

Medicalização da beleza: reflexão bioética sobre a responsabilidade médica

Liliane Cristina da Silva¹, Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça²

Resumo

A popularização da medicina tem motivado alguns médicos a pensarem no corpo como uma obra inacabada e que deve ser constantemente melhorada. Submetidos à análise da bioética da responsabilidade, tais profissionais, apoiados em verdades científicas para o estabelecimento de uma normalidade estética, tornam-se responsáveis pela patologização das variáveis estéticas, pelas normas sociais que valorizam a boa aparência física e pela autoestima e ações dos subjugados a tais normas. O presente estudo objetivou conhecer o que representa a medicalização da beleza para o médico e refletir sobre sua responsabilidade frente ao tema. Trata-se de estudo qualitativo-descritivo, com amostra de 10 médicos atuantes num hospital regional de médio porte, na cidade de Pouso Alegre (MG). Para a análise foi utilizado o discurso do sujeito coletivo. Os resultados deste estudo reforçam que a medicalização da beleza é vista como medicina exclusivamente estética e que a responsabilidade médica reafirma a ética médica como regente da relação médico-paciente frente ao tema.

Palavras-chave: Indústria da beleza. Bioética. Responsabilidade legal. Ética médica. Relações médico-paciente.

Resumen

Medicalización de la belleza: una reflexión bioética sobre la responsabilidad médica

La popularización de la medicina ha motivado a algunos médicos a pensar sobre el cuerpo como una obra inacabada y que debe ser constantemente mejorada. Sometidos al análisis de la bioética de la responsabilidad, tales profesionales, apoyados en verdades científicas para el establecimiento de una normalidad estética, se tornan responsables de la patologización de las variables estéticas, de las normas sociales que valorizan la buena apariencia física, por la autoestima y las acciones de los sometidos a tales normas. Este estudio tuvo como objetivo saber cuál es la medicalización de la belleza para el médico y reflexionar sobre su responsabilidad frente al tema. Se trata de un estudio descriptivo-cualitativo, con muestreo de 10 médicos, actuantes en un hospital regional mediano, en la ciudad de Pouso Alegre (MG). Para el análisis se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados de este estudio refuerzan que la medicalización de la belleza es vista como la medicina puramente estética y que la responsabilidad médica reafirma la ética médica como regente de la relación médico-paciente frente al tema.

Palabras-clave: Industria de la belleza. La imagen corporal. Bioética. Responsabilidad profesional. Ética médica. Las relaciones médico-paciente.

Abstract

Beauty medicalization: a bioethics reflection about medical responsibility

The popularization of medicine has motivated some doctors to think about the human body as an unfinished work that must be often improved. Some professionals, subject to the analysis of the bioethics responsibility, also supported by scientific truths for the establishment of an aesthetic normality, become responsible for the aesthetic pathological variables, for social rules that value good physical appearance, as well as for self-esteem and actions of the ones oppressed by such standards. This study aimed to know what the beauty medicalization represents to doctors and to think about their responsibility on the topic. It is about a descriptive-qualitative study, with the sample of 10 physicians working in a Medium-Sized Regional Hospital at the city of Pouso Alegre (MG). The Collective Subject Discourse was used for the analysis. The results reinforce that beauty medicalization is seen as purely aesthetic medicine and that the medical responsibility restates medical ethics as the conductor of the doctor-patient relationship regarding the issue.

Key words: Beauty industry. Bioethics. Professional responsibility. Medical ethics. Physician-patient relations.

Aprovação CEP Univás nº 1.138/09

1. Graduanda liliti.silva@bol.com.br 2. Doutora drijar@hotmail.com – Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), Pouso Alegre/MG, Brasil.

Correspondência

Liliane Cristina da Silva - Rua Prefeito José Soares de Melo, 263 Centro CEP 37975-000. Itaú de Minas/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Este trabalho discorre sobre um tema atual e o submete, de forma inédita, à análise bioética. Questiona não a cultura da beleza frente à medicina, mas como esta cultura tem sido defendida por muitos profissionais médicos. Trata-se, portanto, de reflexão sobre os valores do ser médico frente ao mercado da beleza – por isso, importante para o meio científico.

A gênese da beleza

Falar de beleza é a um só tempo tratar de algo muito real, que desperta sentimentos intensos e inspira ações que vão da contemplação reverencial e silenciosa a ousadias de ordem conceitual e material para desfrutá-la ou produzi-la¹. A imagem do belo corpo traduz o anseio atual, quer esculpido nas academias de ginástica ou remodelado e formatado em clínicas particulares e hospitais². Entretanto, a valorização da beleza tem história e esta se revela por meio de diferenças visíveis naquilo que chamamos *padrões de beleza*³. Embora as diferenças nos padrões de beleza de cada contexto social ou época sejam observáveis e possam ser variadas, a busca pela forma ideal permanece constante ao longo da história e permeia as relações da vida social.

O antropomorfismo dos deuses mitológicos já evidenciava, a seu tempo, a cultura do *belo*, expressa no corpo. Na *Ilíada*, Homero narra que no período pré-helênico a ascensão da beleza esteve associada a Afrodite. Na Grécia clássica a exaltação da beleza do corpo do herói morto em combate é relacionada não apenas à ideia de força, mas também de sedução. Por isso, na Idade Média, a beleza foi referida ao pecado original e o corpo ao feudalismo, como corpo-produtor. A associação com a beleza, porém, reaparece de maneira ingênua na Renascença por meio da representação bucólica, como em *Madona de Da Vinci*, sendo, na modernidade, domesticada pelas representações de maternidade impostas pelo casamento^{1,4-6}.

A beleza, na cultura humana, sempre esteve associada à ideia de recompensa implícita aos significados de prestígio social e político, sucesso profissional e fama, sendo caracterizada como instrumento de sedução^{3,7}. E em todas as sociedades de que se tem registro, na recompensa pela beleza cor-

poral reside a explicação para os quase incontáveis tipos de procedimentos para adquiri-la, aumentá-la e preservá-la. Pinturas, tatuagens, esscarificações, deformações (cranianas, dentárias, dos pés), cirurgias, implantes, ornamentações, cosméticos, vestimentas, exercícios, regimes alimentares, elixires, magias, rezas, evidenciam que a beleza não é anseio exclusivo da contemporaneidade, mas sim a representação das relações do indivíduo consigo próprio e com o outro ao longo dos tempos^{1,2,4,7-11}.

A atual representação de beleza surgiu de maneira sutil com a crise de superprodução de 1929, quando a reestruturação do modo de produção capitalista baseou-se na permanente manutenção de um mercado consumidor para a superabundância de mercadorias e exigiu novos padrões de comportamento, transformando o corpo-produtor em corpo-consumidor. Tal fato criou rentável especialidade de mercado. Assim, os prazeres do corpo, seu bem-estar, seu deleite narcísico, passaram a alimentar diretamente a faminta sociedade de consumo. A evolução da moda e da propaganda são provas disso. Afinal, a beleza do corpo depende da silhueta e não dos trajés^{4,9,12}.

A medicina da beleza, antes marginalizada, passa a ser reconhecida e regulamentada a partir da década de 50, quando os ideais de beleza passam a ser explicitamente determinados pelos interesses econômicos por meio da indústria da beleza do consumo¹³. No Brasil, a valorização da beleza transforma o corpo em espécie de ornamento. O corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (rugas, estrias, celulites, manchas) e sem excessos (gordura, flacidez) é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido, devendo ser exibido¹⁴.

Os cosméticos ganham cada vez mais importância na Dermatologia, firmando, mundialmente, o Brasil como terceiro maior mercado consumidor¹⁵. A obesidade surge como estigma social e induz o público a frequentar assiduamente *spas* e academias de ginástica¹⁶⁻¹⁸. As cirurgias plásticas estéticas, em número de ocorrência, deixam o país atrás somente dos Estados Unidos (EUA) e México¹⁴. Consertar uma falta de acabamento congênito, melhorar a silhueta castigada pelos excessos alimentares e pelo sedentarismo ou atenuar as marcas do tempo são desejos constantes e considerados aceitáveis na busca ou manutenção da beleza¹.

A atuação da indústria de celebridades tem sido a principal indutora aos exageros em nome da beleza. Por meio de *reality shows* como *Extreme Makeover* e *Dr. Hollywood*, que prometem transformações radicais, as mudanças no rosto e no corpo são apresentadas como algo tão simples como um corte de cabelo. Mediante essa “simplicidade” em obter o corpo perfeito, estabelecida pela indústria da beleza, a medicina da beleza tornou-se hoje uma das áreas mais lucrativas da medicina. Apoiada em tecnologias manufatureiras, os custos com procedimentos reduziram-se consideravelmente, o que, somado à busca pela beleza inatingível e juventude eterna, resultou em aumento, preocupante, de pacientes nas clínicas e consultórios. Ou estes seriam apenas consumidores? ¹⁴

A popularização da medicina da beleza, e os excessos por ela estimulados, utiliza a racionalidade médica e apoia-se na hegemonia científica para estabelecer padrões estéticos de *normalidade e patologia*. Isto tem motivado não só pacientes, mas também alguns médicos, a pensar no corpo como uma obra inacabada, que deve ser constantemente melhorada. Estimulando a beleza de consumo, apoiada em *verdades científicas*, a área da saúde incorpora, então, nova nosologia: a medicalização da beleza ¹⁴.

Responsabilidade e ética

A responsabilidade como princípio ético foi evocada, desde a Antiguidade, como sinônimo da obrigação de responder pelas próprias ações. Incorporada à moral, ressurge no final do século XX e início do XXI como essência da ética, constituindo nova maneira de pensar e agir ¹⁹. Nesta, a ética tem como característica fundamental a responsabilidade para com o *outro* que se encontra marginalizado, subjugado etc. num mundo de relacionamentos sociais que não se escolhem e cuja existência não se pode ignorar ¹⁹.

Para autores contemporâneos como Levinas, Jonas e outros, a responsabilidade se coloca no centro da ética por ser o fundamento essencial de sua estrutura. O sujeito se torna responsável ao ser capaz de se autodeterminar, ou seja, quando toma consciência ética. Ter consciência ética é, por conseguinte, reconhecer a existência do outro para além de si ¹⁹.

Sob a ética da responsabilidade, num relacionamento face a face, como entre o médico e o paciente, a face do paciente evoca no médico a responsabilidade para com o paciente. Ou seja, por meio das exigências dessa face, do olhar querendo algo que espera seja concedido, é que o ser médico toma consciência de sua identidade profissional ¹⁹.

Ainda para os mesmos autores, a consciência ética permite constatar que a responsabilidade pelo outro abrange, de forma direta ou indireta, as ações do outro ¹⁹. Por exemplo, no que tange à medicalização da beleza, os profissionais de saúde, ao apoiarem-se em verdades científicas para o estabelecimento de uma normalidade estética, tornam-se responsáveis pela patologização das variáveis estéticas, responsáveis pelas normas sociais que valorizam *a boa aparência física*. Tornam-se, assim, corresponsáveis pela autoestima e ações daqueles que se veem subjugados a tais normas ^{14,19}.

Frente à medicalização da beleza, cabe à bioética a análise dos dilemas provocados por esta nova nosologia. A ética da responsabilidade determina valores fundamentais na relação entre o ser e o outro. A bioética da responsabilidade estabelece as implicações sociais e científicas que permitem a compreensão não só dos dilemas abordados, mas também de suas implicações e consequências ²⁰.

A partir do século XIX a medicina se estruturou em torno da teoria das doenças – prevenção, diagnóstico e tratamento –, baseada em pesquisas científicas ¹⁴. No século atual, será necessária uma readequação desse discurso para que se possa construir uma medicina da beleza? Como se dará a relação entre racionalidade e beleza física, em termos de anormalidade e patologia? ²¹ Analisada pela perspectiva da bioética da responsabilidade, como o profissional de saúde irá exercer sua responsabilidade para com o seu paciente quando o assunto é a medicalização da beleza? Qual a consciência de identidade médica frente a esta questão? Cabe deixar claro que o termo medicalização representa os interesses de expansão dos lucros a partir de atos médicos, como comercialização de serviços, equipamentos e produtos. Segundo Corrêa ²², os recursos técnico-científicos, base da medicina contemporânea, empregados para a concretização do bem-estar físico do homem, têm, efetivamente, produzido

a medicalização, haja vista que a ampliação de atos e de produtos do consumo médico passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas.

Ante as questões envolvidas nesta nova nologia, cabe à bioética da responsabilidade esclarecer qual seria a compreensão do corpo humano na medicina contemporânea. Por isso, o presente estudo objetivou conhecer o que representa a medicalização da beleza para o médico e também refletir como este exerce sua responsabilidade para com o paciente quando o assunto é a medicalização da beleza.

Metodologia

Considerando a natureza deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Para Silva ²³, a pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, como também a descrição de um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população etc. Para Minayo ²⁴, a pesquisa qualitativa responde às questões particulares, considerando como sujeito de estudo pessoas pertencentes a um grupo e com uma determinada condição social, com universo de significados, valores, crenças e atitudes. O estudo de abordagem qualitativa foi do tipo descritivo.

Foi adotada como referencial metodológico a teoria das representações sociais (TRS), descrita por Moscovici em 1978 ²⁵. Esta teoria apresenta grande aderência aos objetos de estudos na área da saúde, por apreender os aspectos subjetivos que permeiam os problemas inerentes à área. Para conhecer e descrever os significados sobre as considerações do médico em relação à medicalização da beleza e avaliar sua atitude no que diz respeito à responsabilidade médica frente ao tema, sob o referencial das TRS, o discurso do sujeito coletivo (DSC) constituiu o método analítico escolhido, por permitir a aproximação com o fenômeno em estudo.

Os dados foram levantados a partir de entrevista semiestruturada, aplicada individualmente, mediante apresentação, explicação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As questões éticas envolvidas na pesquisa foram cuidadosamente explicadas pela pesquisadora aos participantes ²⁶.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 1º de março de 2010 e fevereiro de 2011. A amostra foi constituída por dez médicos. Os participantes do estudo eram dermatologistas, endocrinologistas e cirurgiões plásticos, de ambos os sexos (4 homens, 6 mulheres), atuantes no hospital público, de caráter regional, da cidade de Pouso Alegre, em Minas Gerais. Devido ao reduzido número de entrevistados, suas falas não foram identificadas na apresentação dos dados.

Cabe ressaltar que as entrevistas seriam realizadas em clínicas particulares. Porém, frente à recusa dos profissionais – 20 médicos –, a coleta de dados foi realizada no hospital público. As entrevistas investigaram as percepções apresentadas pelos médicos quanto à medicalização da beleza e seus conflitos bioéticos.

Cada entrevista foi gravada em fita, a seguir transcrita para análise. Para a análise e apresentação dos resultados utilizou-se o DSC, redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões-chave (ECH) que tiveram as mesmas ideias centrais (IC) e mesma ancoragem (AC), obedecendo-se rigorosamente a ordem das seguintes etapas:

- 1ª etapa: as respostas foram ouvidas várias vezes, e só após melhor compreensão da ideia geral e do discurso é que foram transcritas literalmente;
- 2ª etapa: leitura total das respostas de cada entrevistado, seguida da leitura separada de todas as respostas para a questão analisada;
- 3ª etapa: transcrição das respostas para a questão 1, sendo marcadas as ECH em itálico, e indicadas as IC, que representaram a descrição das ECH e não a sua interpretação. Mesmo procedimento para todas as questões;
- 4ª etapa: transcrição individual de cada ideia central com as suas respectivas ECH;
- 5ª etapa: extração do tema de cada uma das perguntas, agrupando-se a suas respectivas IC os sujeitos, representados pelo número de entrevistados, e as frequências de ideias por meio

de quadros. Finalmente, a construção dos DSC separadamente de cada ideia central, com suas respectivas ECH.

Resultados

Os resultados obtidos com a pesquisa semiestruturada foram colhidos dos relatos dos médicos, agrupados e analisados quanto à resposta dada para as perguntas “Para você, o que significa o termo *medicalização da beleza*?” e “Para você, qual a atuação do médico frente à *medicalização da beleza*?”

A primeira questão apresentou, como resultado, duas ideias centrais: Medicina exclusivamente estética (9) e Não sei (1), numa frequência total igual a 10, apresentando maior significância (90%) o discurso da ideia *Medicina exclusivamente estética*:

“Significa o exercício da medicina com o fim de obter um resultado estético apenas. Apoiando-se em padrões de beleza pregados na mídia, utilizando-se da indústria farmacêutica, através de medicações para emagrecer ou rejuvenescer, bem como o emprego de técnicas cirúrgicas, por um médico, a fim de se adequar a certo padrão estético”.

A segunda questão, que versou sobre a *atuação do médico frente à medicalização da beleza*, também apresentou duas ideias centrais: Atuação ética do médico (9) e Não sei (1), numa frequência total de ideias igual a 10.

Como resultado da principal ideia apresentada em relação à primeira questão deste estudo, o exclusivo estético, proveniente da busca utópica de adequação a padrões de beleza determinados, principalmente, pela mídia, a defesa da ética médica, nessa relação médico-paciente, apresentou o relato a seguir:

“Primeiramente, o médico tem que ser ético, pois é sua obrigação orientar, gerenciar, controlar essa disseminação exclusiva e desregrada da estética. O médico tem que se lembrar que sempre está cuidando da saúde, e que a beleza pode ser subproduto da saúde. Dentro da cirurgia plástica, dermatologia e até endócrino, a beleza é um fator importante para

o bem-estar da pessoa, no aspecto psicológico. Então, tem que entender o paciente como um todo, indicar procedimentos cirúrgicos ou medicamentosos que realmente tenham necessidade”.

Sob a ética da responsabilidade, a consciência ética da relação médico-paciente permite constatar que a responsabilidade pelo outro abrange, direta ou indiretamente, as ações do outro¹⁹. E em se falando de medicina da beleza, em tempos de medicalização, essa responsabilidade ética se materializa por meio das novas necessidades do corpo humano, em que se ter beleza é também sinônimo de saúde.

Discussão

A análise bioética desta pesquisa se justifica pelas palavras de Silva²³. Para esta autora, a bioética emerge no contexto científico como uma reflexão sobre tudo o que interfere no respeito à qualidade e dignidade da vida, além de representar o resgate da ética, da condição plena de cidadania e do respeito às diferenças. O presente estudo constatou que a maioria dos médicos entrevistados, ao estabelecer a ética médica como regente da relação médico-paciente, perante a medicalização da beleza, reforça a responsabilidade ética como a base bioética desta relação.

Após analisar o discurso científico da cirurgia plástica estética, Poli Neto¹⁴ define *medicalização da beleza* como sendo a assimilação de anomalias físicas associadas à aparência física pela racionalidade biomédica. Cabe lembrar que esta racionalidade é composta por cinco elementos fundamentais: a morfologia e anatomia humana; a fisiologia humana; o sistema de diagnósticos; o sistema de intervenção terapêutica; a doutrina médica.

Além disso, o mesmo autor fortalece este discurso ao revelar que a literatura científica, específica da cirurgia plástica estética, justifica sua aplicabilidade como perpetuadora/produzida da autoestima que, entretanto, não é definida por esta especialidade¹⁴. Diversos autores^{2,27-30} têm definido autoestima como sendo a avaliação, positiva ou negativa, que o indivíduo efetua e comumente mantém em relação a si mesmo. Ao afirmar que a autoestima diz respeito à forma como o indivíduo elege

suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro ou, ainda, como estabelece suas expectativas e projetos, Bandeira ²⁹ enfatiza que o ponto fundamental da autoestima é o aspecto valorativo, uma vez que a percepção que o indivíduo tem de seu próprio valor e a avaliação que faz de si mesmo em termos de competência constituem os pilares fundamentais da autoestima.

Assim, baseando-se na teoria *The looking-glass self*, proposta por Charles Horton Cooley no início do século XX, sustenta-se que o indivíduo e a sociedade não existem separadamente, mas sim que um é produto do outro ²⁹. Da mesma forma como o indivíduo descobre sua aparência por seu reflexo no espelho, aprende e molda sua personalidade por meio da reação dos outros. Se é rodeado e estimado por muitas pessoas, acredita-se popular. Se as pessoas riem de suas irreverências, acredita-se divertido, engraçado. Em outras palavras, a forma como o indivíduo se vê é fortemente influenciada pela maneira como os outros o veem e tratam.

Confrontando-se essas definições e teorias sobre autoestima com o conceito de beleza proposto por Duarte Jr. ³¹ pode-se afirmar que beleza é, sim, um produto da autoestima, já que para este autor beleza é um produto da relação sujeito e objeto, sendo, portanto, uma das formas de relacionamento entre o indivíduo e o mundo, justificando, assim, o binômio saúde-beleza discutido por alguns autores ^{5,9,32,33}.

A partir deste entendimento, observa-se que o conceito obtido neste estudo para *medicalização da beleza* como medicina exclusivamente estética se aproxima das palavras de Ferreira ³⁴, ao concordar que os cuidados com o corpo e a manutenção da saúde são permeados por sentidos e discursos que incorporam preocupações estéticas com a beleza, a imagem e a forma física. Nesse sentido, observa-se que o padrão de beleza atual, imposto pela indústria de mercado e amplamente divulgado pela mídia, se fortalece e legitima por meio de verdades médicas.

Neste meio de verdades, ter saúde representa não só evitar doenças, mas também evitar o envelhecimento e manter-se belo. O corpo é entendido como um rascunho ilimitadamente moldável ³⁴. As diversidades étnicas são adaptáveis aos padrões atuais de beleza.

Analisado pela bioética da responsabilidade,

o impacto socioeconômico da indústria da beleza é consagrado pela medicina estética, haja vista que a medicina não só fortaleceu a indústria da beleza, mas também se tornou um seu setor lucrativo. Apoiada na *lei da oferta e da procura* incentivou o crescimento da concorrência nesse setor, resultando não apenas na redução dos valores cobrados para procedimentos estéticos, mas também no estímulo à migração de médicos oriundos de outras especialidades para a medicina estética – o que pode ser observado na oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia e até mesmo na ginecologia ^{2,27,34}.

Evidenciada ainda pela bioética da responsabilidade, essa atitude desrespeitosa, por parte dos profissionais que se curvaram às cifras desse promissor mercado financeiro, pode ser responsável pela elevação dos casos de dismorfia (ou dismorfobia) corporal registrados nos consultórios de psicanálise, como bulimia, anorexia, obesidade ou outras doenças ligadas à imagem corporal ^{5,34}. Frente a este efeito, questiona-se o próprio juramento médico. Tais médicos consagraram-se a serviço da humanidade ou da indústria financeira? Qual a consciência e dignidade praticada por esses profissionais? Como a saúde dos pacientes é priorizada? Como a honra e a tradição médica têm sido mantidas quando se aborda a medicalização da beleza?

Os benefícios, tanto corretivos quanto estéticos, advindos da medicina a serviço da beleza são inegáveis. No entanto, a bioética da responsabilidade – estabelecida pela consciência ética – precisa questionar a forma banalizada como a medicina tem se submetido à indústria da beleza. Esta, buscando apoiar-se em verdades científicas para o estabelecimento de uma normalidade estética, torna a medicina responsável pela patologização das variáveis estéticas que fogem ao padrão dominante. Com isso, a *boa aparência física* associa autoestima a um padrão de normalidade social ditado pelo mercado, que subjuga e condiciona a aceitação social dos indivíduos.

Considerações finais

Após análise do tema mediante os pressupostos da bioética da responsabilidade, observou-se que as implicações sociais e científicas inerentes à *medica-*

lização da beleza permitiram a compreensão não só dos dilemas abordados, mas também de suas aplicações e consequências.

Foi possível constatar que a medicina estética age não apenas em seu campo específico, mas dissemina conceitos, interfere na regulação de vários aspectos da vida social, impõe seu discurso à norma e modela a vida social, fornecendo o modelo de percepção e construção de sentidos, valores, hábitos e processos cognitivos. *Naturaliza* o que é eminentemente social e determina esse seu próprio

conceito de *natureza*.

Assim sendo, a bioética da responsabilidade reafirma ser o médico responsável interino pelas atitudes e escolhas do paciente frente à medicalização da beleza, bem como responsável pelas consequências diretas e indiretas destas escolhas. Estará o médico vassalo da ordem financeira ciente desta responsabilidade? Ou ainda, estará ele preparado para o *ser médico* frente à supervalorização da beleza? Estes questionamentos são o que se espera estimular por meio da reflexão bioética acerca do tema.

Agradecemos à Fapemig-Probic/Univás pela bolsa de incentivo a pesquisa.

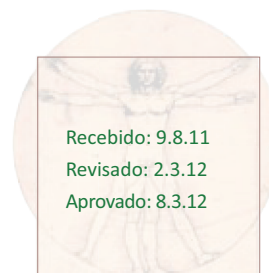
Referências

1. Teixeira SA. Produção e consumo social da beleza. Horiz Antropol. [internet]. dez 2001 [acesso 23 fev 2009];7(16):189-220. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832001000200011&lng=en&nrm=iso
2. Vilhena J, Novaes JV, Rocha L. Comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. Rev Mal-Estar Subj. [internet]. jun 2008 [acesso 25 fev 2009];8(2):379-406. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000200006&lng=es&nrm=iso
3. Oliveira NAS. Em jogo... os jogos da beleza. Rev Estud Fem. [internet]. jan 2002 [acesso 22 fev 2009];10(1):254-6. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100026&lng=en&nrm=iso
4. Coelho RFJ, Severiano MFV. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. Rev Dep Psicol UFF. [internet]. 2007 [acesso 25 fev 2009];19(1):83-99. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100007&lng=pt&nrm=iso
5. Vilhena J, Medeiros S, Novaes JV. Violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. Rev Mal-Estar Subj. [internet]. mar 2005 [acesso 25 fev 2009];5(1):109-44. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000100006&lng=pt&nrm=iso
6. D'Agostino MHS. A arquitetura, o corpo e o espelho sobre a beleza e o tempo na arte do renascimento e em nossos dias. Tempo Soc. [internet]. abr 2003 [acesso 22 fev 2009];15(1):113-37. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000100007&lng=en&nrm=iso
7. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Rev Nutr. [internet]. nov-dez 2006 [acesso 22 fev 2009];19(6):693-704. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000600006&lng=en&nrm=iso
8. Goetz ER, Camargo BV, Bertoldo RB, Justo AM. Representação social do corpo na mídia impressa. Psicol Soc. [internet]. mai-ago 2008 [acesso 22 fev 2009];20(2):226-36. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200010&lng=en&nrm=iso
9. Boris GDJB, Cesídio MH. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. Rev Mal-Estar Subj. [internet]. set 2007 [acesso 25 fev 2009];7(2):451-78. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso
10. Campagna VN, Souza ASL. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. Bol Psicol. [internet]. jun 2006 [acesso 25 fev 2009];55(124):9-35. Disponível: http://pepsic.bvspsic.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100003&lng=pt&nrm=iso
11. Alcantara MLB. O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza. Rev Antropol. [internet]. 2001 [acesso 22 fev 2009];44(2):231-4. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012001000200011&lng=en&nrm=iso
12. Simioni APC. Mulheres e moda em São Paulo: das vitrines iluminadas às sombrias salas de costura. Cad Pagu. [internet]. jul-dez 2008 [acesso 23 fev 2009];(31):565-72. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332008000200025&lng=en&nrm=iso

13. Poli Neto P, Caponi SNC. A medicalização da beleza. *Interface*. [internet]. set-dez 2007 [acesso 22 fev 2009];11(23):569-84. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300012&lng=en&nrm=iso
14. Goldenberg M. Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicol Clin*. [internet]. 2005 [acesso 22 fev 2009];17(2):65-80. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200006&lng=en&nrm=iso
15. Nascimento LV. A beleza é superficial. *An Bras Dermatol*. [internet]. fev 2003 [acesso 25 fev 2009];78(1):119-20. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000100012&lng=en&nrm=iso
16. Sautchuk CE. A medida da gordura: o interno e o íntimo na academia de ginástica. *Mana*. [internet]. abr 2007 [acesso 22 fev 2009];13(1):153-79. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132007000100007&lng=en&nrm=iso
17. Carvalho MC, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. [internet]. 2004 out-dez [acesso 25 fev 2009];9(4):1003-12. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400021&lng=pt&nrm=iso
18. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol Reflex Crit*. [internet]. 2002 [acesso 22 fev 2009];15(2):283-92 Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000200006&lng=en&nrm=iso
19. Hutchens BC. Liberdade e responsabilidade. In: Hutchens BC. *Compreender Levinas*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 29-57.
20. Vieira TR. O que é bioética? In: *Bioética e direito*. São Paulo: Jurídica Brasileira; 1999. p. 15-21.
21. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
22. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj; 2001. O processo de medicalização; p. 24-33.
23. Silva LC, Mendonça ARA. Neonatologia e terminalidade da vida: as implicações bioéticas da relação equipe de saúde-paciente-família. *Rev bioét. (Impr.)* 2010;18(3):677-90.
24. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
25. Moscovici S. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
26. Alves E. Termo de consentimento livre e esclarecido. *Ética Rev*. 2005;3(2):26-7.
27. Leal VCLV, Catrib AMF, Amorim RF, Montagner MA. O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Coletiva*. [internet]. jan 2010 [acesso 27 mar 2011];15(1):77-86. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100013&lng=en&nrm=iso
28. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K et al. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. [internet]. set 2010 [acesso 13 abr 2011];26(9):1832-8. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900016&lng=en&nrm=iso
29. Bandeira CM, Hutz CS. As implicações do bullying na autoestima de adolescentes. *Psicol Esc Educ*. [internet]. jan-jun 2010 [acesso 13 abr 2011];14(1):131-8. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572010000100014&lng=en&nrm=iso
30. Franco AF. O mito da autoestima na aprendizagem escolar. *Psicol Esc Educ*. [internet]. jul-dez 2009 [acesso 13 abr 2011];13(2):325-32. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572009000200015&lng=en&nrm=iso
31. Duarte Jr. JF. *O que é beleza*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1998.
32. Teo CRPA. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. *Saúde Soc*. [internet]. jun 2010 [acesso 19 abr 2011];19(2):333-46. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200010&lng=en&nrm=iso
33. Valença CN, Nascimento Filho JM, Germano RM. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde Soc*. [internet]. jun 2010 [acesso 19 abr 2011];19(2):273-85. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005&lng=en&nrm=iso
34. Ferreira FR. Algumas considerações acerca da medicina estética. *Ciênc Saúde Coletiva*. [internet]. jan 2010 [acesso 19 abr 2011];15(1):67-76. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100012&lng=pt&nrm=iso

Participação dos autores no artigo

- Liliane Cristina foi a pesquisadora e autora principal e Adriana Mendonça foi orientadora e coautora do trabalho.



Recebido: 9.8.11

Revisado: 2.3.12

Aprovado: 8.3.12