

# A medicalização da beleza

Paulo Poli Neto<sup>1</sup>  
Sandra N.C. Caponi<sup>2</sup>

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. The 'medicalization' of beauty. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.569-84, set/dez 2007.

Concern with body image and medical interventions related to physical beauty has greatly increased in the past few years. The purpose of this study is to investigate how medicine is dealing with the theme of beauty. The 2003/2004 editions of the periodicals *Aesthetic Surgery Journal* and *Aesthetic Plastic Surgery* were analyzed, in order to investigate the rationality buttressing their discourse. Three categories were prioritized for this study: definition of aesthetic plastic surgery's study object; beauty patterns guiding interventions; and understanding popular demand for aesthetic corrections. Discourse is sustained by biomedical rationality, structured around a disease theory and a dual construction between normal and pathological, with emphasis on biology. In the articles, the beauty patterns guiding therapeutic practices are anchored in biological norms defined through several anthropometric measures, which refer to abstract concepts of beauty, harmony, proportionality and symmetry. In this discourse, there are no references to patterns or to social norms of beauty; motivation for aesthetic intervention appears to be rooted in low self-esteem related to the aging process or to some bodily nonconformity. As per the meaning of 'medicalization' adopted herein, biomedical rationality appropriates variations or anomalies of physical appearance, thus allowing the theme to be dealt with in terms of health and disease, normal and pathological.

KEY WORDS: Medicalization. Surgery plastic. Beauty culture. Body image.

A supervalorização da aparência física é acompanhada pelo crescimento de uma medicina da beleza. Neste estudo investiga-se como a Cirurgia Plástica Estética aborda a aparência por meio da análise de discurso das revistas *Aesthetic Surgery Journal* e *Aesthetic Plastic Surgery*, em 2003 e 2004. Três categorias foram analisadas: como define seu objeto de estudo; em que padrões de beleza baseia a intervenção; e como explica a demanda pela cirurgia. A racionalidade que sustenta o discurso é a biomédica, que se estrutura em torno de uma teoria das doenças e de uma construção dual entre normal e patológico. Os padrões de beleza constroem-se com base em normas biológicas e de estudos antropométricos, e não de normas sociais de beleza. A motivação para as intervenções estéticas proviria de uma baixa auto-estima, naturalizada, resultante da desconformidade do corpo em relação às normas. No sentido emprestado à medicalização neste estudo, conclui-se que há uma apropriação de variações ou anomalias da aparência física pela racionalidade biomédica, o que permitiria discursar sobre o tema em termos de saúde/doença, normal/patológico.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização. Cirurgia plástica. Indústria da beleza. Imagem corporal.

---

<sup>1</sup> Médico; doutorando em Ciências Interdisciplinares; médico de Família e Comunidade, Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC. <paulopoli@dohms.com.br>

<sup>2</sup> Filósofa; doutora em Lógica e Filosofia da Ciência; professora, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. <sandracaponi@newsite.com.br>

<sup>1</sup> Travessa dos Imigrantes, 135  
Centro de Saúde dos Ingleses  
Florianópolis, SC  
88.058-418

## Introdução

A sociedade contemporânea assiste deslumbrada à passagem dos “corpos perfeitos”, que invadem progressivamente todos os espaços da vida moderna. A expectativa de corpo das pessoas em relação a esses padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como a maior incidência de bulimia e anorexia, as malhações e as cirurgias plásticas estéticas.

Dentre esses fenômenos, o crescimento da Cirurgia Plástica Estética merece destaque pelo impacto que as alterações corporais, propostas pela Medicina da Beleza, causam em relação à imagem corporal e, também, pela posição que a medicina ocupa na sociedade, de divulgadora de “verdades científicas”.

Já há diversos estudos sobre uma medicalização da aparência, mas com perspectivas ou métodos diferentes da abordagem do presente estudo. Gilman (1999), por exemplo, faz uma análise histórica do crescimento da Cirurgia Plástica Estética, desde o século XIX, com ênfase na cirurgia étnica e nos seus desdobramentos culturais. Davis (1995) e Gonçalves (2001) acompanharam serviços de cirurgia cosmética e os discursos de médicos e de pacientes na tentativa de compreender as motivações e o entendimento de ambos nesse processo. Sullivan (2001) faz um recorte sociológico da construção de uma demanda pela cirurgia cosmética e pela profissionalização dos cirurgiões plásticos estéticos, e o relaciona ao que chama de *commercialism*, a sobrepujança dos aspectos econômicos sobre todos os demais. Wolf (1992) e Gillespie (1996) abordam mais os aspectos de gênero e relacionam o maior crescimento da cirurgia cosmética, entre mulheres, a uma estratégia para desempoderá-las.

Neste artigo, o objetivo é analisar o discurso médico em estudos publicados nas principais revistas de cirurgia plástica estética e relacioná-lo à idéia de medicalização, no sentido de incorporação de um novo tema pela racionalidade biomédica, que significa a organização de uma nova nosologia médica, a criação de padrões de normalidade e a legitimação da intervenção médica terapêutica.

## Método

Para o estudo, foram analisados, aproximadamente, 130 artigos de duas das principais revistas internacionais de Cirurgia Plástica Estética, a *Aesthetic Plastic Surgery* e o *Aesthetic Surgery Journal*, edições dos anos de 2003 e de 2004. O método utilizado foi o da análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), permite a manipulação do material empírico utilizado para que possa ser analisado com base em um outro recorte. Nesta pesquisa, os textos foram abordados valendo-se do referencial teórico de alguns autores da filosofia das ciências da saúde (especialmente de Canguilhem e de Foucault), com o objetivo de caracterizar a racionalidade biomédica e encontrar as sobreposições e as distâncias em relação à abordagem da Cirurgia Plástica Estética sobre as variações físicas.

Foram selecionadas categorias prévias para dirigir o estudo, baseadas nas seguintes questões: como a Cirurgia Plástica Estética vê seu objeto de estudo e de intervenção; como se refere a padrões de beleza; e como compreende a demanda da população pelas correções estéticas.

## O nascimento de uma medicina da beleza

Não se pretende dizer que apenas recentemente o discurso médico se pronunciou sobre a beleza, mas que, pela primeira vez, ela surge como objeto único e central de uma área médica. Antes do surgimento da Medicina da Beleza, a aparência era valorizada por algumas áreas médicas, mas de uma forma marginal, como é o caso da associação entre a beleza e a maternidade, demonstrada por Rohden (2001, p.16) em estudo sobre a medicina dos séculos XVIII e XIX:

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade. Os médicos ‘constatam’, impressionados, como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe.

Por sua vez, para o discurso médico-higienista do fim do século XIX e início do século XX, a beleza está associada a valores da moral católica, como a pureza e a limpeza. Nesse período, a aparência física é tida como um dom divino, e não como uma conquista ou uma possibilidade individual: “*Fora deste uso e para além das prescrições médicas, que incluem a higiene do corpo e a cultura física, o embelezamento corre o risco de denotar uma moral duvidosa*” (Sant’Anna, 1995, p.125).

A história da cirurgia plástica estética está imbricada com a da cirurgia plástica reconstrutiva, já que as técnicas são semelhantes, porém, durante muitos anos, a cirurgia para fins meramente estéticos era considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões plásticos regulares. Sullivan (2001) demonstra como, nos Estados Unidos da América (EUA), a Cirurgia Plástica Estética passa de uma prática marginal, sem espaço para divulgação, antes da década de 1950, para uma especialidade reconhecida, regulamentada, e cada vez mais procurada pelos médicos. Há vários aspectos que se relacionam a essa mudança de percepção sobre a cirurgia estética. Um deles é que a aparência física passa a ter uma outra conotação na sociedade ocidental nesse período, que Eco (2004) denomina de Beleza do Consumo, em que os ideais de beleza são determinados pelo interesse econômico.

Os números que comprovam a apropriação da beleza pelo mercado são impressionantes. As indústrias de cosméticos e de dietas estão entre as que mais crescem em todo o mundo e com a Medicina da Beleza não é diferente (Wolf, 1992).

Nos EUA, em 2003, segundo a *American Society For Plastic Surgeons* - ASPS (2004a), foram realizados mais de 8,7 milhões de procedimentos estéticos, dentre os quais: quase três milhões de injeções da toxina botulínica, 320 mil lipoaspirações e 254 mil aumentos de mamas<sup>3</sup>. A tendência de 1992 a 2003 aponta para um grande crescimento no número de cirurgias plásticas cosméticas: aumento de mamas 657%, *lift* nas nádegas 526%, lipoaspiração 412% e injeções de botulina 153% de 2002 a 2003 (ASPS, 2004b). Uma outra tendência é o aumento dessas intervenções em

<sup>3</sup> Esses dados referem-se apenas às produções dos médicos certificados pela American Society for Plastic Surgeons, portanto, subestimados em relação ao total.

faixas etárias cada vez mais precoces. Nos EUA, foram realizadas 3.841 cirurgias para aumento de mamas em meninas menores de 18 anos em 2003, um aumento de 24% em relação a 2002. No mesmo ano, as adolescentes americanas se submeteram a 5.606 intervenções para injeção de botulina, um aumento de 950% em relação a 2002 (ASPS, 2004c).

O Brasil é o terceiro país do mundo em número de cirurgias plásticas, atrás apenas dos EUA e do México; foram 400.000 intervenções em 2003, sendo metade delas puramente estéticas e, dentre essas, 40% de lipoaspiração, 30% de mamas e 20% na face.

Independentemente de haver uma justificativa econômica para o crescimento e aceitação de uma Medicina da Beleza - ou seja, a hipótese de o aumento da demanda por intervenções estéticas, por motivos ignorados, ter forçado o desenvolvimento dessa prática médica -, deve haver uma adaptação desse novo objeto de intervenção e saber, no caso, a aparência física, quando é reinterpretado pela medicina. Se o conhecimento médico se estrutura, especialmente, a partir do século XIX, em torno de uma teoria das doenças - de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, baseado em pesquisas científicas - será necessária uma readequação desse discurso para que se possa construir uma Medicina da Beleza. Como vai se dar, então, a relação entre essa racionalidade e a beleza física, que não era abordada em termos de patologia ou anormalidade?

### Um olhar clínico para a beleza

Segundo a ASPS (2005), a cirurgia plástica estética “...é realizada para dar uma nova forma a estruturas **normais** do corpo com o objetivo de **melhorar** a aparência do paciente e sua **auto-estima** [grifos nossos]”. As três palavras grifadas resumem bem o que se procura abordar neste estudo: 1) avaliar se, no discurso da Medicina da Beleza, ocorre uma patologização de variações estéticas; 2) a que se refere a frase - melhorar a aparência -; que normas sociais ou biológicas surgem neste discurso, e qual a influência da Medicina da Beleza no estabelecimento dessas normas?; 3) e, por fim, a auto-estima, que é utilizada como justificativa para uma intervenção estética, como ela surge no discurso da Medicina da beleza? Do que se trata?

Antes, no entanto, trabalhemos um pouco com o termo medicalização, termo complexo, que encontra várias definições, aplicações e possibilidades, devido ao fato de que, segundo Lowenberg e Davis (1994), não há atributos suficientes e convergência entre os teóricos para defini-lo como um conceito ou uma ferramenta analítica. Convém especificar a compreensão que o termo ganhará nesse estudo, que é a assimilação (que envolve uma captura e uma transformação) de anomalias<sup>4</sup> e variações físicas associadas à aparência física pela racionalidade biomédica. Há outras definições de medicalização, como: ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos e de empresas médicas, maior dependência da população de serviços médicos ou de medicamentos, entre outras.

Para isso, é importante apresentar as características da racionalidade biomédica, que método de saber e fazer é esse, e como ele volta seu olhar em direção à aparência física? Uma racionalidade médica qualquer seria

<sup>4</sup> Anomalia para Canguilhem é “a variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo”, mas não é uma patologia.

definida, segundo Luz (1993), por um sistema estruturado e composto de cinco elementos teóricos fundamentais: 1) uma morfologia e uma anatomia humana; 2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; 3) um sistema de diagnósticos; 4) um sistema de intervenções terapêuticas, e 5) uma doutrina médica.

<sup>5</sup> A denominação biomedicina é utilizada em função da estreita relação entre a medicina e o conhecimento científico produzido no campo da biologia (ver Camargo Jr., 2003, p.101).

A biomedicina<sup>5</sup>, a que também chamaremos de medicina moderna, provém, para Foucault (2003, p.10), do final do século XVIII, do momento em que a medicina passa “...a pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica”. O raciocínio científico nessa época, e ainda hoje, é marcado por uma concepção mecanicista do mundo, estimulada, sobretudo, por duas disciplinas, a física e a astronomia, que viriam a influenciar, por meio dos seus princípios - de reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e de matematização dos eventos - todas as áreas do conhecimento. Essa racionalidade científica será adotada, a partir da modernidade, pelo saber médico. E Foucault (2003) chama essa transformação da medicina de ruptura, porque esta se baseia em uma nova *episteme*:

O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do dia em que o olhar, que começava a ser científico, do primeiro médico se dirigiu, de longe, ao corpo do primeiro paciente; é o resultado de uma reformulação ao nível próprio do saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados. (p.157)

Essa reformulação do saber, para o autor, está associada a dois pontos fundamentais e indissociáveis: um novo olhar e uma nova linguagem médica. O novo olhar ou o olhar clínico é, para o autor, resultado de um conjunto de fatores: 1) o apoio institucional, ou seja, a medicina foi legitimada para cuidar dos doentes, para entrar nos hospitais, nos quais vai se aprimorar, estruturar e se replicar; 2) é um olhar amplo, porque procura todos os sinais desviantes (classificatório) e que ganha profundidade com a anatomia patológica (olhar anátomo-clínico); 3) e um olhar calculador, porque delinea probabilidades e riscos (Foucault, 2003). A nova linguagem é, para o autor, a transferência desse novo olhar para o enunciável e “...o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual” (Foucault, 2003, p.129).

Esse olhar, descrito por Foucault, nasceu em um período em que dominavam as doenças clássicas, como as infecto-contagiosas, que auxiliaram a construir uma racionalidade biomédica, que se caracteriza por essa estrutura:

A doutrina médica traz implícita a idéia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam por sua vez decorrência de uma cadeia de eventos desencadeada a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas

lesões; a terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças; a morfologia e a dinâmica vital servem sobretudo como auxiliares na caracterização do processo mórbido. (Camargo Jr., 2003, p.110)

Essa estrutura é a que nos interessa procurar nos artigos da Medicina da Beleza, perceber como o tema da beleza física vai se adaptar a essa doutrina médica e a esses sistemas característicos da biomedicina. Abaixo, um primeiro exemplo em um dos artigos da Medicina da Beleza:

Liposucção é uma técnica cada vez mais popular no campo da cirurgia estética. A maioria dos pacientes que procura a lipossucção deseja corrigir uma deformidade do contorno corporal, geralmente causado pela gordura. O objetivo da lipossucção é diminuir ou remover essas áreas gordurosas subcutâneas por meio de cânulas de metal colocadas através de pequenas incisões na pele. (Bilgili et al., 2004, p.226)

O que se reconhece nessa fala é a apresentação típica dos “casos” na biomedicina, com a etiologia, o diagnóstico, a terapêutica e, inclusive, o perfil epidemiológico. A anatomia patológica vai se somar a esse olhar clínico (temporal) para fundar o que Foucault (2003, p.155) denominou “*olhar anátomo-clínico*”, que permitirá uma nova espacialização da doença. Para o cirurgião, não é somente a anatomia patológica que permite essa reorganização espacial da doença, pois a cirurgia oferece a “...*vantagem de fornecer elementos de conhecimento das doenças e de sua localização no organismo vivo, que se move [grifo da autora], diferentemente da anatomia patológica, que trabalha com cadáveres*” (Luz, 1988, p.89). Nos artigos analisados, o olhar do cirurgião plástico estético também revela essa espacialização, isto é, o encontro da variação visível com um substrato anômico previamente conhecido. Um exemplo do olhar anátomo-clínico:

A base da beleza facial é simetria, equilíbrio e proporção. As maiores forças responsáveis pelo envelhecimento da face são gravidade, amadurecimento do tecido mole, remodelamento do esqueleto, atividade muscular facial e alterações solares. Envelhecimento no terço superior da face se manifesta como ptose da região frontal, glabellar e da sobrancelha. Iniciando da metade para o final dos 30 anos, as alterações tornam-se aparentes em toda a face. Rugas e pequenas linhas aparecem em torno dos olhos e da boca, e as pálpebras superiores e inferiores começam a cair. (Maio, 2004, p.295)

A busca de uma causalidade na medicina está associada a uma definição prévia (e arbitrária) de um evento, geralmente indesejável, que se quer estudar e sobre o qual se pretende intervir. Como afirma Canguilhem (1982), a esse respeito, é preciso que a anomalia seja arbitrariamente definida como um problema para que a ciência a estude: “*A anomalia só é conhecida pela ciência se tiver sido, primeiro, sentida na consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das funções, sob a forma de perturbação ou de nocividade*” (p.104).

A associação de uma causa à identificação de um substrato anátomo-fisiológico (como a perda de líquido no espaço intersticial ou a diminuição de algum tecido -

como o da glândula mamária) representa, para Canguilhem (1982, p.108), o processo que leva a patologização de uma anomalia: “...desde que a etiologia e a patogenia de uma anomalia são conhecidas, o anômalo torna-se patológico”. Seguindo essa mesma lógica, encontra-se uma patologia da beleza nos artigos estudados. As lesões anatômicas surgem, nos estudos, como estruturas alteradas responsáveis pela aparência externa indesejável, como no exemplo: “Ptoses mamárias geralmente resultam de alterações involutivas do pós-parto ou da amamentação, caracterizadas por diferentes graus de atrofia da glândula mamária, flacidez da pele e ptose do complexo mamilo-areolar” (Velasco et al., 2004, p.199).

Nesse caso, os autores associam à causa da ptose mamária, que seria consequência do parto ou da amamentação, uma lesão tecidual da glândula mamária, da pele e dos tecidos que sustentam o complexo mamilo-areolar. A idéia de uma lesão associada à causa, um *locus causal*, como já dissemos, é fundadora da racionalidade biomédica. A busca da localização última de uma lesão causal é uma disputa constante na medicina, segundo Camargo Jr. (2003). No caso da Medicina da Beleza, a maioria dos estudos aponta para uma lesão anatômica, mas que pode ser decorrente de uma predisposição genética, de alterações celulares ou de influências do meio ambiente.

Uma outra característica da biomedicina que surge na Medicina da Beleza refere-se às classificações e categorizações diagnósticas para as variações indesejadas. A organização dessas variações em diferentes gradações é o que Foucault (2003) denominou de espacialização primária e pode ser encontrada neste e em outros exemplos: “Nós propusemos uma classificação da ptose pós-parto em 4 grupos e descrevemos o tratamento cirúrgico apropriado para cada categoria de ptose” (Velasco et al., 2004, p.199).

Além de um quadro classificatório para as anomalias, um outro ponto importante que caracteriza a biomedicina e pode ser encontrado na Medicina da Beleza, é a criação de uma nosologia, que além de definir uma determinada variação, faz com que ela passe a existir, ou, como diz Foucault (2003, p.135), “libera uma verdade constante”. Alguns exemplos são: “hipoplasia dos glúteos”, “ptose mamária”, “defeitos de contorno”, “dobras paralabiais”, “linhas faciais”, “assimetria mamária”, “deficiências do contorno corporal”, “depósito excessivo de gordura”. É a associação entre o discurso e o olhar, apontada por Foucault (2003), que materializa essa entidade chamada doença.

Até o momento, apresentamos a racionalidade biomédica, sua origem e principais características, e confrontamos com excertos de artigos da Medicina da Beleza. Percebe-se que o olhar anátomo-clínico está presente nesses textos a despeito da dificuldade de se enquadrar um tema como o da aparência física em uma teoria das doenças. Em contraposição a uma patologia, a racionalidade biomédica necessita de uma normalidade biológica. São referências duais que caracterizam a construção do conhecimento na medicina. No caso da beleza física, veremos como surge uma norma biológica.

### **Normas biológicas da beleza**

A definição de normas biológicas que permitam a classificação das variações físicas e o planejamento de intervenções estéticas é objeto de vários estudos na

Medicina da Beleza, que, por meio da antropometria, procuram definir um padrão de normalidade. Assim como se lança mão de uma curva-padrão para definir uma estatura ou um peso normal, a Medicina da Beleza procura as medidas que definam um padrão de beleza, como no exemplo a seguir:

Nenhum artigo é encontrado na literatura médica descrevendo os detalhes anatômicos que tornam os glúteos bonitos, nem os defeitos nessa região que podem ajudar o cirurgião a decidir se próteses glúteas são necessárias ou não (...) Os autores estudaram 1.320 fotografias de mulheres nuas e mediram 132 pacientes femininas de 16 a 62 anos (...) Com base nas informações obtidas, os defeitos da região glútea foram classificados em 5 tipos, resultando em recomendações cirúrgicas pretendidas para alcançar glúteos o mais próximo possível do padrão de beleza, com o volume certo e projeção (...) O cirurgião deve estar familiarizado com os “sinais” de beleza e um esforço pode ser feito para recriá-los. (Cuenca-Guerra & Quezada, 2004, p.340)

No estudo acima, vê-se a preocupação dos autores da Medicina da Beleza em definir um padrão de beleza para guiar a prática terapêutica. Assim como nesse exemplo, há vários outros estudos que realizam diversas medidas de pontos anatômicos em pessoas de idades diferentes, para compreender que estruturas são alteradas com o passar dos anos e a que estão relacionadas, com o objetivo de catalogar dados para uma norma biológica. No artigo abaixo, demonstra-se a importância de se definir o normal para permitir a intervenção:

É uma realidade que a anatomia normal do complexo nasolabial com suas dobras e linhas suaves é básico da beleza da face e não deve ser removido completamente ou distorcido. Em vez disso, um esforço para normalizar a anatomia deve ser o padrão ouro de qualquer planejamento cirúrgico. (Sen et al., 2004, p.308)

Segundo Canguilhem (1982), o conceito de normal, em biologia, define-se objetivamente pela frequência do caráter assim qualificado; no exemplo acima, o autor parte desse princípio ao classificar como normal dobras e linhas que frequentemente compõem a estrutura nasolabial, mas apenas para que, em seguida, subverta a idéia ao não considerar como normal a modificação que essas estruturas sofrem com o tempo. A normalização sugerida pelo autor não significa transformar aquela anatomia na mais frequente e, sim, em um padrão de beleza predeterminado.

A possibilidade de uma normalização por meio da Medicina da Beleza pode ser entendida, ainda, em um outro sentido, o de que as intervenções estéticas criam normas de beleza. A imagem do corpo modificado pela Medicina da Beleza ascende à condição de normal, na medida em que é a que mais habita os meios de comunicação, são os corpos mais frequentemente vistos e expostos. Como afirma Bordo (1993, p.26), há uma nova norma “...atingível apenas através de cirurgias cosméticas contínuas - na qual a superfície do corpo da mulher deixa de envelhecer fisicamente à medida que o corpo envelhece cronologicamente”.

A maioria dos artigos da Medicina da Beleza propõem alguma intervenção cirúrgica, o que implica a definição de um objetivo para a modificação, que

certamente está ancorado em algum padrão de beleza. Esse padrão, no entanto, raramente está explícito, ou os autores focam um determinado tema, como o aumento de mamas, e propõem uma intervenção específica, como o implante de silicões, sem explicitar o porquê da escolha; ou se referem a uma beleza abstrata, com termos como harmonia e proporcionalidade, como no exemplo abaixo:

O modelamento cirúrgico do corpo deve ser planejado em conformidade com parâmetros antropométricos. Antes de começar o trabalho, o cirurgião, como um escultor, deve desenhar planos de acordo com os princípios da beleza. Remover e adicionar, os dois teoremas fundamentais que inspiram a arte figurativa e a cirurgia plástica estética, combinam-se em uma ação cujo objetivo é recuperar as proporções corporais. (Fruscella, 2004, p.44)

Além dos estudos antropométricos, que objetivam definir padrões de beleza e também de fealdade, há estudos cuja intenção é encontrar uma norma natural da beleza, ou seja, “...estabelece a beleza física como um mecanismo adaptativo para a promoção e avanço evolucionário das nossas espécies” (Dayan et al., 2004, p.301). Ou, como sugere Etcoff (1999, p.16): “...a busca apaixonada da beleza reflete a ação de um instinto básico”. Afirmação semelhante é encontrada em Dayan et al. (2004, p.304):

Parece que determinadas características faciais, como simetria, juventude, e *averageness*, são universalmente aceitas como favoráveis. Biólogos evolucionários argumentam que determinadas características faciais são sinais físicos que indicam saúde e adaptação, que leva a uma vantagem seletiva para encontrar parceiros e na propagação da espécie. Indivíduos com essas características (...) provavelmente manejam as forças da seleção natural mais favoravelmente. Biólogos evolucionários também apontam modelos animais para demonstrar que simetria e características medianas são comumente encontradas nas espécies melhor adaptadas.

Não são muitos os estudos da Medicina da Beleza nos quais se encontra uma explicação do que seria uma norma biológica da beleza. Na maioria dos casos, como nos exemplos anteriores, os autores geralmente pesquisam medidas de partes do corpo ideal sem explicitar o porquê da escolha. No exemplo acima, trata-se de justificar uma Medicina da Beleza com base em uma necessidade essencial ou natural, a de que há características nos seres humanos que são valorizadas em todas as culturas e que seriam uma herança da luta pela sobrevivência e pela reprodução. Normas sociais de beleza, ou seja, a influência ou a determinação da cultura na valorização da aparência física, raramente, são abordadas nos artigos da Medicina da Beleza, o que é uma outra característica da biomedicina.

### **Normas sociais da beleza**

A Medicina da Beleza, ao tentar estabelecer normas biológicas ou naturais de beleza, diminui ou nega a importância da cultura na formação de padrões

estéticos. Definir padrões de beleza física e dar a eles o estatuto de natural é eternizar o que para Eco (2004, p.14) “... *jamais foi algo de absoluto e imutável, mas assumiu faces diversas segundo o período histórico e o país.*”

Para Breton (2003), no imaginário ocidental, continua presente o modelo do corpo como máquina, um invólucro precário e falível que aprisiona a essência do homem, o *cogito*. A transposição do corpo à condição de acessório da pessoa, como um cartão de visitas, permite que ele seja

... submetido a um **design** às vezes radical que nada deixa inculto (*bodybuilding*, marca corporal, cirurgia estética, transexualismo etc.). Colocado como representante de si, ceppo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidenciação de uma estética da presença. (Breton, 2003, p.22) [grifo do autor]

Como já afirmamos, nos artigos analisados, não há referências a uma determinação social na concepção do corpo; parecem partir do princípio de que não há uma norma social da beleza e de que a demanda pela intervenção estética acontece por um desejo natural. Da mesma forma, alguns artigos trazem os resultados de satisfação ou de benefícios daqueles que se submeteram às intervenções sem levar em conta essas normas, como se os resultados não dependessem de uma necessidade previamente criada, muitas vezes pela própria tecnicização. Como demonstram Dayan et al. (2004, p.306):

As primeiras impressões estão muito baseadas nas características faciais, e a psicologia tem nos ensinado que um indivíduo mais atraente tem mais chance de receber um melhor julgamento e tratamento. Nós apresentamos evidências de que aqueles que se submetem à cirurgia plástica facial melhoram sua primeira impressão com base somente na sua aparência fotográfica.

A tecnicização da beleza, ou seja, a criação de novas possibilidades estéticas pela instrumentalização do ser humano pode impor novas normas. A colocação de implantes mamários, por exemplo, é uma técnica recente, de aproximadamente cinquenta anos, mas com o desenvolvimento da técnica, amplia-se e molda-se a necessidade conforme essas novas possibilidades, como argumenta Jacobson (1998, p.1255): “...*a necessidade foi construída conforme cirurgias plásticas medicalizaram o tamanho e a forma das mamas*”.

Abaixo, segue um outro exemplo que suscita o debate entre normas biológicas e sociais e, ainda, a questão da cirurgia estética étnica:

Muitos pacientes que se apresentam para rinoplastia requerem mudanças que os aproximam das normas percebidas nos seus grupos étnicos particulares. Para pacientes descendentes de afro-americanos e hispânicos, isso geralmente significa rinoplastia com aumento. Pacientes usam figuras da mídia e ídolos da cultura popular como referência para seus ideais, influenciando dramaticamente seus desejos e suas concepções estéticas. (Strauch et al., 2004, p.325)

Nesse estudo, ao mesmo tempo em que os autores fazem uma referência a padrões sociais, que são gerados na mídia ou na cultura popular, reafirmam que eles se

referem a normas percebidas em grupos étnicos, a características físicas peculiares de cada grupo. Além da ênfase na norma biológica, uma outra característica da Medicina da Beleza que surge nesse estudo e que denuncia, de certa forma, a influência de uma norma social são as cirurgias que mexem com características étnicas. Gilman (1999) demonstra como a cirurgia estética vem sendo utilizada, há mais de cem anos, em uma espécie de eugenia liberal, e destaca as cirurgias de modificação do nariz sifilítico, do nariz judeu e do nariz do negro. No trecho da Cirurgia Plástica Estética selecionado acima, apesar de o autor enfatizar que “...o procedimento deve se dirigir às preocupações específicas do paciente, permitindo a preservação de características que mantenham a etnia do paciente em vez de produzir um nariz com aparência mais ‘Caucasiana’...”, as modificações propostas pelo cirurgião aproximam o nariz do negro, que se caracteriza por “...mostrar um dorsum chato e largo; pobre projeção da extremidade; e bases alares amplas”, do nariz caucasiano (Strauch et al., 2004, p.328-9). Exemplos semelhantes são encontrados em artigos que se referem a pacientes asiáticos, que se submetem a cirurgias para modificar as pálpebras e aproximá-las do padrão ocidental. São exemplos que claramente rompem com a hipótese de uma norma biológica, porque são modificações realizadas pela Medicina da Beleza que afastam as pessoas das características mais freqüentes em seu próprio grupo étnico.

Convém discutir, agora, como uma norma da beleza chega até as pessoas. De que forma surge, nos artigos, uma explicação sobre a demanda por essas intervenções? Tema que passa pelo encontro ou pela distância entre um padrão de beleza corporal e a experiência pessoal do próprio corpo, que gera mal-estar, timidez, vergonha ou a piora na auto-estima que “...são tanto mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros” (Bourdieu, 2002, p.81).

### **Motivações para a intervenção da beleza**

Nos artigos da Medicina da Beleza ou em outros estudos sobre o tema, é comum encontrar, na melhora da auto-estima, a motivação para se submeter a uma cirurgia plástica estética. Não há nos artigos explicação sobre o significado da auto-estima, mas depreende-se que seja um bem-estar, uma felicidade, uma avaliação mais positiva de si mesmo. São todas sensações subjetivas, do campo do *psi*, o que faz com que a Medicina da Beleza considere, como resultado de sua intervenção, uma reparação psicológica. Esse mote levou a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) a modificar a antiga denominação (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora), que separava a Cirurgia Plástica nas subespecialidades Estética e Reparadora, e adotasse apenas o nome atual. Numa consideração de que as duas áreas lidam igualmente com reparações, sejam físicas e/ou psicológicas, como demonstra Gonçalves (2001, p.78):

Na clínica particular, os médicos podem levar em conta, também, a reparação psicológica do paciente, podendo colocar em prática aquele conceito de cirurgia plástica mais abrangente, em que toda cirurgia estética é reparadora, pois repara “problemas psíquicos” (traumas, inibições, complexos), e não apenas aqueles fisiológicos.

Da mesma forma, no exemplo abaixo, no editorial de umas das edições da *Aesthetic Plastic Surgery*, o autor fala da legitimação da especialidade frente a médicos de outras áreas, graças a um benefício psicológico advindo das cirurgias plásticas estéticas:

Cirurgiões plásticos não necessitam mais discutir atualmente os benefícios da cirurgia estética com paciente ou colegas de outras áreas como fizeram nossos professores. (...) Apesar da cirurgia da aparência (não-reconstrutiva, não-restaurativa) melhorar a qualidade de vida, raramente salva vidas. Não é tão necessária para a sobrevivência física quanto para o melhoramento psicológico. (Goldwyn, 2004, p.357)

Esse é mais um passo no processo de adaptação do tema da aparência física à racionalidade biomédica, um discurso médico sobre a demanda que seja aceita pelos pares e que, por isso, deve estar estruturado em torno da idéia de saúde-doença. As pessoas que fazem uma cirurgia plástica estética estão sofrendo psiquicamente porque têm algum “defeito” no corpo, e após a intervenção estão “curadas” desse mal-estar.

Nos artigos estudados, a Medicina da Beleza não apresenta uma explicação sobre a origem dessa baixa auto-estima, desse mal-estar relacionado a uma aparência física. Há tentativas de explicação sobre os “defeitos” da aparência física, porém não sobre a gênese desse sofrimento psíquico. Mas o que afinal motiva as pessoas a procurarem uma correção estética, aumentar as mamas, retirar dobras, rugas, mudar o nariz?

Se a Cirurgia Plástica Estética considera a busca pela beleza como um instinto básico (como vimos em alguns artigos), pode-se depreender que o sofrimento psíquico decorrente de uma aparência discordante da “norma biológica” também seja natural. Todos sofreremos, em algum grau, com o envelhecimento, com as assimetrias, com o escurecimento da pele, que ocorrem com o passar dos anos. Quando se levam em conta normas sociais que influenciam ou determinam padrões de beleza, é a experimentação da diferença entre um ideal de beleza e a imagem do próprio corpo que pode estar na gênese de uma baixa auto-estima, de um mal-estar, em suma, desse sofrimento psíquico. Como se dá a internalização dessas normas sociais é entender, segundo Jacobson (1998), a forma como se constrói historicamente a necessidade de uma intervenção estética como um desejo individual.

Para Elias (1994, p.153), internalização é “...tornar automático o comportamento socialmente desejável, uma questão de autocontrole, fazendo com que o mesmo pareça à mente do indivíduo resultado de seu livre-arbítrio e ser de interesse de sua própria saúde ou dignidade humana”. Essa internalização das normas vai tornar as práticas disciplinares (e a biomedicina é uma delas) mais eficazes, pois vão parecer próprias do comportamento ou do biológico do indivíduo. No caso das normas médicas, Foucault (1998) demonstra como a internalização acontece e como ela mesma acaba corroborando, depois, o próprio ato médico:

Ela implica uma aproximação física e um jogo de sensações intensas, de que a medicalização (...) é ao mesmo tempo efeito e instrumento. Engajadas no corpo, transformadas em caráter profundo dos indivíduos (...) sobrepõem-se à

tecnologia da saúde e do patológico. E, inversamente, a partir do momento em que passa a ser “coisa” médica ou medicalizável, como lesão, disfunção ou sintoma, é que vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento. (Foucault, 1998, p.44)

Especificamente em relação a normas de beleza, Costa (2004) demonstra como a imagem corporal substituiu os sentimentos, na passagem de uma moral dos sentimentos para uma moral das sensações. O sofrimento psíquico não decorre tanto mais das fraquezas de espírito ou de caráter quanto dos defeitos da aparência corporal. Diz ele:

Hoje, é na “exterioridade” do corpo, no semblante da esfera corporal egóica, que o abjeto e o refratário ameaçam irromper. É neste novo lugar, o lugar das rugas; manchas; estrias; flacidez; barrigas; obesidade; textura indesejável da pele, tensão muscular; conformação óssea viciosa; “pneus”; pêlos e cabelos a mais ou a menos etc., que o abjeto e o recalcitrante são exaustiva e implacavelmente vigiados, esquadrinhados e temidos de maneira fóbica, obsessiva, histérica ou persecutória. (Costa, 2004, p.78-9)

Nesse sentido, convém perguntar que papel exerce uma Medicina da Beleza em um tempo em que a imagem corporal é tão valorizada, senão reforçar o significado da aparência? Não traz, ainda mais, à superfície as dobras, as rugas, as peles, as gorduras e, conseqüentemente, a vergonha, o sofrimento e a tristeza? Mas essa discussão não está presente nos artigos estudados, como se não existisse.

### **Considerações finais**

O fenômeno que estudamos aqui e sobre o qual sugerimos uma apropriação médica é o da aparência física - que tem tido uma importância crescente para a sociedade e para o meio médico. A Cirurgia Plástica Estética prestou-se, neste trabalho, a ser mais um exemplo do processo de medicalização, que possui muitas definições e teorias, mas que aqui surge como a assimilação do tema da aparência física pela racionalidade biomédica. Nesse sentido, a observação da forma como a Medicina da Beleza aprecia o seu objeto aponta para uma medicalização da aparência.

A despeito da afirmação da ASPS (2005) de que a cirurgia plástica estética é utilizada para dar uma nova forma a estruturas normais do corpo, o que se percebe, no discurso de duas das principais revistas internacionais da área, é uma abordagem que coloca as variações relacionadas à aparência física em termos de normalidade e patologia do ponto de vista biomédico.

Nos artigos da Cirurgia Plástica Estética, determinadas variações relacionadas à aparência física ganham visibilidade, surgem diante do olhar clínico que rastreia temporalmente todo o seu desenvolvimento biológico - causa, características, evolução. Ao mesmo tempo em que os autores se aprofundam no corpo físico, em busca das menores estruturas responsáveis por cada alteração, não existe uma interrogação sobre o modo como essas variações transformaram-se em anomalias, nem sobre o processo histórico que possibilitou sua construção. Quando certas

alterações físicas relacionadas ao envelhecimento ou em desacordo com as normas sociais de beleza vigentes são categorizadas como nocivas, abre-se espaço para uma pesquisa das causas, das lesões e das lesões que causam, processo que, para Canguilhem (1982), representa a patologização de uma anomalia; no caso da aparência física, significa a patologização de uma dessas diferenças que nos caracteriza em relação aos outros.

Além do aprofundamento biológico que merecem esses desvios físicos que se tornaram visíveis, para fins de diagnóstico e de tratamento, há no discurso da Cirurgia Plástica Estética uma tentativa de formulação teórica sobre normas biológicas. Medidas, distâncias, ângulos, curvaturas e saliências ideais que definam padrões de beleza ancorados em estudos anatômicos simplesmente, ou em pesquisas de opinião pública sobre aparência física, mas que também se refeririam a padrões biológicos de beleza que são aceitos por serem naturais, a-históricos, efeitos da evolução humana, isto é, que não são socialmente determinados. O enfoque no determinismo biológico permite à Medicina da Beleza discursar sobre padrões de beleza sem confrontar a sua própria prática, como se fosse mais uma técnica de restauração do normal, e não de criação de novas normas.

A utilização da melhora da auto-estima como legitimadora dessa prática médica segue a mesma lógica. Não se explica como as pessoas passam a se sentir infelizes com o próprio corpo, mas a cirurgia plástica estética restaura a auto-estima, traz de volta a pessoa à normalidade psíquica a partir de sua intervenção. Dessa maneira, a Medicina da Beleza é legitimada pelos próprios pares, porque o seu discurso se estrutura na lógica do processo saúde-doença ou da normalidade-patologia. A noção de integralidade em saúde, que envolve o bem-estar físico, psíquico e social, facilita a aceitação de uma prática que notadamente faz as pessoas se sentirem melhor logo após a sua intervenção. O que a Cirurgia Plástica Estética não demonstra, nos artigos estudados, é que há um movimento anterior à intervenção e à melhora da auto-estima, que é a piora da auto-estima, e que a sua prática, certamente, tem relação com isso, na medida em que os novos recortes corporais definem novas normas, que criam essa demanda pela cirurgia estética.

Essas observações não são importantes apenas para uma Medicina da Beleza, mas para a medicina como um todo, porque servem como demonstração da maneira como novos temas, mesmo os mais improváveis, são incorporados pela estrutura da biomedicina.

#### Referências

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS. ASPS. **What is the difference between cosmetic and reconstructive surgery?** Disponível em: <[www.plasticsurgery.org/FAQ-What-is-the-difference-between-cosmetic-and-reconstructive-surgery.cfm](http://www.plasticsurgery.org/FAQ-What-is-the-difference-between-cosmetic-and-reconstructive-surgery.cfm)>. Acesso em: 15 mai. 2005.

\_\_\_\_\_. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic and reconstructive procedure trends 2000-2003**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004a.

\_\_\_\_\_. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic surgery trends 1992, 1998, 2002, 2003**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004b.

\_\_\_\_\_. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic surgery age (18 or younger)**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004c.

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BILGILI, Y.; TELLIOGLU, A.T.; UNAB, B.; KARAEMINOGLU, G. Quantitative analysis of liposuction with B mode ultrasound. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.5, p.226-7, 2004.
- BORDO, S. **Unbearable weight: feminism, western culture and the body**. Berkeley: University of California Press, 1993.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRETON, D.L. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.
- CAMARGO JUNIOR, K.R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo SP: Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- COSTA, J.F. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- CUENCA-GUERRA, R.; QUEZADA, J. What makes buttocks beautiful? A review and classification of the determinants of gluteal beauty and the surgical techniques to achieve them. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.5, p.340-7, 2004.
- DAVIS, K. **Reshaping the female body: the dilemma of cosmetic surgery**. New York: Routledge, 1995.
- DAYAN, S.; CLARK, K.; HO, A.A. Altering first impressions after facial plastic surgery. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.5, p.301-6, 2004.
- ECO, U. (Org.). **História da beleza**. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v.1.
- ETCOFF, N. **A lei do mais belo: a ciência da beleza**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FRUSCELLA, P. Morphodynamics and surgical correction of the body's creases, folds and wrinkles. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.1, p.37-44, 2004.
- GILLESPIE, R. Women, the body and brand extension in Medicine: cosmetic surgery and the paradox of choice. **Women Health**, v.24, n.4, p.69-85, 1996.
- GILMAN, S. **Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery**. Princeton: Princeton University Press, 1999.
- GOLDWYN, R.M. Who can have aesthetic surgery? **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n. 6, p.357-8, 2004.
- GONÇALVES, I.L. **Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- JACOBSON, N. The socially constructed breast: breast implants and the medical construction of need. **Am. J. Public Health**, v.88, n.8, p.1254-61, 1988.
- LOWENBERG, J.S.; DAVIS, F. Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health. **Sociol. Health Illness**, v.16, n.5, p.579-99, 1994. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/toc/shil/16/5>>. Acesso em: 15 mar. 2005.
- LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C.

LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas**. Rio de Janeiro: Gráfica da UERJ, 1993. (Estudos em Saúde Coletiva, n.62)

MAIO, M. The minimal approach: an innovation in facial cosmetic procedures. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.5, p.295-300, 2004.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANT'ANNA, D.B. (Org.). **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SEN, C.; CEK, D.I.; REIS, M. Direct skin excision fat rand repositioning for correction of prominent nasolabial fold. **Aesthet. Plast. Surg.**, v.28, n.5, p.307-11, 2004.

STRAUCH, B.; ERHARD, H.A.; BAUM, T. Use of irradiated cartilage in rhinoplasty of the non-caucasian nose. **Aesthet. Surg. J.**, v.24, n.4, p.324-30, 2004.

SULLIVAN, D.A. **Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America**. New Jersey: Rutgers University Press, 2001.

VELASCO, M.G.; ARIZTI, P.; TOCA, R.G. Surgical correction of the "small" postpartum ptotic breast. **Aesthet. Surg. J.**, v.24, n.3, p.199-205, 2004.

WOLF, N. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres**. Trad. Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. La medicación de la belleza. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.569-84, set/dez 2007.

La supervalorización de la apariencia física acompaña el crecimiento de una medicina de la belleza. En este estudio se investiga de qué modo la Cirugía Plástica Estética aborda la apariencia física por medio del análisis de discurso de las revistas *Aesthetic Surgery Journal* y *Aesthetic Plastic Surgery* en 2003 y 2004. Se analizaron tres categorías: cómo definen su objeto de estudio, en que padrones de belleza basan la intervención y cómo explican la demanda de cirugía. La racionalidad que sustenta el discurso es la biomédica, estructurada en torno de una teoría de las enfermedades y de una construcción dual entre normal y patológico. Los padrones de belleza se construyen a partir de normas biológicas y de estudios antropométricos y no de normas sociales de belleza. La motivación para realizar intervenciones estéticas se refiere a problemas de baja autoestima naturalizada, resultante de la disconformidad del cuerpo en relación a las normas. A partir del concepto de medicación según este estudio, se concluye que hay una apropiación de variaciones o anomalías de la apariencia física por la racionalidad biomédica; lo que permitiría discursar sobre el tema en términos de salud-enfermedad, normal-patológico.

PALABRAS CLAVE: Medicalización. Cirugía plástica. Industria de la belleza. Imagen corporal.

Recebido em 03/08/06. Aprovado em 30/05/07.