem tão diretamente relacionados à sua “condição masculina”. Parecer “menos homem” por conta do detalhe pungente parece um risco mais distante para os homens entrevistados. Podemos dizer, para nos apropriar da expressão de Beck (1995), que há uma “distribuição desigual do risco” por gênero. A propósito, na ressignificação que fazem de sua experiência, é curioso notar como eles descrevem essas perdas, demonstrando, inclusive, a assimilação de termos da área médica para detalhá-las:

“Me sinto lesado. (...) Fiz uma rinoplastia mas não gostei do resultado. A questão não é só eu ter ficado mais feio ou menos feio, não foi só isso. (...) *Eu passei a me achar muito mais feio, mas não é só isso.* A cirurgia me trouxe dificuldades muito sérias. O dorso ficou muito curto, além de outros problemas que trouxeram dificuldades pra eu respirar. (...) *Ficou muito estranho.* (...) Já planejei uma nova cirurgia pra tentar corrigir esses erros” (César, 22 anos).

Assim, na ressimbolização do seu corpo a partir da experiência da cirurgia, César procura enfatizar a gravidade de seu problema a partir dos danos causados a processos vitais, como a respiração. Deise, que passou pelo mesmo problema, parece ressignificar sua experiência enfatizando os danos estéticos de uma forma diferente da de César:

“É um absurdo o que esse médico faz com a vida das pessoas. E no meu caso, eu não tô querendo dizer que meu caso foi mais grave que o de outras pessoas, não é isso... mas, no meu caso, eu não tenho como esconder, porque tá estampado no meu

rosto. Eu fico me perguntando: ele achava o quê? Que eu tava pagando pra sair feia por aí?” (Deise, 29 anos).

Para explorarmos melhor as diferenças observadas no resgate da experiência da cirurgia feito pelos homens e pelas mulheres que entrevistamos, podemos nos utilizar, novamente, de um dos depoimentos de Gilberto:

“Então eu esperei o nariz desinchar por completo. (...) depois também notei que essa dor não passava assim tão rápido porque ele tinha raspado de sobremaneira o osso frontal do nariz e logo percebi também que comecei a ter muita sensibilidade ao respirar e dificuldade para respirar. (...) Cheguei ainda a ir no médico para receber algum apoio, e disse que não estava satisfeito com o resultado da minha rinoplastia, falei da dificuldade para comer pelo fato de ter que respirar e comer pelas mesmas vias. (...) Às vezes eu nem comia tudo porque dava vontade de chorar de tanta agonia. (...) A aparência também me deixava muito irritado, porque eu via dia após dia o rosto ir inchando” (Gilberto, 25 anos).

Ao menos nesses depoimentos, não percebemos a referência a perda de atributos relacionados ao bom desempenho em suas relações afetivo-sexual, diferentemente do que ocorre em algumas narrativas femininas:

“Meu marido sempre que tem uma oportunidade faz questão de dizer que eu não deveria ter feito a cirurgia, que devia ter ficado como estava antes. E ele tem razão. Sofro em concordar, mas ele tem toda razão” (Vânia, 50 anos).

“(…) Não me sinto mais a mulher que eu era. (...) Com meu marido eu não tenho relação desde então. Quer dizer, a gente tem, mas não como antes. Era tudo em função da gestação. Mas como os exames mostraram que só poderia ser através da fertilização *in vitro*, eu parei. Aí me afastei de novo” (Eva, 33 anos)

“Eu não me sinto mais atraente como eu era, eu não consigo me sentir sexy, (...) não consigo mais ter tanta certeza de que sou capaz de dar prazer a alguém, entende? (...) queria apenas me sentir mais desejada. (...) Foi um sonho de mulher que virou pesadelo” (Fátima, 37 anos).

Ou seja, certas práticas de sua vida deixam de ser uma rotina estabelecida em que a relação com o outro ocorria sem reflexão particular (Goffman, 1988: 12): agora, o detalhe mortífero exige das informantes uma racionalização que as leva a abster-se de certas situações. Eva diz não sentir mais motivação para a vida sexual, que passou a associar ao objetivo único da gestação, que parece ser a única situação que valia o sacrifício de encarar seu *punctum*, que ela tenta evitar desde então.

De modo geral, o que podemos notar, então, é que a perecibilidade última trazida pelo colapso da cirurgia desperta o sentimento de inferioridade dessas mulheres diante dos seus parceiros: se buscaram na cirurgia o empoderamento para sentir-se confiante diante dele, agora se vê diminuída diante desse outro. Percebemos, então, que o consumo da cirurgia a desempodera com a mesma facilidade que lhe promete sua realização plena enquanto mulher.

Perguntamos a um dos informantes do sexo masculino em que sentido eles poderiam dizer que sua experiência da cirurgia mal sucedida difere da experiência de mulheres que tiveram os seios mutilados, por exemplo. Ele responde:

“Olha, eu acho que somos grandes vítimas desses médicos açougueiros. Eu imagino que seja muito difícil pra uma mulher perder uma parte do corpo tão importante pra ela como mulher, né? É a própria mulher que esse cirurgião destrói, eu acho. (...) E é muito difícil você entender que deu seu corpo pra um açougueiro destruir. Assim, de mão beijada (Gilberto, 25 anos).

Nesse sentido, podemos sugerir que houve uma tendência relativamente comum, entre as mulheres e os homens entrevistados, a associar a mutilação feminina a prejuízos de uma “condição de mulher”. Ao mesmo tempo, diante dos depoimentos acima, somos levados para uma questão anterior à mutilação ou deformação: em sua decisão pela cirurgia, os homens entrevistados não parecem ter sido motivados a reparar nenhuma parte do corpo associada à sua virilidade, enquanto as mulheres, em sua maioria, operaram uma parte do corpo que,

quando não associada a um atributo estético de feminilidade, tinha alguma ligação com funções e papéis desempenhados pelo corpo feminino (os danos na região do abdômen, por exemplo, impediram, ao menos temporariamente, a possibilidade de uma gestação). Nesse sentido, voltamos a afirmar que, em nossa cultura, às mulheres ainda é atribuída uma maior proximidade com as “coisas do corpo”. Há mais “fragmentos” de seu corpo a serem policiados: prova disso é a imensa quantidade de produtos de higiene íntima direcionada ao corpo feminino (as “ramificações” dos já diversos tipos de absorventes, as várias técnicas de depilação, etc.) - isso apenas para falar dos “cuidados triviais” do corpo, dos hábitos diários quase que despercebidos. Num outro extremo, basta recorrer à constatação de que a maioria dos distúrbios psíquicos relacionados à imagem corporal, como a anorexia e a bulimia por exemplo, atinge principalmente as mulheres. Tudo isso confirma o tutorial do corpo que lhes foi deixado como legado histórico e cultural, restando aos homens uma outra herança: “nós aprendemos, especialmente como homens, a nos identificar com nossas mentes, e a segregar e desdenhar nossa experiência corporal” (Seidler *Apud* Williams & Bendelow, 1998: 132).

Além disso, no caso das mulheres, a experiência da mutilação por diversas vezes a levaram a tentar conviver com ela ao mesmo tempo em que buscavam recuperar o campo prático de ações passadas associadas à condição feminina. Um exemplo disso pode ser contemplado na seguinte narrativa:

“Tempos depois do ocorrido, conheci meu marido e começamos a namorar. Ele não sabe que não tenho a aréola esquerda, mas ele sabe que sou vítima de erro médico. Ele sabe que não tenho as funções mamárias. Isso me ajudou bastante, mas não deixa de ser um pesadelo, porque relações sexuais só com roupas ou perucas (risos). (...) Eu coloco aplique e jogo em cima da mama esquerda, porque eu tenho a mama, só não tenho o bico, e, é claro, não deixo ele tocar e ele nunca tentou”.

O aplique, então, torna-se um artefato pelo qual a informante refaz sua interação com o outro. Ele se incorpora ao esquema corporal, que é um “sistema aberto para o mundo”. Assim, a corporificação é prolongada pelo artefato (Ihde, 2004). A informante habitua-se a ele ao mesmo tempo em que faz com que ele participe de seu corpo, e dessa complementaridade

se verifica a aquisição do hábito enquanto remanejamento e renovação do esquema corporal (Merleau-Ponty, 2006a: 1999). Mais, ele se torna um instrumento familiar pelo qual ela é capaz de “manejar” o que está ao seu alcance. Ao se habituar ao apêndice, ou ao habituar seu seio a ele, ela pode permitir ou não que o outro o veja ou o toque. Essa é, também, uma reorganização do espaço do corpo diante desse outro, mas, sobretudo, uma reatualização do conteúdo da sua experiência. Trata-se, portanto, do “poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar de existência anexando a nós novos instrumentos” (Idem, *Ibidem*: 199).

Samanta, por sua vez, descreve a operação para implante de silicone como o desfecho de sua relação com a cirurgia:

“Foi a última tentativa que eu fiz de recuperar o que eu tinha perdido e pra esquecer esse assunto de vez. Procurei um excelente médico, dessa vez, e coloquei o silicone” (Samanta, 35 anos).

A prótese é, por assim dizer, o artefato através do qual a entrevistada busca conservar aquela parte do corpo no horizonte de sua vida (Idem, *Ibidem*: 121). Nesse sentido, ela constitui um acréscimo do corpo, que favorece e potencializa a sua ação. “A prótese faz parte da ‘anatomia fenomenológica do corpo vivido’” (Ortega, 2008: 224). Também as cirurgias reconstrutoras podem ser entendidas como a capacidade do sujeito em responder a determinadas convocações cotidianas, significando, para além de um preenchimento físico, o preenchimento das perdas simbólicas deflagradas pelas alterações do corpo.

Bianca nos descreve outras formas que encontrou para conservar, ou ao menos reelaborar, o seu campo de ação. Mais uma vez, ela evoca suas práticas habituais como fundo de suas condutas atuais e das práticas que ela insiste em não abandonar:

“Minha parte de vaidade nunca mudou em relação à mutilação. Eu sempre me cuidei, mesmo na época de depressão tinha vida rotina de beleza normal. Foi a única

coisa que não consegui deixar de fazer: cuidar da minha pele, cabelo, unha, depilação, sobrancelha, coisas básicas do dia a dia” (Bianca, 29 anos).

Manter um *ethos feminino* parece ser a saída encontrada por Bianca para dar um novo sentido à experiência do detalhe pungente. Desse modo, apesar de uma revisão de suas práticas e do aprendizado a partir da experiência vivida, a informante não se desvincula dos papéis femininos que sempre procurou desempenhar. Os cuidados consigo são, então, salvaguardados como um dever moral:

“Era a única coisa que eu ainda podia fazer por mim mesma” (Bianca, 29 anos).

A fala de Eva, por sua vez, refere-se mais diretamente a uma *transformação negativa do ego*.

“Eu sinto que eu fui enterrada viva. (...) Hoje em dia não faço questão de muita coisa. (...) Eu meio que me apaguei pra vida, pra tudo” (Eva, 33 anos).

Eva, então, abre mão de novas formas de lidar com seu detalhe e parece não se empenhar a repetir experiências passadas: prefere, ao invés disso, encarar os fatos, sem grandes expectativas. Enquanto isso, os resultados de cirurgias bem sucedidas parecem transformar o indivíduo que tinha um defeito específico em alguém que dá provas de tê-lo corrigido (Goffman, 1988: 18). Nesse caso, os estigmas e a diminuição de oportunidades relacionadas aos corpos pós-cirúrgicos estão profundamente atrelado à responsabilidade individual, de modo que nem são necessárias grandes coações, nesse caso, para “controlar” o trânsito do estigmatizado: ele próprio se antecipa em ocultar aquilo que em seu corpo é não só esteticamente desagradável, como também é capaz de sugerir algo sobre o descontrole do seu *self*, outro forte motivo para escondê-lo. Isso se assemelha a um mecanismo descrito por Goffman:

“(…) Os padrões que ele incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o inevitavelmente,

mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser” (Idem, Ibidem: 17).

Mas, nos perguntamos: que outros tipos de pudor diante do corpo levam algumas informantes ao isolamento, à abnegação de certas práticas cotidianas? O sentido da perda da sensualidade nos parece bastante emblemático: ela parece ser marcada pelo pudor de não ter se sentido capaz de viver, através de seu corpo, os desejos, prazeres e oportunidades oferecidos à mulher no cenário atual (sobretudo via consumo). O corpo que não consome o prazer adequadamente: esse parece ser o dilema fundamental à mulher contemporânea, que não mais se vê submetida ao controle dos pais, maridos ou padres (Lira, 2006: 58), mas que, no entanto, passa a conviver com a vergonha de não expressar essa capacidade de organizar seu corpo em função do ideal de liberação da mulher atual. Mas, à medida que o prazer e a autonomia da mulher só podem ser realizados através de modos de subjetivação muito restritos, tem-se que a aparente liberdade para se falar do corpo e dos desejos femininos termina sendo, também, uma forma de opressão. Para ilustrar nosso argumento, podemos utilizar um depoimento registrado por uma participante das comunidades do Orkut:

“Gente, eu sofri um gravíssimo erro médico. Foi muito mais do que não ter o resultado esperado, eu fui literalmente mutilada. (...) Sim amigos, como aquelas mulheres na África sofrem. Aquela mutilação que a ONU considera uma das maiores violações dos direitos humanos. Aquela que o mundo inteiro se mobiliza para lutar contra. Só que na África, essas meninas são mutiladas por questões culturais. (...) Minha vagina é completamente desfigurada, mucosas penduradas, nojentas. Fui amputada e circuncisada. Eu não tenho mais uma vulva, tenho uma aberração no meio das pernas. E tenho dores fortes constantes. (...) Jamais poderei ter uma relação sexual de novo se não houver conserto. Eu tinha alguém antes da cirurgia, hoje não posso ter ninguém. Sexo é vida, é saúde, foi recomendado como prática até pelo ministro da saúde esses dias. (...) Essa cirurgia não só me trouxe dores físicas (...) e dores emocionais gravíssimas. Ainda *me tirou o direito de ser mulher*, de viver plenamente, de procriar de novo até se eu quisesse. A gente faz amor sem um braço, sem uma perna, com a barriga deformada, *mas a gente não faz amor sem órgãos sexuais*. (...) *Fui mutilada na parte que define meu gênero, minha feminilidade. Eu nasci mulher porque nasci com uma vagina!* E hoje, não sei o que sou...”⁴⁸.

⁴⁸ Depoimento registrado no site de relacionamentos *Orkut*.

Nesse caso, o constrangimento parece não estar em expor a intimidade. Nesse depoimento, questões como feminilidade e sexualidade são abordadas a partir de vários “atributos genéricos” que sugerem que os atuais valores e significados atribuídos ao corpo: um mesmo *punctum* é capaz de mortificar toda sua condição feminina e de descaracterizar toda a sua *performance* de mulher. A sexualidade parece reduzida às características sexuais “originais”, o que também parece valer para as suas experiências sexuais. A seu ver, todas as suas experiências, a partir da mutilação, serão experiências igualmente frustradas. Assim, se, por um lado, as coisas do corpo têm se tornado objeto de interesse do sujeito feminino, falas como essas demonstram que não há, necessariamente, indicativos para se falar de um potencial político ou da plena liberação feminina. Do mesmo modo, os envolvimentos técnicos dessas mulheres têm sido o recurso para a realização de um modo de subjetividade que requer a extirpação de tudo aquilo que, no corpo, comprometa a condição feminina. Quando do insucesso das cirurgias, a técnica permanece sendo a possibilidade. Mas, antes disso, é a precibilidade do corpo que continua sendo a angústia diante da qual esses envolvimentos técnicos se colocam como a saída, quando, na verdade, eles são um dos efeitos, ou melhor, uma das possibilidades que vislumbramos no nosso movimento espontâneo no mundo. A técnica é mais uma das coisas a que o esquema corporal está aberto: antes de mais nada, ele está aberto para o mundo. Da mesma forma, os modos como temos aprendido a nos relacionar com nosso corpo não é nosso destino inescapável, embora a eficácia dos estigmas que mostramos possa nos levar a acreditar nisso. Portanto, não é o caso de se aceitar acriticamente as suposições criadas em torno da nossa corporeidade, porque, ao fazê-lo, estaríamos contribuindo para uma desvalorização social do corpo que anda de mãos dadas com os modos de opressão como esses que vimos na relação das informantes com seu corpo alterado pelas cirurgias.

A constatação da realidade dos corpos não deve excluir a compreensão das bases das desigualdades neles fundamentadas, nem abster-se de uma crítica cultural dos modos como essas últimas se fazem nas relações entre os indivíduos. Afinal,

“também seria desonesto escrever uma história da diferença sexual, ou da diferença, de forma geral, sem considerar a relação vergonhosa entre formas particulares de sofrimento e formas particulares de corpo, não importa como o corpo seja

percebido. O fato de que a dor e a injustiça são geradas e que correspondem a sinais corpóreos de sexo é precisamente o que confere importância a uma descrição da construção do sexo” (Laqueur, 1994: 15).

Nesse sentido, Rohden (1998) explica que Laqueur parte de uma perspectiva muticausal “em função da qual se descobre que o sexo é também situacional e só pode ser entendido no campo das relações entre gênero e poder” (Rohden, 1998: 128). Ao percorrer esse caminho, o autor parece se distanciar de uma análise que naturalize o objeto e estabeleça causas únicas para os processos que o engendram (Idem, *Ibidem*: 131).

É desejável, destarte, associar-se a uma perspectiva de gênero dedicada a criticar e desmistificar violências formuladas, justificadas e instauradas sobre o corpo, ao invés de tomá-lo como algum tipo de substrato irreduzível: “muito pelo contrário, é preciso levar às últimas consequências a ideia de que ele também é objeto de construção”, o que admite que a ideia das diferenças sexuais, pode, por sua vez, ser historicamente contextualizada (Idem, *Ibidem*: 128). Para tanto, não é preciso negá-lo, mas entendê-lo como lugar de inscrições, produções ou constituições sociais, políticas e culturais (Grosz, 2000: 84).

Creemos que, à medida que questões como essas permanecem sendo ignoradas, persistem as angústias diante do próprio corpo, e persistirão, ainda que a técnica seja devidamente manipulada por profissionais éticos, ainda que os centros cirúrgicos operem sob condições impecáveis. Do mesmo modo, pessoas como a nossa informante Eva, para quem “o mundo deixou de fazer muito sentido”, permanecerão enxergando apenas um lado sombrio em seu horizonte de possibilidades. É o caso, então, de aceitarmos a corporeidade enquanto uma “materialidade aberta”,

“um conjunto de (possivelmente infinitas) tendências e potencialidades que podem ser desenvolvidas, cujo desenvolvimento necessariamente irá impedir ou induzir outros desenvolvimentos e trajetórias” (Grosz *Apud* Williams & Bendelow, 1998: 129).

É o momento de relembrar que todas essas experiências se fazem no movimento espontâneo desses corpos em direção ao mundo, através de um sentido de uniddade que se tem independente de qualquer coisa. Merleau-Ponty nos motiva a pensar que a submissão à tirania do detalhe é apenas uma possibilidade que podemos dar diante de uma situação conhecida. Do mesmo modo, o recurso das próteses e das cirurgias secundárias são apenas uma das respostas que o indivíduo é capaz de dar às circunstâncias concretas em que ele se encontra, o que é bem diferente de se reconhecer apenas uma saída técnica para o problema em questão. E, exatamente por conta desse movimento espontâneo, o corpo nunca se curva inteiramente sobre si mesmo (Merleau-Ponty, 2006a), do mesmo jeito que o indivíduo nunca se curva inteiramente sobre o detalhe que o mortifica, porque, antes disso, sua intencionalidade o projeta para o futuro, no que percebemos a esperança da reabilitação dos corpos desacreditáveis e desacreditados inclusive para si mesmos. Assim,

“mesmo se me absorvo na experiência de meu corpo e na solidão das sensações, não chego a suprimir toda referência de minha vida a um mundo, a cada instante alguma intenção brota novamente de mim, mesmo que seja em direção aos objetos que me circundam e caem sob meus olhos, ou em direção aos instantes que sobrevêm e impelem para o passado aquilo que acabo de viver. (...) Posso muito bem ausentarme do mundo humano e abandonar a existência pessoal, mas é apenas para reencontrar em meu corpo a mesma potencia, dessa vez sem nome, pela qual estou condenado ao ser” (Merleau-Ponty, 2006a: 229).

Considerações Finais

Neste estudo, nos empenhamos em mostrar de que modo a experiência da fragmentação do corpo, que entendemos também como a experiência de uma unidade corporal, pode ser abordada fenomenologicamente. Buscamos, então, os sentidos formulados a partir da experiência dos informantes com seu detalhe de insatisfação estética. Ver-se num corpo tido como impuro e perigoso, “pouco feminino”, é um modo pelo qual o detalhe mobiliza o indivíduo, da mesma forma que os estigmas elaborados em torno desse detalhe é um modo pelo qual a cultura apreende o conteúdo do vivido pelo sujeito: é a atitude de fazer da sua existência algo de que se pode apropriar, fazendo com que, por um determinado aspecto, sempre se diga a mesma coisa a respeito do indivíduo. Do mesmo modo, estigmatizar é não só prender o outro no lançar que se lança ao seu detalhe, paralisando-o, mas fazer com que ele próprio paralise seu olhar diante de si mesmo, de modo a não perceber o que o horizonte de possibilidades lhe oferece. Nesse sentido, tornamos a dizer: o fragmento do corpo se torna a qualidade ética que determina sua vida.

Podemos ampliar essas considerações para argumentarmos que o corpo pós-cirúrgico é, também, a experiência fotográfica do outro, porque também lhe remete a um referente, que, inclusive, compartilham. O detalhe da entropia última fere o olhar de quem o vê, e também mortifica o outro, porque os iguala. É como diz Barthe, ao contemplar mais uma fotografia:

“Penso novamente na fotografia de William Casby, ‘nascido escravo’, fotografado por Avedon. O noema aqui é intenso; pois aquele que vejo aí *foi* escravo: ele certifica que a escravidão existiu, não tão longe de nós” (Barthes, 1984: 119).

Do mesmo modo, o *punctum* do corpo pós-cirúrgico, ao revelar a mortalidade, certifica, ao mesmo tempo, que aquele corpo *foi um dia*, não tão diferente dos demais, e não tão longe deles:

“uma espécie de vínculo umbilical liga a meu olhar o corpo da coisa fotografada: a luz, embora impalpável, é aqui um meio carnal, uma pele que partilho com aquele ou aquela que foi fotografado” (Idem, Ibidem: 121).

Ele revela uma verdade insuportável aos valores do indivíduo contemporâneo. O que fazer, então, para que a ordem não pereça diante de sua presença constrangedora?

Estigmatizá-lo tem sido a principal resposta: criam-se formas de renegá-lo, de tomá-lo como algo próximo: então, ele é tido como fruto da reflexão precária, do descontrole do *self*, da perda de limites, da falta de controle do indivíduo sobre suas pulsões. Assim, o espectador é levado a rejeitar o mutilado e/ou deformado enquanto uma experiência muito distante da sua: pelo seu corpo atual, ele tem a garantia de que não é assim e não o será. Essa garantia é dada pela monitoração dos riscos, pelo exercício de reflexão adequado, pelo controle individual das pulsões. Isso é, por fim, ver o outro como seu contrário, como um risco que não se corre. Lamentavelmente, esse tem sido o fundo de muitas condutas, do mesmo modo que essa tem sido a forma de interesse pelo outro: fazer dele algo que reafirme o ego narcisista.

“Nesta guerra há, portanto, um amontoado de seres humanos buscando uma fidelidade absoluta a eles mesmos. (...) Cada um é coagido a ser fiel a si mesmo na medida em que se distancia sensivelmente do outro” (Sant’Anna, 2005: 118).

Ao desejar possuir a experiência do outro para explicá-la e salvaguardar a própria experiência, ocorre que um indivíduo termina por deturpar a noção intersubjetiva merleau-pontyneana pela qual os sujeitos se constituem uns aos outros sem, no entanto, perderem sua individualidade; pela qual eu percebo que

“é justamente meu corpo que percebe o corpo de outrem, e ele encontra ali como que um prolongamento miraculoso de suas próprias intenções, uma maneira familiar de tratar o mundo (Merleau-Ponty, 2006a: 474).

O que acontece, então, é que, nas relações de poder, um procura aprisionar a ferida do outro para não reconhecer-se nela, porque a ideia de coexistência e de constituição mútua lhe parece intolerável. Ocorre que

“o fato de o espectador e eu estarmos ambos ligados ao nosso corpo resume-se ao seguinte: que aquilo que pode me ser dado no momento da atualidade, como uma perspectiva concreta, é dado a ele apenas no modo da virtualidade, como um significado, e inversamente” (Merleau-Ponty, 2006b: 335).

Seguindo esses termos, a experiência que o outro tem de mim não abarcaria o conteúdo subjetivo de minha própria existência. Do mesmo modo, nem um nem outro somos

consciências constituintes e, por isso, a coexistência é vivida por cada um. Isso é diferente de se falar do eu fechado sobre si mesmo, tendência que parece dar forma ao individualismo que rege as práticas corporais contemporâneas, definido pela linha demarcatória que separa um indivíduo do outro, diferenciando-os e pondo-os a cuidar, cada um, de seu próprio patrimônio. Somos tentados a viver, portanto, num exílio confortável, macio e perfumado (Sant'Anna, 2005: 120). Contudo, também eu deturpo a coexistência quando assimilo e reproduzo o aprisionamento que me fazem de minha ferida; também quando tomo como fundo de minha conduta atual as situações em que minha experiência foi controlada pelo outro. E, sobretudo, quando vivo mais uma esquizofrenia: não me reconhecer em meu corpo, mas no corpo do outro longínquo (a atriz da televisão, a modelo da revista) que eu gostaria de ser, quando, no entanto, renego, em meu cotidiano, corpos muito próximos ao meu, e verdadeiramente coexistentes ao meu. Do mesmo modo, quando meus envolvimento técnicos não me dão tempo para experimentar o “novo eu” prometido, porque logo em seguida já me é exigido um novo trabalho de subjetivação, apenas vivo na repetição por essa busca de “um eu que nunca vem”.

Referências Bibliográficas

ANGELI, Daniela. Uma breve história das representações do corpo feminino na sociedade. *In Revista Estudos Feministas*, vol.12, nº 2, 2004, p.243-245.

BARTHES, Roland. **A Câmara Clara**: notas sobre a Fotografia. Tradução de Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BECK, Ulrich. **Risk Society: Towards a New Modernity**. London/Thousand Oaks/ New Delhi: Sage, 1992.

BECK, Ulrich, GIDDENS, Anthony. & LASH, Scott. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Ed. Unesp, 1995.

CAMPOS, Roberta; LIRA, Luciana; MÉLO, Roberta. Cuidando de si e do futuro: estrutura dos sentimentos nas práticas corporais femininas. João Pessoa: Edições do GREM 2004, (Edição em CD-Rom), 2004, p.7-17.

CÓRDOBA, Marcelo. La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: um lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *In Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, nº 2, ano 2, 2010, p. 37-48.

COURTINE, Jean-Jacques. O corpo anormal: história e antropologia culturais da deformidade. *In História do corpo*: as mutações do olhar. O século XX. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (orgs.). Petrópolis: Vozes, v. 3, 2009, p. 253-340.

CURTIS, Neal. The Body as Outlaw: Lyotard, Kafka and The Visible Human Project. *In Body & Society*, vol.5(2-3), 1999, p. 249-266.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

_____. **Corpo a corpo com a mulher: Pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: SENAC, 2000.

DOMINGUES, José Maurício. Reflexividade, Individualismo e Modernidade. *In Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.17, nº 49, 2002. Páginas???

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

DOYLE, Julie. The spectre of the scapel: The historical role of surgery and anatomy in conceptions of embodiment. *In Body & Society*, vol.14(1), 2010, p. 9-30.

EDMONDS, Alexander. No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. *In Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Mirian Goldenberg (org). Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 189-262.

FEENBERG, Andrew. *Questioning Technology*. London: Routledge, 2001.

FERREIRA, Francisco. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *In Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, vol.12, nº.26, 2008, p.471-483.

FERREIRA, Jonatas. A condição pós-humana: ou “como pular sobre nossa própria sombra”. *In Política e Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, n.21, 2004, p.31-42.

FERREIRA, Jonatas; HAMLIN, Cynthia. Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos não-civilizados. *In Revista Estudos Feministas*, vol.3, nº18, 2010, p.811-836.

FERREIRA, Jonatas; SCRIBANO, Adrián (orgs.). Introdução. *In Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades = Cuerpos en concierto: diferencias, desigualdades y desconformidades*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

FREITAS, Neli. Esquema corporal, imagem visual e representação do próprio corpo: questões teórico-conceituais. *In Ciências & Cognição*, v.13(3), 2008, p.318-324.

GAUER, Ruth. Da diferença perigosa ao perigo da igualdade: reflexões em torno do paradoxo moderno. *In Civitas*, v.5, nº 2, 2005, p.399-413.

GAYON, Jean. Epistemologia da medicina. *In Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. Marisa Russo e Sandra Caponi (orgs.). Florianópolis: Discurso Editorial, 2006, p.39-64.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

_____. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GIMLIN, Debra. Imagining the Other in Cosmetic Surgery. *In Body & Society*, vol.16(4), 2010, p.57-76.

GIORDANI, Rubia. **A experiência corporal na anorexia nervosa: Uma abordagem sociológica**. Curitiba, PR, 2004. Dissertação (mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Paraná, UFPR.

_____. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. *In Revista Nutr.*, vol.22, nº6, 2009, p.809-821.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES DE SÁ, Marcio. Reflexividade, cidadania e subpolítica: partindo de Ulrich Beck. *In Revista Pós Ciências Sociais*, vol.6, nº12, 2010, p.243-256.

GÓMEZ, Zandra. Las huellas de la vida. Intervenciones estéticas y modelado del Yo. *In Pro-Posições*, vol.14, nº2(41), 2003, pp.91-102.

GROSZ, Elizabeth. **Corpos Reconfigurados**. Tradução de Cecília Holtermann. *In Cadernos Pagu*, vol.14, 2000, p.45-86.

GUENANCIA, Pierre. Descartes: A natureza, o artifício, o animal. *In Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. Marisa Russo e Sandra Caponi (orgs.). Florianópolis: Discurso Editorial, 2006, p. 65-88.

GUIVANT, Julia. A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia. *In Estudos Sociedade e Agricultura*, nº 16, 2001, p.95-112.

GUZZO, Marina. Riscos da beleza e desejos de um corpo arquitetado. *In Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v.27, nº1, 2005, p.139-152.

HAMLIN, Cynthia. **Corpos-Texto: A Colonização do Sexo pelo Gênero na obra de Judith Butler**. *In Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades = Cuerpos en concierto: diferencias, desigualdades y disconformidades*. Jonatas Ferreira e Adrián Scribano (orgs.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p. 319-332.

HEURICH, Guilherme. Corpo, conhecimento e perspectiva: a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e o perspectivismo ameríndio. *In Espaço Ameríndio*, vol.1, nº 1, 2007, p.102-115.

IHDE, Don. Incorporando a matéria: fenomenologia e filosofia da tecnologia. *In Política e Trabalho*, nº 21, 2004, pp.19-30.

KOURY, Mauro. Regras e códigos de conduta moral e ética: um passeio pelo imaginário urbano e pelas vivências, reflexões e comparações sobre a noção de sujo de homens comuns de classe média no Brasil Urbano do século XXI. *In Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades = Cuerpos en concierto: diferencias, desigualdades y desconformidades*. Jonatas Ferreira e Adrián Scribano (orgs.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p. 51-80.

LASH, Scott. Sistemas especialistas ou interpretação situada? Cultura e instituições no capitalismo desorganizado. *In Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Anthony Giddens, Ulrich Beck e Scott Lash (orgs.). Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Ed. Unesp, p.235-254, 1995.

LAQUEUR, Thomas. **Making Sex: body and gender from the Greeks to Freud**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

LEAL, Virginia; CATRIB, Ana Maria; AMORIM, Rosendo et al. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. *In Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 2010, p. 77-86.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. São Paulo: Papyrus, 2003.

_____. **A Sociologia do Corpo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

_____. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995. Resenhado por Nicolás Suéz. *In* *Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Córdoba, nº 2, año 2, 2010, p.82-85.

LIRA, Luciana. **Narrativas de Ana: corpo, consumo e self em um grupo pró-anorexia na internet**. Recife, PE, 2006. Dissertação (mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

LUPTON, Deborah. **Risk**. Londres/New York: Routledge, 1999.

MANZI FILHO, Ronaldo. **Em torno do corpo próprio e sua imagem**. São Paulo, SP, 2007. Dissertação (mestrado em Filosofia). Universidade de São Paulo, USP.

_____. O caso Dora segundo Merleau-Ponty. *In* **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol.43, nº 1, 2009, p. 145-151.

MARTIRE JÚNIOR, Lybio. **O alcance atual da cirurgia plástica**. São Paulo: Astúrias, 2005.

MÉLO, Roberta. Notas acerca do estatuto da pele corrompida. *In* **Corpos em concerto: diferenças, desigualdades e desconformidades = Cuerpos en concierto: diferencias, desigualdades y desconformidades**. Jonatas Ferreira e Adrián Scribano (orgs.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p. 81-96.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **A estrutura do comportamento**. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

MIELI, Paola. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Corpo Freudiano do Rio de Janeiro, 2002.

MOREIRA, Virginia. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *In Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.17, nº 3, 2004, p.447-456.

MOREIRA, Virginia; CAVALCANTE JUNIOR, Francisco. O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico(pato)logia e a contribuição da etnografia. *In Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 8, nº 2, 2008, p.249-265.

NEGRIN, Llewellyn. Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity. *In Body & Society*, vol.8(4), 2002, p. 21-42.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *In Cadernos de saúde coletiva*, vol.11, nº1, 2003, p. 59-77.

_____. Fenomenologia da visceralidade. Notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. *In Cad. Saúde Pública*, 21(6), 2005, p. 1875-1883.

_____. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008.

ORY, Pascal. O corpo ordinário. In **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (orgs.). Petrópolis: Vozes, v. 3, 2009, p. 155-196.

PITANGUY, Ivo. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In **Psicossomática Hoje**. Júlio de Mello Filho (org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra. A medicalização da beleza. In **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, vol.11, nº 23, 2007, p.569-584.

POLTRONIERI, Walter. **A procura da rinoplastia estética: um estudo exploratório à luz dos processos de atribuição**. São Paulo, SP, 1995. Dissertação (mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, USP.

RIBEIRO, Liliane. Cirurgia plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença. In V REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, FLORIANÓPOLIS, UFSC, 2003. Disponível em <<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-lbribeiro.pdf>> Acesso em 12 set 2010.

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

ROHDEN, Fabiola. O corpo fazendo a diferença. In **Mana**, vol.4, nº 2, 1998, p.127-141. Ensaio.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. In **Cad. Saúde Pública**, n.19 (Sup.2), 2003, p. S201-S212.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SHILDRICK, Margrit. Corporeal Cuts: Surgery and the Psycho-Social. *In* **Body & Society**, vol.14(1), 2008, p. 31-46.

SIBILIA, Paula. **O Homem Pós-Orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

_____. O pavor da carne: riscos da pureza e do sacrifício no corpo-imagem contemporâneo. *In* **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, nº 25, 2004.

_____. O lipoaspirador de defeitos terrestres. *In* **Trópico**, 20 nov. Ensaio. 2007. Disponível em: <<http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2931,1.shl>> Acesso em 12 set 2011.

SIMMEL, Georg. As grandes cidades e a vida do espírito. Tradução de Leopoldo Waizbort. *In* **Mana**, vol.11, nº 2, 2005, p.577-591.

SOUZA, Neri. Erro médico e cirurgia plástica. *In* **Boletim Jurídico**, Uberaba/MG, ano 4, nº 157, 2005. Disponível em <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=983>> Acesso em 20 nov. 2010.

TURNER, Brian. **The body and society: explorations in social theory**. London: Sage, 1996.

VAZ, Alexandre. Treinar o corpo, dominar a natureza: notas para uma análise do esporte com base no treinamento corporal. *In* **Cadernos Cedes**, ano XIX, n.48, 1999, p.89-108.

VIVIANI, Ana Elisa. O Corpo Glorioso: um diálogo entre Merleau-Ponty e Michel Serres. *In* **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**, vol. 9, 2007, p.1-20.

WILLIAMS, Simon; BENDELOW, Gillian. **The lived body: sociological themes, embodied issues**. London: Routledge, 1998.

ZANI, Rolando. **Plástica: Quando? Por quê?** Barueri: Manole, 2001.

Anexos

Anexo 1 – Roteiro da entrevista com os pacientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

Doutoranda: Roberta de Sousa Mélo

Título da tese: “Da visibilidade dos corpos disformes: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal sucedidas”.

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO(A) ENTREVISTADO(A):

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Estado Civil:
- 4) Ocupação/Profissão:
- 5) Grau de Escolaridade:
- 6) Profissão dos pais:
- 7) Cirurgias a que se submeteu (“bem e mal sucedidas”):

ENTREVISTA:

1. Por qual motivo decidiu se submeter à cirurgia? Quais eram seus sentimentos em relação ao seu corpo antes disso?
2. Por que você considera que a sua cirurgia foi “mal sucedida”?
3. Você poderia descrever situações de sua vida em que sua aparência teve papel central?

4. Onde sua cirurgia foi realizada (clínica de estética, hospital)? Recebeu indicação de outras pessoas?
5. Quais foram suas principais expectativas em relação aos resultados da cirurgia? Você esperava uma alteração muito grande de sua aparência física?
6. Seus amigos e familiares lhe apoiaram em sua decisão de se submeter à cirurgia?
7. Em algum momento você cogitou a possibilidade da cirurgia não dar certo?
8. Como foi o seu pós-operatório? Sentiu dores? Algum tipo de infecção?
9. Você poderia descrever a experiência do momento em que se olhou no espelho após a cirurgia?
10. Em que momento específico você se deu conta de que a cirurgia não deu certo?
11. Você faria a cirurgia novamente? Em algum momento se arrependeu de ter feito?
12. Sente-se uma pessoa diferente da que era antes da cirurgia? Por quê?
13. Você acha que as alterações em seu corpo depois da cirurgia trouxeram mudanças para as suas relações afetivas e profissionais? Como isso se dá?
14. Já fez ou pretende fazer novas cirurgias para corrigir os resultados da(s) anterior(es)?
15. Você poderia falar um pouco sobre os seus sentimentos em relação ao seu corpo? Atualmente, quais as suas expectativas em relação a ele?

Anexo 2 – Roteiro da entrevista com os cirurgiões

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

Doutoranda: Roberta de Sousa Mélo

Título da tese: “Da visibilidade dos corpos disformes: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal sucedidas”.

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO(A) ENTREVISTADO(A):

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Estado Civil:
- 4) Há quanto tempo exerce a profissão?

ENTREVISTA:

1. Como definiria uma cirurgia estética mal sucedida?
2. A quais fatores principais podem ser atribuídos os maus resultados da cirurgia estética?
3. Costuma receber muitos pacientes que passaram por uma cirurgia mal sucedida? Poderia traçar o perfil desses pacientes?
4. Como avalia a abordagem dos casos de cirurgias mal sucedidas pela mídia?

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Roberta de Sousa Mélo, portadora do RG xxxxxx, doutoranda em sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com período de doutorado-sanduíche na Universidade de São Paulo (USP), desenvolvo trabalho de pesquisa de tese intitulado “Da visibilidade dos corpos disformes: um estudo sobre cirurgias cosméticas mal sucedidas”.

Através das entrevistas, busco informações acerca das experiências de pessoas que passaram por tais cirurgias, as transformações ocorridas em suas relações afetivas e sociais, bem como a readaptação do seu corpo ao mundo social.

Dito isto, declaro que os nomes dos informantes serão mantidos em sigilo, no intuito de resguardar sua privacidade.

Assinatura da pesquisadora

Solicito aos participantes a assinatura do seguinte termo:

Eu, _____, ____ anos,

Portador(a) do RG _____, residente na cidade de _____, dou meu consentimento para participar como informante da pesquisa sob responsabilidade de Roberta de Sousa Mélo, contribuindo com dados sobre

minha experiência pessoal acerca dos objetivos da mesma, mediante a garantia de que meu nome será preservado sob anonimato.

Data e assinatura do(a) voluntário(a):

__/__/__ _____