

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Marcelle Schmitt

**DA SUPERFÍCIE À CARNE:
AS FRONTEIRAS ENTRE ESTÉTICO E REPARADOR NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO NO CAMPO DA CIRURGIA PLÁSTICA**

Porto Alegre

2017

Marcelle Schimitt

**DA SUPERFÍCIE À CARNE:
AS FRONTEIRAS ENTRE ESTÉTICO E REPARADOR NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO NO CAMPO DA CIRURGIA PLÁSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de mestra em Antropologia Social

Orientadora: Fabiola Rohden

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Schimitt, Marcelle

Da superfície à carne: As fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica / Marcelle Schimitt. -- 2017.
178 f.

Orientadora: Fabíola Rohden.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cirurgias Plásticas. 2. Estética. 3. Reparação. 4. Formação Médica. 5. Limites. I. Rohden, Fabíola, orient. II. Título.

Marcelle Schimitt

**DA SUPERFÍCIE À CARNE:
AS FRONTEIRAS ENTRE ESTÉTICO E REPARADOR NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO NO CAMPO DA CIRURGIA PLÁSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de mestra em Antropologia Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiola Rohden

Aprovada em 31 de março 2017.

Prof.^a Dr.^a Fabiola Rohden (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Ceres Victora
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a. Paula Sandrine Machado
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Silvia Naidin
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (UERJ)

Essa jornada começou exatamente na semana que nos despedimos. Ao longo de toda ela, foste minha maior e mais bela inspiração, vó.

Em memória de Leonéia da Rocha Schimitt

AGRADECIMENTOS

Às(aos) residentes, cirurgiãs(ões) e graduandas de medicina que se dispuseram a conversar e conceder entrevistas em razão deste trabalho. Agradeço pela disposição e entusiasmo com que colaboraram com esta pesquisa.

À CAPES pela bolsa concedida durante o período do mestrado.

Às(aos) professoras(es) do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela acolhida que possibilitou essa caminhada de aprendizagens.

Às professoras Ceres Victora, Paula Machado e Silvia Naidin por aceitarem o convite para participar da banca e ao professor Carlos Steil por presidi-la.

À Caroline e à Tamires que de maneira tão atenciosa me auxiliaram em questões práticas e institucionais do PPGAS.

À minha orientadora, Fabíola Rohden, pelos ensinamentos e especialmente pela compreensão e incentivo no acompanhamento dessa dissertação.

Às amigas e amigos queridos Walter, Ananda, Roberta, Vitória, Ju e Ricardo. Sou grata por tê-las(os) tão próximos nesse período intenso e desafiador do mestrado. Em especial a este último, pelas sábias sugestões em relação a escrita deste trabalho.

Aos meus pequenos grandes amores Davi e Aninha. Obrigada pelas risadas, brincadeiras e carinho. Os momentos com vocês sempre me lembram de quem eu desejo todo dia me tornar.

Mãe, pelos cafés, pelo companheirismo nas tardes de escrita, por dividir comigo os incômodos e alegrias desse trabalho por vezes tão solitário. Sou grata pela crença desmedida em mim e naquilo que escolhi me empenhar.

Ao meu pai, pelo apoio, incentivo e, em conjunto com a mãe, proporcionar condições emocionais, financeiras e práticas para que eu pudesse dedicar meu tempo e esforços na conclusão do mestrado.

Àquele que ouviu, de maneira tão doce e paciente, todas as ansiedades e incertezas que se aproximaram ao longo da construção desta dissertação. Esse caminho foi mais belo e leve ao teu lado, Arthur. Obrigada pela sensibilidade, dedicação e amor.

Por fim, à Jéssica, parceira dessa e de todas as outras empreitadas nas quais acabei por adentrar. Obrigada pelas leituras minuciosas das palavras aqui escritas e por todo cuidado e carinho que tens comigo e com aquilo que me dedico.

RESUMO

A partir de uma abordagem do fenômeno das cirurgias plásticas enquanto algo que se conforma na *prática*, esta dissertação versa sobre os limites entre o reparador e o estético relativos a esses procedimentos. Tendo como espinha dorsal a formação das(os) médicas(os) e a constituição dessa especialidade da medicina, tais fronteiras serão abordadas a partir do entendimento de que não apenas auxiliam na conformação das cirurgias plásticas, mas são também constituídas em relação a essas últimas. Através da participação em eventos promovidos por Ligas de Cirurgia Plástica e entrevistas realizadas com graduandas, residentes, cirurgiões e cirurgiões plásticos, este trabalho tem como objetivo construir uma narrativa, entre tantas outras possíveis, acerca dos modos como os limites entre o estético e o reparador têm se instituído discursivo-materialmente. Antes, contudo, parte-se de uma abordagem histórica a fim de uma compreensão mais situada a respeito de como essa especialidade tem se conformado ao longo do tempo. Por meio de diferentes investimentos esta dissertação trata, em síntese, sobre como esses procedimentos assumem diferentes realidades. Assim, contingências históricas, sociais, econômicas, políticas e materiais, entre inúmeras outras, são compreendidas de maneira indissociável como atuantes na conformação das cirurgias plásticas e dos limites concernentes a elas. Por fim, sugere-se que um entendimento dessas realidades enquanto múltiplas nos auxilia na construção de uma apreensão do conhecimento médico como algo que não está dado, mas como práticas histórico-materialmente situadas. Ainda, a partir da discussão central proposta por este trabalho são estabelecidos pontos de confluência entre as cirurgias plásticas e as fronteiras relativas ao corpo e aos binômios natureza/cultura, saúde/doença, forma/função, entre outros.

Palavras-chave: **Cirurgias plásticas; Estética; Reparação; Limites; Formação médica.**

ABSTRACT

This dissertation addresses the limits between the cosmetic and the reconstructive surgeries from an approach of the plastic surgery phenomenon as something that conforms in practice. Having as a backbone the formation of the doctors and the constitution of this specialty of medicine, such boundaries will be approached from the understanding that they not only aid in the conformation of plastic surgeries but also are constituted of this last one. Through the participation in events promoted by Plastic Surgery Leagues and interviews with undergraduates, residents and plastic surgeons, this study aims to construct a narrative, among many others possible, about the ways in which the boundaries between the cosmetic and the reconstructive surgeries have been instituted discursive-materially. First, however, it starts with a historical approach in order to understand more about how this specialty has conformed over time. Through different investments, this dissertation deals, in short, with about how these procedures take on different realities. Thus, historical, social, economic, political, and material contingencies, among countless others, are understood as acting in the conformation of plastic surgeries and the limits concerning them. Finally, it suggests that an understanding of these realities as multiple helps us in constructing an apprehension of the medical knowledge as something that is not given but as historical-materially situated practices. Still, from the proposed discussion by this study, points of convergence between plastic surgeries and boundaries related to the body and to the binomials nature/culture, health/illness, form/function, among others, are established.

Keywords: Plastic surgeries; Cosmetic surgery; Reconstructive surgery; Boundaries; Medical training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Cirurgiãs e cirurgiões plásticos, residentes e graduandas entrevistadas(os) e suas respectivas principais ocupações e locais de atuação	39
Tabela 2	Eventos Promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica das Universidades A e B	40
Gráfico 1	Procedimentos estéticos cirúrgicos realizados nos anos de 2010, 2011, 2013, 2014 e 2015 no Brasil e Estados Unidos da América (EUA)	70
Gráfico 2	Cinco países que mais realizaram procedimentos estéticos cirúrgicos no ano de 2014	71
Gráfico 3	Cinco países que mais realizaram procedimentos estéticos cirúrgicos no ano de 2015	72
Gráfico 4	Números de cirurgiões plásticos por país referente ao ano de 2015	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABLAM - Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina
AMB - Associação Médica Brasileira
AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul
ASPRS - American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons
AAPS - American Association of Plastic Surgeons
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
COREME - Comissão de Residência Médica
IMC – Índice de Massa Corpórea
INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
ISAPS - International Society of Aesthetic Plastic Surgery
OMS – Organização Mundial da Saúde
SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SBCPER - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora
SUS - Sistema Único de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	APRESENTAÇÃO	10
1.2	BREVE APANHADO SOBRE A DISCUSSÃO ESTÉTICA/REPARADORA	13
1.3	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	24
1.3.1	Sobre Complexidades	24
1.3.2	Limites, Fronteiras e Diferenças	27
1.3.3	Repensando o Método: práticas discursivo-materiais	31
1.4	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	35
2	INTERVINDO NO CORPO: a cirurgia geral e a cirurgia plástica enquanto especialidades médicas	43
2.1	ARTESÃOS, BARBEIROS E CIRURGIÕES	44
2.2	OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E A CONSOLIDAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA	47
2.3	CIRURGIA PLÁSTICA À BRASILEIRA	61
3	A FORMAÇÃO MÉDICA	77
	PARTE I	
3.1	AS LIGAS	79
3.2	AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS EM CIRURGIA PLÁSTICA	86
3.3	SOBRE A ESCOLHA DA PROFISSÃO	90
3.3.1	Influências Familiares e Afetivas	94
3.3.2	Qualidade de Vida e Resolutividade	97
3.3.3	Importância dos Mestres	100
3.3.4	Fazer Artesão	104
	PARTE II	
3.4	ESTÉTICA E REPARAÇÃO A PARTIR DOS EVENTOS PROMOVIDOS PELAS LIGAS	107
3.4.1	Iniciando: enxertos e retalhos	108
3.4.2	Psicologia e Cirurgia Plástica: uma relação insistente	112
3.4.3	Queimados e Reconstrução Mamária: o extremo da reparação	115
3.4.4	Beleza e Harmonia na Cirurgia Plástica	119
3.4.5	Otoplastias	121
3.4.6	As Cirurgias Estéticas das Mamas	124
3.4.7	“Cirurgião plástico é médico”	126
4	ESTÉTICA E REPARAÇÃO A PARTIR DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM MÉDICAS E MÉDICOS	130
4.1	SAÚDE ENQUANTO BEM-ESTAR FÍSICO, SOCIAL E MENTAL	132
4.2	QUESTÕES ECONÔMICAS E MERCADOLÓGICAS RELATIVAS À CONFORMAÇÃO DO ESTÉTICO/REPARADOR	149
4.3	HISTORIZANDO AS DIFERENÇAS	154
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
5.1	REVISITANDO OS CAPÍTULOS	161
5.2	ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	167
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Para além dos muitos assuntos que este trabalho poderia abarcar, optei por me perder entre o emaranhado de linhas que, de maneira mais ou menos consciente e deliberada, me levam a pensar não só as cirurgias plásticas enquanto algo que se conforma na *prática*, mas também a sua divisão maior e notadamente mais controversa, ou seja, o estético e o reparador. Ao elencar este como foco central da dissertação, escolho também me desfazer de outras possíveis rotas igualmente interessantes e que certamente nos guiariam a análises tão ou mais prolíficas. Compreendo, entretanto, que uma discussão que se construa a partir de questionamentos mais gerais, como dos limites entre estética e reparação, pode se caracterizar como um movimento intrigante no sentido que nos leva a desenvolver reflexões que abarcam todo um percurso que vai desde uma conceituação, entendida em geral como meramente abstrata, até a *prática*, onde os procedimentos e essas categorias estão sendo performados. Ou, ainda, atentar para a impossibilidade de uma pré-existência de ambas – categorias (nível discursivo) e práticas (nível material) exteriormente a um fenômeno em específico. Esta última via, como veremos, é o que guiará boa parte desta narrativa. Ademais, pensar sobre as fronteiras entre a reparação e a estética nos conduz a levar em consideração noções de corpo, saúde, beleza, normalidade, doença, bem-estar, autoestima, gênero, entre tantas outras que não se farão visíveis diretamente neste trabalho, mas que certamente auxiliam na conformação e desestabilização destes limites.

Ao me deparar com uma miríade de possibilidades, reforço que este trabalho se trata, basicamente, de uma série de renúncias. Na tentativa de criar certa coerência entre o que apresento, abdiquei de dados, de possíveis argumentações e considerações que, em algum instante, entendi que não cabiam na formulação pretendida. Pensar fronteiras e limites também é trazer à tona todas as instabilidades tanto do campo quanto das incertezas e meandros do processo de escrita que, por se pretender mais situado e menos preocupado na tarefa de se colocar como acabado, finalizado; também se mostra como mais caótico e muitas

vezes menos plausível. Enfim, a constante busca pela temperança entre trazer à discussão uma realidade possível de maneira inteligível para quem a lê e comprometer-se com as simplificações construídas para dar cabo a tal empreitada fazem parte da tarefa pretendida. Neste exercício, me auxiliam algumas autoras e autor - Donna Haraway, Karen Barad, Annemarie Mol e John Law -, sobre os quais tratarei ainda nessa introdução. Mas, antes de nos ocuparmos a partir de quais bases teórico-metodológicas essa pesquisa se constrói, detenho-me a brevemente introduzir um pequeníssimo relato de meu percurso acadêmico, de modo a melhor situar a leitora e o leitor a respeito dos objetivos e aspirações deste estudo.

Ao finalizar o curso de graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentei o trabalho de conclusão de curso intitulado “Sinus Pudoris: Conformação de um padrão estético de genitália feminina através de cirurgias plásticas¹”. Ou seja, os procedimentos cirúrgicos de adequação e melhoramento corporal já eram uma questão para mim. Ao longo da graduação, já vinha estudando, sob a orientação da professora Fabíola Rohden, discursos científicos sobre cérebro e hormônios, bem como estes enquanto aprimoramentos e transformações corporais e produções de gênero². Enfim, os limites entre o corpo e seu “externo”, entre natureza e cultura, gênero e sexo já se colocavam como indagações presentes há algum tempo. As cirurgias plásticas, nesse sentido, pareceram-me um caminho interessante e que me possibilitava pensar tais questões a partir de um tema diferente daquele que até então estudava, mas nem por isso menos afim.

¹ Link para acesso do trabalho completo:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107917/000946722.pdf?sequence=1> > acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

² Projetos de autoria da Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden dos quais fiz parte como bolsista de iniciação científica durante o período de graduação: 1) Popularização do conhecimento científico relativo a diferenças de gênero e sexualidade: novas descobertas face a antigas prescrições (entre o período de 08/2014 à 07/2015); 2) Gênero, sexualidade, cérebro e hormônios a partir dos discursos científicos de grande circulação: uma análise dos usos da ciência, comunicação e interfaces heterogêneas (entre o período de 08/2013 à 07/2014); 3) Gênero, sexualidade e envelhecimento na promoção de novos diagnósticos médicos (01/2013 à 07/2013).

Estes procedimentos, certamente e de maneira extremamente intrigante, podem ser pensados a partir de suas continuidades com outros aprimoramentos corporais³ como os hormônios e outras substâncias, procedimentos dermatológicos diversos e exercícios físicos. Mas há certas especificidades que se colocam na prática das cirurgias plásticas que devem ser levadas em consideração, e este trabalho também se propõe a tratar sobre isso. Isto é, a visibilidade dessa quebra de fronteiras entre o corpo e o mundo, a intervenção que se dá “da superfície à carne”, que é por si só a destituição e restituição, através de cortes e suturas, dessa barreira que compreendemos encapsular o corpo, é uma das relações que parecem diferenciar tais procedimentos das demais estratégias de aprimoramento e conformação corporal.

Na tentativa de apurar antigas análises pessoais sobre as cirurgias plásticas, este trabalho intenta mover-se em uma direção distinta daquele que apresentei na conclusão da graduação. Possivelmente mais vacilante e vago, este estudo tem a pretensão de construir relações bastante contingentes e localizadas a partir de conversas e entrevistas formais realizadas com cirurgiãs e cirurgiões plásticos, médicas e médicos residentes e graduandas do curso de medicina, e da minha participação em eventos das Ligas⁴ de Cirurgia Plástica da Universidade A e da Universidade B⁵. Entre os meses de março e novembro do ano de 2016, tive contato com todo um universo de conhecimentos que, para mim, antes habitavam o desconhecido relativo à medicina cirúrgica. Noções básicas de enxertos e retalhos, tipos de pontos e incisões, técnicas cirúrgicas, procedimentos e protocolos de segurança, dispositivos de preenchimento, instrumentos cirúrgicos, próteses e seus diferentes materiais, tecnologias de pele artificial para tratamento de queimados.

³ Autoras e autor que tratam sobre aproximações entre cirurgias plásticas e demais aprimoramentos corporais no contexto brasileiro: Edmonds (2002, 2010); Edmonds e Sanabria (2016); Fabiola Rohden (2017); Sílvia Naidin (2016).

⁴ As Ligas acadêmicas caracterizam-se por serem entidades compostas essencialmente por estudantes e têm por objetivo comum tratar de temas de uma dada especialidade da medicina. Desse modo, as Ligas estão embasadas nos arcabouços acadêmicos de Ensino, Pesquisa e Extensão. Ao decorrer deste trabalho tratarei de maneira um pouco mais aprofundada a respeito destas instituições.

⁵ Os nomes das universidades e de todas(os) as(os) profissionais e estudantes entrevistadas(os) foram modificados a fim de preservar a identificação destes últimos. Apesar de terem autorizado a divulgação de seus nomes e de informações mais detalhadas acerca de suas atuações nas universidades e hospitais, entendo ser mais pertinente assegurar o sigilo destes dados. Esta escolha se deve, em boa medida, ao fato de que ao longo das entrevistas e eventos houve alusão ao nome de instituições e pessoas as quais não faziam parte do rol de interlocutores dos quais obtive autorização.

Enfim, um montante de saberes técnicos que, mesmo não se fazendo explícitos ao decorrer dessa narrativa, me auxiliaram na construção de um entendimento mais amplo acerca dessa área da medicina.

Sem mais delongas, expresso que este trabalho tem como interesses principais traçar aproximações acerca: 1) da conformação da cirurgia plástica enquanto especialidade médica e da natureza dos primeiros procedimentos registrados; 2) da formação das futuras(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os)⁶, dos saberes ensinados/compartilhados, partindo dos princípios básicos da especialidade e das temáticas que são mais comumente abordadas; 3) do modo como os médicos têm compreendido/praticado as fronteiras entre estético e reparador. Enfim, o objetivo mais geral desse trabalho é estabelecer pontos de confluência entre os três tópicos precedentes de maneira a tratar sobre a pertinência desta temática para uma discussão mais geral acerca do corpo, seus limites e fronteiras.

A seguir, apresento alguns autores e autoras que tratam sobre o tema das cirurgias plásticas e de que modo podem contribuir para a presente dissertação. Apesar dessas referências não abordarem de maneira central uma discussão sobre o estético/reparador, de alguma forma elas o tangenciam. Isto é, mesmo não tendo como linha norteadora este tópico, as obras tratadas em seguida abarcam em alguma medida pontos que nos auxiliam na construção de um entendimento mais abrangente sobre o que tem sido discutido acerca do assunto.

1.2 BREVE APANHADO SOBRE A DISCUSSÃO ESTÉTICA/REPARADORA

A fim de apresentar o que entendo ser um possível ponto de partida para as questões abordadas neste estudo, tratarei nesta seção sobre algumas das bibliografias que abarcam a discussão entre o caráter estético e reparador das cirurgias plásticas. Certamente a intenção não é esgotar a gama de trabalhos que se ocupam do tema, de modo que retrato apenas cinco autoras(es): Antonio (2008; 2012), Davis (1995), Edmonds (2002; 2010), Gilman (2001) e Naidin (2013). Apesar

⁶ Ao decorrer de toda a dissertação, opto por me referir primeiramente ao feminino quando os termos aludem ao masculino/feminino, mesmo que esteja tratando de um conjunto de pessoas em que a maioria é homens. Farei menção somente ao masculino quando a autora ou autor que faço referência assim o fizer.

de todas(os) estas(es) versarem sobre questões altamente pertinentes no que tange a temática, destaco a abordagem de Sander L. Gilman⁷. Independentemente do autor não abordar de maneira central a discussão estética/reparadora em sua obra, tanto a noção de *passing* quanto outros pontos referidos por ele são de fundamental importância para um melhor entendimento das demais bibliografias acerca do assunto. Antes de nos debruçarmos sobre estas referências, apresento uma breve definição que abarca, em parte, aquilo que é preconizado no campo da medicina a respeito do binômio estético/reparador.

No que tange às cirurgias plásticas, há inicialmente o que diz respeito à funcionalidade, ou seja, aquilo que, de acordo com médicas e médicos entrevistados em razão deste trabalho, deveria ser preconizado ao se planejar um procedimento cirúrgico. Mas aquilo que é referente à função, advertem, também está relacionado, na grande maioria das vezes, a aspectos considerados como estéticos. Desse modo, é possível entender que há uma separação entre aquilo que abarca o estético e funcional, mas, ao mesmo tempo, existem atravessamentos entre eles. No trecho abaixo podemos observar a tentativa de uma explicação didática e bastante sintética a respeito das diferenças entre cirurgias estéticas e reparadoras - aquelas que tratariam da função - proposta por Lybio Martire Júnior⁸, cirurgião plástico paulista e professor de História da Medicina e Humanismo:

A cirurgia plástica divide-se em cirurgia plástica estética e cirurgia plástica reparadora, mas, em grande parte das vezes, a cirurgia é estético-reparadora. [...] o que é cirurgia estética? É a cirurgia que corrige os defeitos que não comprometem a função do organismo (do todo ou de uma parte dele) ou sua integridade. O que é cirurgia reparadora ou reconstrutora? É aquela que corrige defeitos que comprometem a função ou a integridade do organismo. Uma cicatriz feia, por exemplo, é um defeito estético e a cirurgia para sua correção é estética, mas se a cicatriz estiver impedindo ou dificultando o movimento de um braço, por exemplo, passa a ser um defeito pertencente à cirurgia reparadora. (MARTIRE JÚNIOR, 2005, p. 15)

⁷ Historiador norte-americano que se dedica, entre outras coisas, ao estudo da história da medicina e que propôs a noção de *passing*, amplamente empregada nas discussões acerca das cirurgias plásticas e que será abordada oportunamente neste trabalho.

⁸ Lybio Martire Junior além de médico cirurgião plástico de São Paulo é professor nas disciplinas de Cirurgia Plástica, Técnica Cirúrgica e de História da Medicina na Faculdade de Medicina de Itajubá (MG) e ex-presidente da Sociedade Brasileira de História da Medicina, em duas gestões.

Dito isto, parto para apresentação de alguns autores e autoras das áreas das ciências sociais e história que discorrem sobre a questão estética/reparadora de modo a aproximar a leitora ou o leitor da discussão que tem se conformado acerca do tema.

Em sua dissertação de mestrado intitulada “Corpo e Estética: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica (2008)”, Andrea Tochio Antonio⁹ se propõe analisar o que chama de “*construção contemporânea dos padrões de beleza femininos*” a partir da referência do que seria um “ideal de supervalorização do corpo” através das cirurgias plásticas estéticas. A pesquisa de campo que deu origem a tal trabalho foi realizada no setor de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a fim de observar consultas médicas pré e pós-operatórias. Além disso, a autora também acompanhou cirurgias e reuniões mensais de discussão de casos entre residentes e médicos responsáveis com o intuito de estabelecer um contato mais próximo ao cotidiano de um hospital público cujos serviços são voltados para o atendimento de camadas populares. Assim, sua intenção mais geral foi refletir sobre “*concepções e significados do uso do corpo por parte de mulheres de classes populares, privilegiando as dimensões de classe social, faixa etária e gênero*” (ANTONIO, 2008). O estudo - que deu origem ao livro “O Psicólogo com o Bisturi na Mão: Um estudo Antropológico da Cirurgia Plástica”- em boa medida contempla a discussão que é central no presente trabalho. Ou seja, a dicotomia entre cirurgias plásticas estéticas e reparadoras. Para Antonio (2012)¹⁰, tal oposição relaciona-se a valores morais e à atuação de cirurgiões plásticos. O que propõe, resumidamente, é que há entre médicos uma evidente tentativa de dissolver o contraste entre o caráter estético e reparador das cirurgias plásticas, mas, por outro lado, essa oposição seria

⁹ Antropóloga pela Universidade Estadual de Campinas

¹⁰ Neste tópico faço referência tanto à dissertação de Antonio intitulada “Corpo e Estética: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica” do ano de 2008, quanto ao livro que se originou a partir dela: “O Psicólogo com o Bisturi na Mão: Um estudo Antropológico da Cirurgia Plástica”. No entanto, as passagens que se referem a páginas específicas da obra da autora são relativas a este último.

enfatuada a partir de seu potencial retórico no sentido de acolher ou reprovar determinados procedimentos e mesmo instituir “*direitos de pobres e direitos de ricos*” (ANTONIO, 2012, p.114). Ainda conforme a autora (2012, p.134), “(...) *na oposição entre ‘estética’ e ‘reparadora’ estão envolvidos valores morais que definem o que é um dano que merece ser corrigido e quais são os indivíduos que merecem ter esses danos corrigidos*”. Assim, nestes termos, os procedimentos entendidos como reparadores seriam compreendidos como mais necessários e urgentes. Antonio (2012) ainda sugere que o que está em questão são as convenções sociais - mobilizadas por cirurgiões e pacientes - que dizem respeito ao corpo e propõe que a maleabilidade das fronteiras entre o que se considera estético ou reparador está relacionada a uma disputa retórica já que, naquele contexto, “*toda cirurgia estética é reparadora e toda cirurgia reparadora é estética*” (ANTONIO, 2012, p. 142).

De fato, alguns dos pontos apresentados por Antonio (2012) abarcam questões que pude também observar nas conversas com residentes, cirurgiãs(ões) plásticas(os) e ligantes¹¹. Contudo, diferentemente do que é promovido por esta autora, entendo ser mais prolífico estabelecermos uma discussão que parta do entendimento desses limites como algo que se compõe/materializa na prática. As fronteiras entre o reparador e estético, assim como abordado por Antonio (2012) dependem de “convenções sociais”, mas não só. A marcação desses limites também materializa corpos de maneiras múltiplas, e isso se estende para muito além dos significados que damos a eles, da forma como os hierarquizamos. As delimitações, nesse sentido, criam e performam realidades, para além de serem criadas e materializadas por contingências sociais, históricas e políticas. Elas emergem da diferença e produzem também esta última; são efeitos de interferências específicas, situadas e nem sempre estáveis¹².

A metáfora do “psicólogo com o bisturi na mão” utilizada por Antonio (2012) no título de seu trabalho é interessante no sentido em que abarca os discursos de pacientes que, ao explicar as repercussões desses procedimentos em suas vidas relatam mudanças substantivas no que diz respeito a aspectos subjetivos e

¹¹ Ligantes são as(os) integrantes das Ligas que não estão à frente da diretoria. Estes têm prioridade na inscrição de eventos e aulas que, em decorrência da falta de espaço físico, muitas vezes têm o número de participantes limitado.

¹² Tais proposições embasam-se em uma gama de perspectivas provenientes de diversas autoras e autores - Barad (2003; 2012); Ferreira (2005); Haraway (1992; 1995; 2000a; 2000b; 2004) Law (2004) Mol e Law (2002); Mol (2002; 2007) - que serão abordados no tópico a seguir.

psicológicos. Não obstante, a autora acaba por não se ater ao que escapa a essa abordagem. Assim, compreendo que devemos, no enredo dessa dissertação, nos mover para além de uma explicação calcada no que comumente interpretaríamos como aspectos psicológicos e sociais. Estes, se empenhados de maneira unificada e individual, acabam por promover uma interpelação relativa ao reparador/estético que não produz uma explicação suficientemente tensionada e que, de modo exíguo, repousa somente sob a retórica e seus efeitos “subjetivos”. A seguir, um pequeno trecho que denota a abordagem da autora no que tange a esse tópico:

O que está em jogo aqui são as convenções sociais a respeito do corpo que estão sendo acionadas pelos pacientes e pelos cirurgiões plásticos [...]. Na cirurgia plástica, tanto cirurgiões plásticos quanto pacientes creem na plasticidade do corpo baseado no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, que inúmeras vezes foi ressaltado pelos residentes quando questionava a respeito da diferença entre as cirurgias estéticas e reparadoras a de que ‘a saúde é o bem-estar tanto físico quanto psicológico do paciente’. Conceito esse que consiste em uma máxima do pensamento médico em geral que legitima a ‘ideologia médica da reparação’ presente nas cirurgias plásticas sejam reparadoras no sentido de reparar a saúde física e psicológica do paciente, conforme fica claro na fala de um dos residentes (...). Em suma, se por um lado, há uma tentativa clara de dissolver a oposição estética/reparadora, essa oposição é uma arma retórica com diferentes finalidades: negar ou aceitar uma demanda de atendimento médico, opor serviços públicos aos privados, definir direitos de pobres e de ricos. (ANTONIO, 2012, p. 142-143)

Entendo que a intenção de Antonio (2012) não era de fato construir uma análise sobre a materialização/efeitos dos possíveis limites e fronteiras entre cirurgias plásticas e reparadoras. Entretanto, compreendo que, ao abordar tal temática, uma aproximação nesse sentido pode ser interessante visto que nos sugere novas formas possíveis de pensar essas intervenções.

Kathy Davis¹³, em “Reshaping the Female Body” (1995), reflete sobre as experiências que levam mulheres a alterar suas aparências por meio de procedimentos cirúrgicos. Na cirurgia estética, conforme explica Davis (2005), diferentemente de outras especialidades, é o paciente que “recomenda” a operação.

¹³ Pesquisadora do Departamento de Sociologia da VU University de Amsterdã.

Nesse sentido, aponta para a relutância médica em admitir que, nesses casos, seus diagnósticos são embasados em algo além de critérios objetivos. Assim, o pano de fundo da análise de Davis (1995) repousa sobre dois principais pontos: 1) a cirurgia plástica enquanto prática médica que contém suas próprias justificativas; 2) o entendimento da cirurgia plástica como algo que ultrapassa uma estrutura misógina e que pode ser também interpretada a partir da agência das próprias mulheres. Desse modo, sua análise se situa entre o que ela chama de crítica feminista acerca das cirurgias plásticas e um desejo feminista de tratar as mulheres enquanto agentes que negociam seus corpos e suas vidas a partir de constrangimentos sociais e culturais relativos a gênero. Ainda, para a autora (1995), a cirurgia estética caracteriza-se por uma intervenção médica operada em “corpos saudáveis”. Em vista disso, um discurso de necessidade de aprimoramentos que parte de um modelo de bem-estar é o que, em boa medida, ocasionaria o fenômeno moderno das cirurgias plásticas estéticas. É necessário ressaltar que o contexto em que é realizada a pesquisa, Holanda da década de noventa, é crucial tanto para as reflexões de Davis quanto para este trabalho. Segundo ela (1995), o país em que realizou seu estudo se destacava por ser o único que incluía cirurgias estéticas no pacote de serviços básicos de saúde de modo que se aproxima do que hoje ocorre no Brasil. Em uma dinâmica em que os procedimentos são oferecidos pelo sistema de saúde público, aponta a autora, há a necessidade de justificativas em termos de necessidades médicas. A partir desse contexto mencionado, assim como também ocorre no Brasil, entendo ser possível compreender melhor de que forma os limites entre reparador e estético passam a ser mais fluídos à medida que a simples justificativa do embelezamento comumente atrelada às cirurgias estéticas ganha contornos relacionados a categorias médicas e psicológicas.

Alexander Edmonds¹⁴, em “Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil” (2010), apresenta duas linhas de análise. A primeira se preocupa em abordar como o caso específico do Brasil pode nos levar a pensar o significado da beleza como um domínio da experiência moderna. Na segunda, utilizando a beleza como uma lente, Edmond propõe trazer para a discussão algumas das tensões presentes no país que, para o autor, se caracteriza como uma nação marcada por profundas desigualdades, uma crescente cultura de consumo e altos níveis de intervenção

¹⁴ Alexander Edmonds é antropólogo e professor na University of Edinburgh

médica no corpo feminino. Tal livro é organizado em três partes. Na primeira o autor aborda o marcante crescimento das cirurgias estéticas no Brasil e examina como a “justificativa terapêutica” para esses procedimentos é implantada/utilizada em clínicas privadas e hospitais públicos que servem a uma “população necessitada” e proporcionam treinamento científico para cirurgiões plásticos residentes. Além disso, Edmonds (2010) também situa a “cultura da beleza” e a cirurgia plástica em relação às grandes transformações no Brasil, como o crescimento da mídia de massa, a procura por uma identidade nacional e a importação de tecnologias médicas. Outrossim, a questão de raça é trabalhada de modo profundo pelo autor, que faz uma leitura crítica a respeito da questão identitária e racial no país, além de analisar como gênero e sexualidade modelam as práticas médicas e dinâmicas de mercado. Finalmente, situando a cirurgia plástica em relação a uma “*economia política de reprodução feminina*”, Edmonds (2010) evidencia como isto se naturalizou como um aspecto da saúde da mulher. O autor ainda reflete criticamente sobre o que para ele se traduz em uma racionalidade psicoterapêutica no que diz respeito à realidade dessa especialidade médica no país. A “filosofia da saúde”, segundo ele, faz com que as pacientes¹⁵ internalizem uma noção psicoterapêutica da saúde de modo que questões como medicina e estética tornem-se confusas. Sobre a relação do que é apresentado por Edmonds (2010), bem como por Davis (1995) e Antonio (2012), e a narrativa que será desenvolvida ao decorrer deste trabalho, trarei alguns pontos ao final desta seção.

Mesmo não abarcando tão explicitamente a questão relativa à dicotomia entre procedimentos estéticos e reparadores, Gilman (2001), autor citado no início deste tópico, contribui para um entendimento dessas práticas principalmente no que tange a dados históricos pertinentes ao tema. Além disso, a partir da noção de *passing* inspira as reflexões de vários outros autores que abordam a temática das cirurgias plásticas. Segundo este (2001), as pessoas modificariam seus corpos a fim de se adequarem à sociedade e, assim, tornarem-se invisíveis aos demais. Ou seja, esses procedimentos se tratariam, sobretudo, de uma forma de normalização, o que permitiria aos indivíduos não se destacarem por motivo daquilo que é entendido como uma imperfeição. Conforme o autor (2001, p.330): “*The heart of the matters in*

¹⁵ Edmonds (2002) se refere a pacientes no feminino, já que sua pesquisa, realizada no Brasil, abrangia em sua maioria interlocutoras mulheres. Ao decorrer dessa dissertação, farei uso de “as(os) pacientes”, englobando tanto homens quanto mulheres independentemente do contexto referido.

aesthetic surgery is the common human desire to ‘pass’”. Isto é, o termo *passing*¹⁶, utilizado por Gilman para designar tal fenômeno, seria o outro lado da moeda do que ele sugere ser uma necessidade inerente aos indivíduos de criar estereótipos com o propósito de organizar o mundo a sua volta. Tal desejo de estabelecer ordem, propõe, estaria relacionado a uma habilidade humana de tentar controlar a realidade. A ilusão de que poderíamos dominar certos aspectos da vida ganha forma no *passing* que, diferentemente da intenção de conter o imprevisível de maneira generalizada, se atém a um único aspecto: um nariz muito grande ou seios muito pequenos, por exemplo. Para Gilman (2001), não é apenas o corpo material que está sendo operado, mas as fantasias que nós temos sobre nós mesmos. Consoante o autor:

The desire to “pass” is an attempt to recuperate that infantile split between the “good” and the “bad” aspects of the world, a split that becomes central to our means of organizing the world. “Passing” is a means of trying to gain control. It is the means of restoring not “happiness” but a sense of order in the world. We “pass” in order to regain control of ourselves and to efface that which is seen (we believe) as different, which marks us as visible in the world. Relieving the anxiety of being placed into a visible, negative category, aesthetic surgery provides relief from imagining oneself as a stereotype. This is the origin to the happiness generated by aesthetic surgery. [...] Each individual has had to learn again and again that the symbolic body, as much as the ‘real’ material body, is always collapsing, always promising to slide into oblivion. The symbolic body, our fantasy of fitting into the world, of being unseen, unrecognized, unstereotyped, needs constant reinforcement. (GILMAN, 2001, p. 331-332)

A noção de *passing* apresentada por Gilman é o ponto de onde partem várias das reflexões sobre cirurgias plásticas e, nesse sentido, parece englobar uma possível justificativa tanto para procedimentos entendidos como estéticos quanto para os entendidos como reparadores. Não obstante, Edmonds (2002) critica o modelo apresentado pelo autor ao sugerir que ele não abarca as motivações que provém de um desejo de se destacar perante os demais. Dessa maneira, apresenta que para algumas pacientes *“a plástica não é a passagem definitiva para a normalidade, mas a busca interminável de um objetivo que sempre se afasta”*

¹⁶ O termo *passing*, utilizado por Gilman, foi posteriormente traduzido por Edmonds (2002) como *impostura*.

(EDMONDS, 2002, p. 217). Em resumo, este último autor entende que o conceito de *passing* (traduzido por ele como impostura) é pouco pertinente para explicar a variedade de justificativas relativas às cirurgias plásticas, visto que atenta somente para os anseios que dizem respeito à normalidade não levando em consideração aquilo que se relaciona com uma busca pelo aprimoramento contínuo e pela perfeição. Além disso, seria demasiadamente simplista na medida em que sugere certa passividade da paciente que intentaria tão somente ajustar-se a determinados moldes (EDMONDS, 2002).

Gilman (2001) faz ainda menção ao Complexo de Inferioridade¹⁷ de Alfred Adler e à teoria psicológica em geral como propulsores de novas justificativas para a relação entre uma fisionomia menos atraente e a infelicidade. Segundo Edmonds (2002) e Haiken (1997), a popularização do Complexo de Inferioridade tem uma forte relação com uma maior aceitação da cirurgia estética, que hoje assume o discurso de fornecer saúde psíquica às(aos) pacientes. Na década de 1920, as ideias de Adler tornaram-se mais populares e o seu mais famoso conceito passa a ser utilizado como explicação da relação entre uma aparência fora da norma e barreiras psicológicas. Segundo Edmonds (2002, p.215), *“no complexo de inferioridade a cirurgia estética encontrou, finalmente, a sua ‘doença’*.

Consoante Naidin¹⁸ (2013), ainda relativo às justificativas atinentes a esses procedimentos, parece haver uma imposição de relacionar as intervenções médicas a alguma forma de correção ou reparação a fim de distanciá-las do que poderia ser compreendido como de menor valor ou de conotação superficial. Assim, *“atribuir às cirurgias plásticas alguma finalidade terapêutica ou reparadora é aproximá-las dos valores que asseguram a legitimidade moral da própria prática médica como um todo”* (NAIDIN, 2013 p.50). Nesse sentido, a vaidade seria entendida como benéfica

¹⁷ O Complexo de Inferioridade foi cunhado por Alfred Adler (1870 – 1937) que, conjuntamente à Sigmund Freud, foi cofundador do movimento psicanalítico, do qual posteriormente se desligou, aproximando-se, então, dos estudos do materialismo histórico-dialético. Adler desenvolveu a teoria da personalidade e defendia que a “esfera social” é tão importante para a psicologia quanto a “esfera interior”. Este autor também é reconhecido como o fundador do sistema holístico da psicologia individual que é voltada para os problemas das relações humanas no convívio em sociedade. Conforme Adler, a posição biológica e social em relação ao meio causa um sentimento de inferioridade que impulsiona uma mudança orientada para a posição de superioridade. Entretanto, quando muito acentuado, o sentimento de inferioridade, ao invés de despertar no indivíduo formas de compensação, afirma certa incapacidade, desenvolvendo assim um “complexo de inferioridade”. Para um aprofundamento a respeito do tema, ver Adler (1967; 2003).

¹⁸ Doutora em Ciências Sociais pelo PPCIS (UERJ). Trabalha com as temáticas de (bio)tecnologias de modulação corporal, gênero, corpo, classe social e mídia.

apenas até certo ponto, somente na medida em que é valorada como algo bom e, assim, operada por um “ideal de natureza” que auxiliaria na conformação dos procedimentos, controlando o que seria normal ou não (NAIDIN, 2013). Ainda conforme a autora, *“o lado ‘psicológico’ é ao mesmo tempo álibi e vilão das cirurgias plásticas. É ele quem motiva e legitima boa parte das intervenções e da demanda”* (NAIDIN, 2013, p. 199)¹⁹.

O conjunto de referências acima abordado - Antonio (2008; 2012), Davis (1995), Edmonds (2002; 2010), Gilman (2001) e Naidin (2013) – nos atenta para inúmeros pontos a partir dos quais podemos traçar relações com a narrativa que se desenvolve em razão deste estudo. Contudo, há um que me parece central e que, em boa medida, guiou a leitura que realizei dessas autoras e autores. Isto é, a insistente associação entre cirurgias plásticas e argumentos ou justificativas que partem de noções emprestadas da psicologia e que abarcam a saúde como algo que se além não somente a aspectos “orgânicos”, mas engloba também a subjetividade e interação social das(os) pacientes. Relativo a isso, adicionaria que, para os médicos e médicas, essa relação parece ainda mais intrincada, ao menos nos discursos a que tive acesso. Assim como foi aludido por Antonio (2012), o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) - “saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”²⁰ - é algo muito difundido nos enunciados médicos e utilizado para justificar as cirurgias plásticas como algo que diz respeito primeiramente à saúde. Em nenhum momento nega-se que esses procedimentos não visem uma melhora estética. O que está em jogo é que a própria “harmonia” dos contornos da face e do corpo também está estreitamente relacionada a noções como funcionalidade e normalidade. Como poderemos observar ao longo deste estudo, o forte encadeamento entre a psicologia e cirurgias plásticas ganha nuances e emerge das

¹⁹ Para além das referências bibliográficas acima abordadas, há ainda algumas outras (GOLÇALVES, 2001; RIBEIRO, 2003; ALVES, 2007; BERGER, 2006; POLI NETO, 2006) que nos auxiliam no entendimento das cirurgias plásticas no âmbito brasileiro e que tratam mais detidamente sobre a relação destes procedimentos com categorias psicologizantes. Porém, estas não serão abordadas ao longo dessa dissertação por motivo de se afastarem em demasia do eixo central de análise que proponho desenvolver. A dissertação de mestrado de Isabela Lopes Gonçalves, intitulada “Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro” (GONÇALVES, 2005), é uma referência bastante presente em algumas das bibliografias que tratam sobre a temática das cirurgias plásticas no Brasil. Por não ter acesso ao trabalho na íntegra, mas somente por meio de outras autoras e autores que a citaram, apenas me referencio a este como uma das bibliografias também disponíveis acerca do assunto.

²⁰ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.

mais variadas formas, seja a partir da conformação dessa especialidade médica ao longo do tempo, seja a partir dos enunciados médicos atuais a respeito do assunto.

As referências apresentadas acima abarcam pontos profundamente pertinentes para este trabalho, mapeando questões particulares a respeito dessas intervenções médicas e sugerindo vias de entendimento acerca dessa temática. Contudo, no que tange à abordagem teórico-metodológica, distancio-me relativamente daquilo que é abarcado por estas autoras e autores. Isto é, apesar das cirurgias plásticas estarem fortemente entrelaçadas a justificativas psicologizantes, entendo que pensar a partir desse viés pode, muito provavelmente, nos levar apenas àquilo que esses procedimentos têm em comum com demais práticas que poderíamos entender como de aprimoramento corporal, oferecendo poucos artifícios para pensá-las a partir do que as conformam para além de outras práticas similares, como apontando no início desta Introdução.

Por fim, a discussão sobre reparação e estética não é, de maneira alguma, uma novidade apresentada por este trabalho. Como pudemos observar, várias(os) outras(os) autoras(es) se dedicaram a pensar esta divisão e a forma como ela viabiliza ou não o acesso gratuito a esses procedimentos, por exemplo. Este é, portanto, um objeto que perpassa já há algum tempo as reflexões acerca da temática mais geral das cirurgias plásticas e, de certo modo, deve-se a isso meu interesse por tratar do assunto. Se, por um lado, a confusão entre o estético e reparador tem sido abordada a fim de uma compreensão mais específica acerca tanto do sistema público de saúde em nosso país quanto no sentido de melhor compreender as justificativas que levam um procedimento a se localizar em um dos polos ou a se locomover entre eles; por outro, uma discussão que parte dos limites, do que eles produzem e das formas como conformam os próprios procedimentos e o que vem a ser as cirurgias plásticas me parece ainda ausente. Assim, apresento a seguir um conjunto de referências a partir das quais esse trabalho se constrói e que, compreendo, nos oferecem subsídios para pensar estes procedimentos e suas fronteiras levando em consideração materialidades, discursos e práticas de forma indissociada, ou seja, atentando para suas mútuas conformações.

1.3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Partindo do entendimento de que os métodos que utilizamos para conhecer determinado objeto não apenas descrevem realidades sociais, mas também ajudam a criá-las (LAW, 2004), apresentarei nesta seção os referenciais teórico-metodológicos que auxiliaram na construção deste trabalho. Apresso-me em dizer que essa dissertação é a tentativa de colocar em prática uma pesquisa que trata de um objeto bastante vacilante, ou seja, que entendo ser impossível de acessar a partir de descrições e métodos pretensamente coerentes. Assim, a intenção maior deste estudo é apenas criar uma narrativa possível acerca de uma realidade bastante diversa. Desse modo, o que me possibilita ser menos ingênua e mais parcial (nos termos de Haraway, 1995) possível, na mesma medida em que oferece à leitora e ao leitor um entendimento mais próximo dos esforços empreendidos por mim, é a descrição das idas, vindas e voltas pelas quais se sucederam esta pesquisa e um apanhado geral dos referenciais teórico-metodológicos que auxiliaram no seu desenvolvimento. Acerca destes últimos, discorro a seguir.

1.3.1 Sobre Complexidades

The texts that carry academic stories tend to organize phenomena bewildering in their layered complexity into clean overviews. They make smooth schemes that are more or less linear, with a demonstrative or an argumentative logic in which each event follows the one that came before. What may originally have been surprising is explained and is therefore no longer surprising or disturbing. Academic texts may talk about strange things, but their tone is almost always calm. (MOL e LAW, 2002, p.3)

Ocupo-me, primeiramente, daquilo que em boa medida é o objetivo mais geral dessa dissertação. Isto é, tratar sobre simplificações a partir de seu caráter produtivo e também político. Conforme Mol e Law (2002), o entendimento de dicotomias e generalizações como meras reduções da complexidade real dos objetos enfraqueceria demasiadamente a potencialidade de nossas críticas. O propósito do trabalho aqui empreendido pauta-se nestas premissas, partindo do entendimento de que as histórias que contamos devem tratar, primariamente, sobre o que ocorre com as complexidades (no plural) no contexto das práticas. Desse modo, os limites entre

estético e reparador serão compreendidos a partir daquilo que produzem e conformam, bem como a partir das entidades que os fazem emergir.

Partindo da perspectiva brevemente abordada acima, também chamo atenção para algumas das proposições destes últimos autores (2002) acerca de como temos construído nossas críticas acerca dos esforços acadêmicos que estão sendo produzidos nas mais diferentes áreas. Segundo estes (2002), o mundo é permeado de simplificações técnicas e científicas que são a base para a ação. As simplificações que reduzem a realidade complexa a fim de que esta caiba em certo esquema propendem esquecer a complexidade que pode, a qualquer momento, emergir de maneira inesperada. Mol e Law (2002) advertem, contudo, sobre a importância de desconfiarmos, também, das formas pelas quais estamos construindo nossas denúncias acerca dessas simplificações. Tais acusações, consoante os autores (2002), teriam um molde bastante comum e, em alguma medida, violento, de maneira que falhariam em captar as complexidades ali existentes, tornando-se, assim, duplamente nocivas. Primeiro porque agiriam através da violência e segundo porque teriam insucesso em expor as tais complexidades. Em relação a isso, atentam para como Thomas Kuhn, Michel Foucault e Bruno Latour, em vez de simplesmente denunciarem as simplificações relativas às práticas de conhecimento, abordam o caráter produtivo destas. Embasados nestes últimos, sugerem que entender a simplificação como mera redução da complexidade enfraqueceria a potencialidade de nossas críticas. Enfim, o que é tratado por Mol e Law (2002), nos leva a uma compreensão da importância de nos voltarmos para os conhecimentos produzidos não apenas como delimitações simplistas de complexidades reais, mas como práticas que estão atuando na produção de realidades específicas. E é esse ponto, precisamente, que norteia boa parte da construção dessa dissertação. Ou seja, os saberes médicos aqui abordados serão tratados enquanto algo que está engajado na construção/produção daquilo que conforma os limites entre estética e reparação, e não apenas como simplificações arbitrárias do que realmente ocorre na prática.

Estes autores (2002) ainda chamam atenção para o fato de que entendimentos mais generalizados – aqueles que partem da noção de que uma única ordem reduz a complexidade inerente ao mundo - começam a fraquejar quando este esquema de compreensão é multiplicado e passa a ser vários ao mesmo tempo. Isto é, quando passamos a entender que há uma variedade de

lógicas atuando, a oposição entre o simples e o complexo começa a ruir. Isso se dá, sobretudo, pelo fato de que múltiplas ordens acerca de objetos semelhantes nem sempre reiteram as mesmas simplificações ou decretam os mesmos silêncios. A multiplicidade, assim, nos sugere que não vivemos e compreendemos a partir de uma única episteme, mas percebemos múltiplos mundos que se sobrepõem. Resumidamente: *“Multiplicity is thus about coexistences at a single moment. To make sense of multiplicity, we need to think and write in topological ways, discovering methods for laying out a space, for laying out spaces, and for defining paths to walk through these”*. (MOL E LAW, 2002, p.8 -7). Ainda segundo Mol e Law (2002), se um corpo, por exemplo, se mantém com todas as suas múltiplas versões, de alguma maneira, coordenadas, não é por motivo de sua coesão preceder o conhecimento sobre ele, mas porque as variadas táticas de articulação agem em prol de um reagregamento das múltiplas versões da realidade (Mol e Law, 2002, p.10). Essas multiplicidades de corpos, no entanto, não existem isoladamente, mas interferem e afetam umas às outras. Pensar nesses termos, sugerem os autores, é também acolher questões relativas à linguagem e à materialidade. É refletir sobre o que é ser mais que um e menos que muitos (Mol e Law, 2002, p.11).

Tendo em vista as questões acima suscitadas, outro ponto que entendo ser crucial para a presente pesquisa nos é sugerido na seguinte passagem:

If there are different modes of ordering that coexist, what reduced or effaced in one may be crucial in another so that the question no longer is, Do we simplify or do we accept complexity? It becomes instead a matter of determining which simplification or simplifications we will attend to and create and, as we do this, of attending to what they foreground and draw our attention to, as well as what they relegate to the background. (MOL e LAW 2002, p. 11)

Ser responsável pelo tipo de simplificações que produzimos, nessa perspectiva, é algo de profunda importância e centralidade. E, certamente, rememora-nos das proposições de Haraway (1995) em “Saberes Localizados”, que também é mencionado pelos autores ao decorrer do texto. Mas a questão da localização ganha contornos mais intensos quando levamos em conta o fato de que o local em nos encontramos pode ser, justamente, onde diferentes modos ou ordens se encontram, e é nesse local emaranhado e povoado de interferências que o fulcral

tende a ocorrer (MOL E LAW, 2002). Ou, em outras palavras, onde ocorre o encontro de diferentes simplificações, criam-se complexidades. Compreendo que o contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), onde a maioria das(os) médicas(os) entrevistadas(os) atuam, pode ser em alguma medida entendido também enquanto esse ponto em que, a partir de variadas simplificações produzidas, emergem complexidades. Isto é, podemos partir do entendimento de que é no âmbito do SUS que os limites sobre os quais nos debruçamos também têm adquirido tais conformações. Não me atarei a este ponto no contexto desta seção, de modo que apenas elucidado que, em decorrência do sistema de saúde pública em nosso país oferecer tanto procedimentos de cunho estético quanto de cunho reparador, estes limites têm adquirido formas bastante específicas, o que ficará mais evidente ao longo do segundo e terceiro capítulos desse trabalho.

Enfim, tendo em vista o que foi apresentado acima, proponho que, ao decorrer dessa dissertação, tracemos algumas relações entre o que foi abordado pelos autores e as complexidades que emergem, neste caso específico, a partir das fronteiras existentes entre as cirurgias estéticas e reparadoras. Por hora, dedico-me a tratar rapidamente sobre o entendimento de fronteiras e limites sobre os quais este trabalho está ancorado.

1.3.2 Limites, Fronteiras e Diferenças

Início este tópico mais uma vez ressaltando que devemos nos ater à premissa de que estabelecer divisões – ou simplificações, nos termos de Mol e Law (2002) – é, por si só, uma atividade política. Os limites podem, nesse sentido, ser entendidos tanto como aquilo que separa como a força que produz os polos que aparta (Ferreira, 2005). Isto é, basicamente o que foi apresentado anteriormente a respeito das simplificações. Mas, se uma abordagem que parte dos limites nos sugere inspirações muito semelhantes àquela que emana das simplificações e complexidades, porque nos determos a ambas? Compreendo que algumas das proposições de Ferreira (2005) – autor a partir do qual embaso algumas das perspectivas presentes neste tópico - são mais assertivas, e isso, é claro, também se deve ao fato de que em muito este autor se alimentou de reflexões anteriores às suas - como as de Annemarie Mol, John Law, Donna Haraway e demais.

Por dois motivos entendo que os apontamentos de Ferreira (2005) podem ser úteis para pensarmos acerca das cirurgias plásticas. O primeiro é evidenciado na seguinte passagem:

Quando os limites deixam de ser vistos como separações e passam a ser vistos como a produção mesma daquilo que separam, então as relações que eles mediam deixam de ser relações entre dois polos que preexistem à própria relação e passam a ser relações que não precisariam existir enquanto tais antes de serem relacionadas. (FERREIRA, 2005, p.6).

Ou seja, podemos aventar que as relações e diferenças entre o estético e reparador não existem por si só, mas são performadas a partir dos próprios limites que as conformam como tais.

O segundo é relativo à metáfora da pele utilizada pelo autor (2005) a fim de melhor se expressar acerca do tema. A comparação é riquíssima, uma vez que nos auxilia na construção de imagens possíveis sobre as fronteiras. A derme enquanto artifício para pensar limites é especialmente profícua quando nos propomos a refletir sobre as cirurgias plásticas, e a forma como o autor manuseia este exemplo favorece ainda mais o estabelecimento de certas continuidades com a presente dissertação. Enfim, para Ferreira (2005), uma maneira possível é compreender a pele como o limite que separa o corpo do resto todo que não é corpo, seu externo. Todavia, essa perspectiva faz com que entendamos práticas que acessam o “interior”, ou aquilo que está por debaixo dessa superfície, como uma agressão, como algo que fere sua integridade. Não há, entendo, nenhum problema de assim compreendermos. Mas existe, contudo, - ainda conforme o autor - outras formas possíveis de pensarmos a pele para além de sua função de preservação do corpo contra as ameaças externas. O entendimento de um corpo que parte da periferia, isto é, das relações mais ou menos estáveis que estabelece com o “fora”; e a pele como partida e não como superfície que enclausura o corpo em si mesmo, é uma alternativa possível. Os limites, nesse sentido, teriam uma incumbência transformadora muito mais do que preservadora. Ainda, o entendimento de que a visão nunca se dá de maneira total, ou seja, de que há sempre mais versões, nos leva a compreensão de que são as próprias limitações de nossas perspectivas sobre o corpo, por exemplo, que nos conduzem ao conhecimento dele (FERREIRA, 2005, p. 7).

Donna Haraway, autora que advoga pelo uso de metáforas, justifica a utilização destes mecanismos pelo fato de que *“as figuras são imediatamente complexas e não literais”* (HARAWAY, 2015, p.54), o que nos auxiliaria no sentido de criar narrativas mais localizadas. Se, para Ferreira (2015) a pele é uma imagem significativa para pensar os limites e fronteiras, Haraway se utiliza da carne. Em suas palavras: *“Carne não é mais uma coisa do que um gene é. Mas a semiose materializada da carne sempre inclui os tons de intimidade, do corpo, do sangramento, do sofrimento, da suculência. Carne é sempre de algum modo úmida. Está claro que não se pode utilizar a palavra carne sem entender vulnerabilidade e dor”* (HARAWAY, 2015, p.55). E é no sentido exposto pela autora que *carne* é também um ponto chave neste trabalho. Motivada por algumas proposições de Haraway (2015), tendo a frisar novamente que esse estudo não se trata de uma análise das cirurgias plásticas enquanto estéticas e reparadoras a partir de um entendimento de construção social, mas uma tentativa de elaboração que perpassa diferentes *práticas discursivo-materiais*, noção que será apresentada a seguir, a fim de uma aproximação do que, de maneira bastante provisória, tem conformado estes limites e fronteiras. Isto é, trata-se de uma abordagem *da superfície à carne*.

É a partir também dessa mesma autora que temos acesso ao conceito de difração, elemento de grande importância para este trabalho no sentido em que nos fornece subsídios preciosos para uma compreensão dos fenômenos que considere também os aparatos e tecnologias de visão. Nos termos de Haraway:

Diffraction does not produce ‘the same’ displaced, as reflection, or reproduction. Diffraction is a mapping of interference, not of replication, reflection, or reproduction. A diffraction pattern does not map where differences appear, but rather maps where the effects of differences appear. (HARAWAY, 1992, p. 300)

Barad (2012), ao citar Haraway (1992), lembra-nos que a difração se trata de história heterogênea, de não originais. Diferentemente das reflexões, as difrações não transportam o mesmo para diferentes locais de forma mais ou menos distorcida. Em vez disso, nos conduz ao estudo da natureza do aparato e também do objeto. Conforme a leitura de Barad (2012), a difração não é apenas uma questão de interferência, mas uma questão ética/ontológica/epistemológica, ponto esse que

seria crucial, visto que reforça o conhecimento como um compromisso material, um corte que produz aberturas e novas possibilidades.

Se a difração não apenas reflete dada realidade, mas, a partir do aparato que traz à tona seus efeitos, também a modifica; trata-se de uma abordagem que não apenas considera o que está posto, mas as contingências que promovem dada realidade e como estas se arranjam e ganham forma por meio destas diferentes ordenações. Conforme Barad (2003), é a partir dos padrões de difração que podemos nos aproximar dos limites que constituem, mesmo que de maneira provisória, diferentes entidades. Nesse sentido, a tentativa de um entendimento das fronteiras entre estético e reparador que leve em consideração não apenas aquilo que é pronunciado pelas(os) cirurgiãs(ões) a respeito, mas também dados históricos e os próprios corpos em que estes procedimentos estão sendo performados, não apenas nos leva a uma compreensão mais situada destas fronteiras, como também alude à inseparabilidade destas esferas na conformação deste dado fenômeno. Desse modo, a noção de difração contribui para a elaboração deste trabalho na medida em que possibilita um entendimento do social e do científico como algo que se dá em conjunto, proporcionando-nos uma compreensão mais abrangente acerca da mútua conformação entre limites e entidades. Em relação a isso, a passagem a seguir apresenta de maneira bastante evidente a intrincada relação entre difração, limites e fronteiras e a inseparabilidade entre social e científico:

Moving away from the representationalist trap of geometrical optics, I shift the focus to physical optics, to questions of diffraction rather than reflection. Diffractively reading the insights of feminist and queer theory and science studies approaches through one another entails thinking the 'social' and the 'scientific' together in an illuminating way. What often appears as separate entities (and separate sets of concerns) with sharp edges does not actually entail a relation of absolute exteriority at all. Like diffraction patterns illuminating the indefinite nature of boundaries – displaying shadows in 'light' regions and bright spots in 'dark' regions – the relation of the social and the scientific is a relation of 'exteriority within'. This is not a static relationality but a doing – the enactment of boundaries – that always entails constitutive exclusions and therefore requisite questions of accountability. (BARAD, 2003, p. 803)

As perspectivas de Barad e Haraway no que tange à inseparabilidade entre social e científico também nos levam ao entendimento de outro binômio de modo indissociado, isto é, “prática” e “discurso” também são compreendidos a partir de sua mútua conformação. A respeito disso discorro no tópico que segue.

1.3.3 Repensando o Método: práticas discursivo-materiais

Ao longo dessa dissertação apresentarei diversas passagens em que enunciados médicos que tive acesso por meio de entrevistas e dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica são a base para as análises e reflexões. Assim, entendo ser de suma pertinência evidenciar a partir de quais perspectivas esses discursos serão abordados. Antes de serem tratados enquanto meras enunciações que representam ou tratam sobre uma dada realidade, estes serão tomados, no contexto desse trabalho, enquanto práticas discursivo-materiais. Isso em grande medida se embasa no que é sugerido por Barad (2003) no artigo “Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter”, em que autora apresenta pontos extremamente pertinentes para tentativas de elaborações menos dicotômicas no que tange ao discurso/materialidade. Conforme a autora:

Discourse is not a synonym for language. Discourse does not refer to linguistic or signifying systems, grammars, speech acts, or conversations. To think of discourse as mere spoken or written words forming descriptive statements is to enact the mistake of representationalist thinking. Discourse is not what is said; it is that which constrains and enables what can be said. Discursive practices define what counts as meaningful statements. Statements are not the mere utterances of originating consciousness of a unified subject; rather, statements and subjects emerge from a field of possibilities. This field of possibilities is not static or singular but rather is a dynamics and contingent multiplicity. (BARAD, 2003, p. 819)

Para Barad (2003), é necessário que desloquemos o eixo de nossas discussões dos conceitos linguísticos para as práticas discursivas. Assim, inspirada pelas proposições do físico dinamarquês Niels Bohr (1885 -1962), sugere que “conceitos” e “coisas” não possuem limites, propriedades ou significados separados

de suas intra-ações. Estas últimas, diferentemente da noção de interação (*interaction*) que pressuporia as entidades enquanto preexistentes independentemente, figurariam uma modificação conceitual bastante densa. Seria por meio das intra-ações que os limites e propriedades se determinariam e os conceitos incorporados se tornariam significativos. Nas palavras da autora:

A specific intra-action (involving a specific material configuration of the 'apparatus of observation') enacts an agential cut (in contrast to the Cartesian cut – an inherent distinction – between subject and object) effecting a separation between 'subject' and 'object'. That is, the agential cut enacts a local resolution within the phenomena of the inherent ontological indeterminacy. In other words, relata do not preexist relations; rather, relata-within-phenomena emerge through specific intra-actions. Crucially then, intra-actions enact agential separability – the local condition of exteriority-within-phenomena. (BARAD, 2003, p. 815)

Ou seja, uma intra-ação suscitaria um corte agencial no sentido de uma diferenciação entre sujeito e objeto, mas de modo local/provisório no contexto dos fenômenos, partindo sempre do entendimento que não há uma determinação ontológica a priori. Assim, as entidades nunca preexistiram às relações, mas emergiriam por meio de intra-ações particulares. Ainda em relação a isso, Barad (2003) propõe que a noção de separabilidade agencial é de suma importância já que, abrindo mão de um entendimento ontológico clássico de separação inerente entre observador e observado, é a partir dela que temos uma possibilidade de objetividade. É também por meio dessa compreensão que as noções de discursividade e materialidade devem, segundo Barad (2003), ser reformuladas no sentido de um reconhecimento mais situado acerca de suas mútuas implicações. Ou seja, tanto a materialidade quanto as práticas discursivas devem ser repensadas no sentido de intra-ações (BARAD, 2003, p. 820). Novamente, nas palavras da autora:

On an agential realist account, discursive practices are specific material (re)configurings of the world through which local determinations of boundaries, properties, and meanings are differentially enacted. That is, discursive practices are ongoing agential intra-actions of the world through which local determinacy is enacted within the phenomena produced.” (BARAD, 2003, p. 821)

Ainda, Barad nos oferece subsídios para pensar nos significados a partir das práticas discursivas à medida que sugere que os primeiros não sejam uma propriedade das palavras, mas uma atividade contínua; e as segundas, constantes performances de limites que não teriam finalidade própria na intra-atividade agencial (BARAD, 2003). Nessa perspectiva, o discurso não é obliterado por uma realidade que o antecede, mas antes, as práticas discursivo-materiais se dariam somente e através da intra-ação, que performaria as fronteiras – aqui entendidas em um sentido local e não permanente. Enfim, a intra-ação abarca tanto o “discurso” quanto a “prática” a partir da compreensão da impossibilidade de demarcação dos limites entre um e outro senão a partir de um determinado fenômeno. Em suma, as práticas de formação dos limites estariam completamente engajadas na dinâmica da intra-atividade a partir da qual os fenômenos materializam-se. As práticas discursivas são, nesse sentido, sempre materiais; bem como a materialidade é invariavelmente discursiva, de modo que não existe uma externalidade entre discurso e prática e nem mesmo a existência destes fora do contexto de um fenômeno.

Em síntese, é com base nas proposições de Barad (2003) acerca das práticas discursivo-materiais que tratarei a respeito dos enunciados médicos a que tive acesso a partir das entrevistas concedidas por motivo desta pesquisa. Isto é, parto do entendimento de que, apesar de discorrer acerca de expressões enunciativas referentes aos limites entre estético e reparador no contexto das cirurgias plásticas, estas se tratam de práticas discursivas que só se conformam a partir deste fenômeno em específico, como nos termos de Barad (2003). Assim, o que é proferido por cirurgiãs e cirurgiões plásticos, residentes e graduandas trata-se tanto de discurso, quanto de práticas e de materialidades, de maneira que performam, eles mesmos, mas nunca apenas estes, os limites e fronteiras os quais abordamos ao decorrer de todo este trabalho.

Ainda no que tange à perspectiva teórico-metodológica em que este trabalho se ancora, acentuo a centralidade daquilo que é proferido por John Law (2004) em sua obra “After Method: Mess in social science research”. Primeiramente, cabe ressaltar que quando este trata sobre a possibilidade de dispensarmos as metáforas saber/conhecer, bem como nos desfazemos de alguns dos métodos que entendemos como primordiais para uma “boa pesquisa”, o autor não diminui a importância destes para a construção de nossos entendimentos acerca das realidades, mas incita-nos a pensar em novos modos possíveis. Podendo ser estes

mais inseguros e trôpegos, conformam, contudo, narrativas mais situadas, de modo que não são mais ou menos engajados que outros, mas possivelmente mais conscientes daquilo que produzem. O problema não se situa, então, nos métodos em si, mas nas normatividades anexadas a eles em nossos discursos (LAW, 2004).

Ao partir do entendimento de que os eventos e processos são de difícil compreensão não apenas porque tecnicamente complexos à cognição, mas também porque extrapolam nossa capacidade de conhecê-los; o autor trata sobre o perigo das regularidades e padronizações produzidas a fim de orquestrar certa coerência aos objetos. Assim, sublinha a necessidade de narrativas heterogêneas e variáveis, da criação de metáforas e imagens para o impossível e para o impensável. Nessa dinâmica de pensamento, adiciona o autor (2004), o mundo não se caracteriza por uma estrutura ou algo que possa ser mapeado, mas aproxima-se do que poderíamos visualizar como um redemoinho ou maré.

Por fim, é necessário novamente sublinhar de que forma os autores acima tratados, Barad (2005) e Law (2004), direcionam as escolhas operadas no contexto dessa pesquisa. De maneira muito breve, entendo que, no que tange a essa dissertação, as perspectivas de Law (2004) evidenciam um mapeamento daquilo que, devemos atentar enquanto “armadilhas do método”. Já a partir de Barad, discorro sobre o que é de fato empregado enquanto perspectiva teórico-metodológica. Ou seja, de forma bastante resumida, enunciados não são tidos como meros discursos, mas como práticas discursivo-materiais que se dão em intra-ação com demais entidades no contexto de um fenômeno específico, e os limites são compreendidos enquanto entidades que não preexistem às relações, mas que também emergem através de intra-ações. Tais proposições certamente abarcam o que Law (2004) nos sugere. Isto é, que nos engajemos no exercício de produção de narrativas heterogêneas e na criação de metáforas, e, ainda, que estejamos atentos para o perigo de certas regularidades propostas por alguns métodos.

As noções brevemente apresentadas acima guiam e, em alguma medida, justificam a forma como este trabalho se constitui. Em síntese, parto do princípio de que pensar sobre as fronteiras entre procedimentos estéticos e reparadores é traçar aproximações sobre o que conforma as práticas relativas às cirurgias plásticas de modo mais geral. A seguir, prossigo na tentativa de situar a leitora e o leitor acerca de como este trabalho foi construído, evidenciando como se deram as entrevistas e participação nos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Ao iniciar esta pesquisa abriam-se diante de mim inúmeras possibilidades de abordagem, visto que o tema - unicamente o que havia de permanente em minhas divagações acerca deste trabalho - apresenta-se como enormemente amplo e passível de uma gama infinita de desdobramentos. Se “Cirurgias Plásticas” era o ponto de partida, qual seria o caminho mais adequado e possível, levando em considerações minhas limitações teórico-metodológicas, a disponibilidade de tempo e a relevância do que seria produzido? Tendo esses questionamentos em mente, a intenção inicial era trabalhar com a “popularização” das cirurgias plásticas, ou seja, como estes procedimentos têm se tornado mais acessíveis à população em geral, tanto em termos econômicos como no que diz respeito à publicização de diferentes possibilidades de intervenções cirúrgicas com a intenção de aprimoramento estético. Ao ter contato com algumas bibliografias de Alexander Edmonds (2002; 2010; 2016) que tratam do fenômeno das cirurgias plásticas no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, entendi a importância de tratar acerca da temática a partir de suas particularidades.

Sendo o Brasil um país que se destaca no que tange ao número de procedimentos realizados e na alta especialização de seus cirurgiões plásticos; em boa medida, justificaria um trabalho a respeito do assunto. No entanto, a explicação de que supostamente somos uma nação que confere um grande valor à aparência corporal não explica por si só o peso e a centralidade das cirurgias plásticas no rol de aprimoramentos estéticos disponíveis. Edmonds (2002; 2010), ao realizar sua pesquisa em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, expõe algumas das peculiaridades da cirurgia plástica no país, e o fato de procedimentos de cunho estético serem oferecidos de maneira gratuita aparece como algo central. Segundo o autor, tal especificidade diferencia o país dos demais e confere a essas intervenções uma realidade completamente diferente do que podemos observar em outros locais.

Enfim, ao entender que muitas das nuances relativas àquilo que diferenciava a prática desta especialidade no Brasil estavam fortemente imbricadas à forma como se dava a oferta gratuita destes procedimentos, a formação das cirurgiãs e cirurgiões plásticos e a dinâmica desta especialidade no contexto do SUS tornaram-se centrais em minhas primeiras explorações sobre o assunto. Ao mesmo tempo em

que compreendia importância de me inteirar sobre o campo da saúde pública e a centralidade disso na compreensão mais geral do fenômeno das cirurgias plásticas no Brasil, me deparava com inúmeras dificuldades. Quando iniciei as pesquisas exploratórias que dariam origem a esta dissertação não conhecia pessoalmente nenhum(a) profissional da área da cirurgia plástica, e a ideia de simplesmente visitar um grande hospital público em busca de cirurgiãs(ões) plásticas(os) dispostas(os) a conversar me pareceu um tanto ingênua e pouco frutífera. Assim, comecei a entrevistar pessoas - que me foram indicadas por amigos e conhecidos- que haviam realizado cirurgias plásticas em busca de histórias e relatos acerca de suas experiências com esses procedimentos. Imaginei, naquele momento, que o trabalho tomava um rumo diferenciado. Não se tratava mais da ideia inicial, ou não da forma como imaginei que abordaria a tal “popularização” dos procedimentos. Como ainda perseguia uma abordagem que tratasse da ampliação de acesso a esses aprimoramentos corporais, nas entrevistas que realizei com pacientes – um total de 10 – sempre procurava entender de que forma se deu o acesso à intervenção, tanto em termos financeiros como a indicação da(o) profissional e o local onde foi realizado. Apenas um dos entrevistados – o único homem – relatou ter efetuado uma rinoplastia²¹ totalmente gratuita através do SUS, mas não recordava o nome do médico e nem muitos detalhes sobre o procedimento. Enfim, a possibilidade de contatar alguma cirurgiã ou cirurgião plástico que atuava em hospitais públicos a partir de suas(seus) pacientes se mostrava, também, pouco viável.

No final do mês de abril de 2016 soube, por uma indicação de uma colega, que haveria o Curso de Cirurgia Plástica Reconstructiva organizado pela Liga de Cirurgia Plástica da Universidade A na primeira semana do mês seguinte. Imaginei que seria uma oportunidade de ter acesso a discussões de cunho mais acadêmico e técnico, o que poderia me auxiliar na compreensão mais situada da especialidade médica. Não esperava, contudo, que seria através dos eventos promovidos por essas entidades que criaria toda uma rede de contatos com cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas. Nestas ocasiões, é necessário ressaltar, apesar de me identificar para as(os) organizadoras(es) enquanto pesquisadora, era tratada enquanto aluna, de modo similar ao que ocorria com as(os) demais

²¹ Rinoplastia é a cirurgia plástica relativa ao nariz. Há diversas abordagens possíveis, entre elas: aumentar ou diminuir o nariz, dar projeção à ponta, afinar as asas nasais e até diminuir a giba óssea, que é a designação médica para o "osso" ou "calo" do nariz.

participantes, em sua maioria alunas e alunos dos cursos de medicina. Assim, minha participação consistiu em assistir às aulas, procurando desenvolver anotações mais detalhadas possíveis, e, ao final, conversar com as(os) palestrantes a fim de tirar dúvidas ou convidá-los para que concedessem uma entrevista.

Esses eventos, que serão abordados de maneira mais detida no segundo capítulo, ocorreram entre os meses de maio e novembro de 2016. Tratavam-se de aulas e palestras ministradas por chefes de serviço, preceptoras(es) e cirurgiãs(ões) titulares e se referiam às mais variadas temáticas. Ao final dessas aulas, sempre que houve a oportunidade, conversei rapidamente com médicos e médicas a fim de conhecê-los, explicar brevemente a pesquisa e convidá-los para uma conversa mais demorada em outra oportunidade. Para meu espanto, devo admitir, todas elas(es), sem exceção, se mostraram muito dispostos e prontamente propuseram uma data, horário e local possíveis para nos encontrarmos. Esses encontros ocorreram em variados locais, desde ambulatório de hospital público até consultórios particulares em zonas nobres da cidade de Porto Alegre, passando por cafés e sala de aula de residência médica.

Certamente o fato de se tratarem de hospitais-escola e as médicas e os médicos entrevistados serem, em sua maioria, estudantes e professoras(es) foi bastante relevante. Entendo que o cunho acadêmico da pesquisa que estava desenvolvendo significava algo que, para elas(es), “fazia sentido”, algo que podia ser compreendido e com o qual a maioria delas(es) tinha certa afinidade e identificação. Boa parte dos cirurgiões²² com quem conversei já haviam cursado mestrado acadêmico e alguns deles também já eram doutores em suas áreas. Muitos ainda chegaram a relatar as dificuldades que tiveram ao realizar as pesquisas referentes às suas teses e dissertações e, por esse motivo, diziam apreciar colaborar com pesquisas acadêmicas. Além disso, todas(os) elas(es), ao final de nossas conversas, indicavam o contato de amigas(os), alunas(os) e ex-alunas(os) também cirurgiãs(ões) plásticas(os) para que eu pudesse também entrevista-las(os).

Enfim, foi por meio dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica que conheci boa parte das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas de medicina com as(os) quais realizei as entrevistas que compõem este trabalho,

²² Neste caso, apenas homens.

bem como por indicação daquelas(es) que já haviam concedido entrevistas. O eixo mais central desta dissertação, os limites entre as cirurgias plásticas estéticas e reparadoras, como mencionado anteriormente, foi sendo conformado tanto a partir das entrevistas com as(os) médicas(os) quanto por meio da bibliografia a que tive acesso durante o processo de pesquisa e escrita. Os depoimentos das(os) médicas(os), tanto os que foram coletados a partir das entrevistas quanto aqueles que presenciei nos eventos, sempre mostravam algo que, de forma mais ou menos direta, poderia ser pensado a partir do tema elencado como foco deste trabalho.

Em suma, este trabalho trata-se de uma pesquisa que parte de três diferentes eixos: 1) retomada de alguns dados a respeito da história da especialidade; 2) discussões abarcadas nos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica; 3) entrevistas com cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas de medicina. Entendo que a partir destes investimentos podemos estabelecer uma narrativa provisória acerca de como as fronteiras entre reparador e estético se conformam e como auxiliam na feitura da própria cirurgia plástica enquanto prática médica. Assim, apresento abaixo dois quadros que contém informações bastante concisas relativas aos dois últimos pontos, a fim de melhor situar o(a) leitor(a) acerca dos dados sobre os quais este trabalho se constrói. Uma abordagem mais detalhada de como se deram as entrevistas e a minha participação nos eventos estará presente nos capítulos que seguem. Por hora, detenho-me a apresentar apenas algumas das informações que compreendo serem indispensáveis para um entendimento mais apurado da pesquisa realizada.

Tabela 1: Cirurgiões e cirurgiões plásticos, residentes e graduandas entrevistadas(os) e suas respectivas principais ocupações e locais de atuação²³:

Nº	Nome	Principal Ocupação
1	Paulo	Chefe da Cirurgia Plástica do Hospital 1 e professor da Universidade A
2	Davi	Preceptor da Residência em Cirurgia Plástica do Hospital 1
3	Dora	Graduanda em medicina e integrante da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B
4	Marcelo	Chefe da Cirurgia Plástica do Hospital 2 e professor da Universidade B
5	Carina	Psiquiatra do Hospital 2 e professora na Universidade B
6	Ricardo	Cirurgião plástico que atua somente em consultório particular
7	Manuela	Graduanda em medicina e integrante da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B
8	Enrico	Preceptor da Residência em Cirurgia Plástica do Hospital 1 e exerce cargo de destaque na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Regional RS
9	Paolo	Preceptor da Residência em Cirurgia Plástica do Hospital 1
10	João Pedro	Residente do segundo ano em Cirurgia Plástica no Hospital 2
11	Mauro	Membro do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital 4
12	Aline	Residente em Cirurgia Crânio-maxilo-facial ²⁴ no Hospital 2 ²⁵
13	Renata	Residente do primeiro ano em Cirurgia Plástica no Hospital 2
14	Vitor	Chefe da Residência Médica em Cirurgia Plástica do Hospital 3
15	Fabício	Residente do segundo ano em Cirurgia Plástica do Hospital 3
16	Júlia	Residente do segundo ano em Cirurgia Plástica do Hospital 3
17	Gabriel	Residente do segundo ano em Cirurgia Plástica do Hospital 3

²³ Relativo aos dados apresentados na tabela: o Hospital 1 é filiado à Universidade A, e o Hospital 2 é filiado à Universidade B. Todos os hospitais - 1, 2 3 e 4 - atendem por meio do Sistema Único de Saúde e possuem Programa de Residência em Cirurgia Plástica. As entrevistas são apresentadas por ordem temporal.

²⁴ Crânio-maxilo-facial é a especialidade que se ocupa do tratamento de alterações paranasais da face, maxila, mandíbula e área interna da boca.

²⁵ Além de cursar residência em crânio-maxilo-facial, Aline é cirurgiã plástica formada.

Tabela 2: Eventos Promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica das Universidades A e B²⁶.

Nº	Evento	Palestrantes
1	Curso de Cirurgias Plásticas Reconstructivas (Universidade A)	Davi, Carina, Enrico, Rubem, Paolo e Paulo
2	I Simpósio Anual da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B	Carina e Marcelo
3	III Workshop de Enxertos e Retalhos (Universidade A)	Paolo (Aulas práticas e teóricas)
4	Aula da Liga de Cirurgia Plástica – Rejuvenescimento Facial (Universidade B)	Tatiana e Aldo
5	Cirurgia Plástica Estética (Universidade B)	Maria, Davi, Rubem, Amanda e Bruna

Para fins de organização, apresento também nesta seção as partes que instituem este estudo e delimito as temáticas que serão tratadas ao longo de cada uma destas. Desde já explícito que este trabalho está ancorado em um tripé – capítulos 1, 2 e 3. Por óbvio, o conteúdo que se apresenta não foi constituído de maneira linear, mas é fruto de uma quantidade de idas e vindas, de exercícios de complexificação e fechamento. Todos os três capítulos têm como intenção primeira traçar aproximações relativas ao que conforma os limites mais ou menos fluidos entre estético e o reparador no contexto estudado. Assim, apesar de se aterem a questões específicas, todos eles auxiliam na construção de uma narrativa que tem como principal objetivo tratar sobre as contingências relativas à conformação destas fronteiras.

O primeiro capítulo, intitulado “Intervindo no Corpo: a cirurgia geral e a cirurgia plástica enquanto especialidades médicas”, refere-se fundamentalmente à conformação da cirurgia plástica enquanto especialidade médica. Esta área da medicina, que atualmente se ocupa do tratamento dos mais diferentes tecidos e partes do corpo humano, como veremos, caracteriza-se por ser a especialidade de maior abrangência em termos de tipos de procedimentos cirúrgicos. Um dos objetivos dessa primeira parte é atentar para a intrincada relação entre o desenvolvimento da cirurgia plástica e a evolução dos procedimentos relativos à cirurgia geral. Assim, serão abordados alguns pontos relativos à história das

²⁶ Os eventos são apresentados por ordem temporal.

especialidades médicas como: a associação entre os aprimoramentos cirúrgicos hoje existentes e as guerras mundiais e da Criméia; alguns dos profissionais que se destacaram ao longo do tempo; e números relativos à quantidade de procedimentos realizados nos últimos anos. A intenção é apresentar questões que nos auxiliem em um entendimento mais situado acerca de como esta especialidade tem se conformado e, com ela, os limites relativos à estética e à reparação.

No segundo capítulo, “A Formação Médica”, abordarei a formação das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) e de que maneira questões relativas a esta temática estão mais ou menos coadunadas à conformação do estético e do reparador referentes às cirurgias plásticas. Tendo como principal objetivo tratar sobre a temática a partir do que presenciei durante os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica e nas entrevistas concedidas por profissionais da área, traço pontos de confluência entre a formação médica e o binômio estético/reparador no contexto dessa especialidade. O capítulo, que está organizado em duas partes, trata, na primeira delas, sobre as Ligas de Cirurgia Plástica, as residências médicas e aquilo que, segundo as(os) profissionais, conforma suas justificativas pela escolha da área. Em um segundo momento, apresento algumas questões abarcadas no contexto dos eventos promovidos pelas Ligas, momento em que, entendo, apresenta-se de maneira mais evidente algumas das relações entre a conformação do reparador e do estético e a formação das(os) médicas(os).

Em “Estética e Reparação a partir das Entrevistas Realizadas com Médicos e Médicas”, terceiro e último capítulo, volto-me inteiramente para a discussão estético/reparadora de maneira mais manifesta. A partir das entrevistas com profissionais, este tópico discorre, basicamente, sobre a forma como estes últimos declaram entender este binômio. A compreensão das cirurgias plásticas a partir de procedimentos que tratam do domínio do estético e do reparador de forma bastante fluida é de grande centralidade nestes discursos médicos. Entretanto, neste tópico me detenho também a algumas nuances relativas à temática. Os pontos a partir dos quais discorro, de diferentes maneiras, também podem ser observados nos outros dois capítulos. Contudo, é nessa última parte da dissertação que eles parecem emergir de forma mais evidente.

Por último, mais uma vez chamo atenção para aquele que é o objetivo principal desta pesquisa e que de alguma forma estabelece coesão entre os três capítulos que a compõem, isto é, as contingências relativas ao que conforma o

estético e o reparador no que tange às cirurgias plásticas. Espero que, ao decorrer desta parte introdutória, aquilo que guia a construção dessa narrativa tenha sido expresso de maneira compreensível para aquela(e) que a lê. De todo modo, ao final deste trabalho, em “Considerações Finais”, empreendo a tentativa de elaboração de uma síntese daquilo que abarca as principais questões contempladas neste trabalho. Por hora, sigamos, afinal, ao capítulo de abertura.

2 INTERVINDO NO CORPO: a cirurgia geral e a cirurgia plástica enquanto especialidades médicas

A cirurgia plástica é a especialidade da medicina que se ocupa dos mais diferentes tecidos e partes do corpo humano, compreendendo desde a cirurgia crânio-facial e reconstrução de cabeça e pescoço até as extremidades – pés e mãos -, passando pelo tratamento de queimados, transplante de tecidos, cirurgias das mamas e tronco (Weinzweig, 2001). Em síntese, caracteriza-se por ser a especialidade de maior abrangência em termos de procedimentos cirúrgicos. Nas entrevistas e eventos que acompanhei ao longo da pesquisa realizada em função desta dissertação, presenciei um grande número de médicos(as) se referindo à imensa amplitude do domínio da cirurgia plástica e como isso acaba por demandar da futura cirurgiã(o) plástica(o) uma das formações mais completas da medicina. Entretanto, apesar de ter uma abrangência gigantesca, tal área parece, de certo modo, escapar de um entendimento mais recorrente sobre saúde. Ou seja, por se dedicar também a procedimentos eletivos de cunho estético e de aprimoramento corporal, a cirurgia plástica é, por muitos, entendida como uma medicina acessória. Por isso, entendo, há uma forte tendência por parte dos profissionais da área em frisar tanto a extensa formação da(o) cirurgiã(o) plástica(o) e a seriedade da profissão quanto a sua filiação acadêmica à medicina.

Certamente esta especialidade sofreu inúmeras transformações ao longo do tempo, e tratar sobre alguns pontos que dizem respeito tanto a sua conformação enquanto uma especialidade separada da cirurgia geral, quanto àquilo que se refere a uma história em comum com esta última pode nos auxiliar em um entendimento mais situado acerca de como, atualmente, a cirurgia plástica tem se configurado, bem como traçar certas aproximações sobre a questão estético/reparador no que diz respeito à realidade estudada. Ou seja, tratar sobre a história das cirurgias plásticas é também repousar o olhar sobre questões pertinentes à discussão em que se centra esta dissertação.

Compreendo que não há como nos referirmos à cirurgia plástica sem antes aludir à cirurgia geral, de modo que inicio explicitando brevemente alguns dos acontecimentos que entendo serem pertinentes para a discussão que pretendo desenvolver mais adiante neste trabalho. Logo, neste primeiro capítulo abordarei de

forma breve alguns pontos relativos à história das cirurgias plásticas, a saber: a consolidação da especialidade no campo da medicina, a relação dos aprimoramentos cirúrgicos com as guerras – mundiais e da Criméia, o recente prestígio que esses procedimentos alcançaram, cirurgiões que se destacaram ao longo do tempo e alguns números relativos à quantidade de procedimentos realizados nos últimos anos.

2.1 ARTESÃOS, BARBEIROS E CIRURGIÕES

A etimologia da palavra cirurgia já nos sugere, em boa medida, o caráter artesanal da prática. Proveniente do termo latim *chirurgia*, que tem sua base na palavra grega *kheirurgia* – *kheir* (mão) e *érgon* (trabalho) –, refere-se ao trabalho manual, arte ou ofício realizado com as mãos (REZENDE, 2005). Conforme Tubino e Alves (2009), *cheirurgos* era utilizado por autores gregos não somente para se referirem a médicos, mas a todos aqueles que laboravam manualmente, como cozinheiros e músicos. Torna-se então necessário atentar mais uma vez para feição de artífice conferida aos cirurgiões muito antes da consolidação da profissão como tal e como isso, de alguma forma, ainda pode ser observado presentemente. Atentar para certas continuidades entre aquilo que caracterizava este fazer em sua origem e o que de maneira mais abrangente hoje denota e particulariza a especialidade pode nos auxiliar no entendimento também da conformação das fronteiras entre o estético e o reparador. Isto é, a confusão entre os limites de um saber técnico e de um conhecimento que estaria mais relacionado a um entendimento mais subjetivo amparado por uma formação informal de alguma forma também se relaciona com tais questões. Se na medicina como um todo isto se configura como uma questão bastante central, no que tange à cirurgia plástica, contudo, parece haver um agravamento nesse ponto, sobretudo no que diz respeito a procedimentos estéticos. O que quero expressar, em síntese, é que os saberes não formalizados ou entendidos como menos técnicos - mais próximos do que compreenderíamos como arte e não ciência - em boa medida são também aqueles que auxiliam na conformação não só da cirurgia plástica de maneira geral, mas do que vem a ser o estético e o reparador. Enfim, no prosseguimento deste trabalho adentrarei

novamente em tal ponto. Por hora, apenas o menciono a fim de melhor localizar o presente tópico em relação ao eixo central deste trabalho.

Se hoje há um entendimento bastante generalizado de que os procedimentos cirúrgicos são, em alguma medida, até mesmo mais eficazes do que tratamentos clínicos, tanto por terem uma atuação mais localizada quanto no que tange à celeridade dos resultados; antes do século XVI a compreensão se distanciava muito da atual, de modo que as cirurgias eram o último recurso considerado para o tratamento de doenças e, desse modo, deixadas a cargo de pessoas menos qualificadas em termos médicos, a exemplo dos barbeiros. Assim, estes últimos se ocupavam dos feridos por motivos de guerras e pouquíssimas eram as operações bem-sucedidas, sendo inteligíveis e praticadas como magia ou em caso de último esforço na tentativa de salvar vidas (TUBINO e ALVES, 2009).

Interrompidas até o ano de 1480 devido à autoridade da Igreja, a pesquisa científica por meio de dissecações e a prática cirúrgica eram compreendidas como bárbaras e reprovadas pela instituição. De todo modo, datam do século XIII as primeiras escolas de medicina, a Escola de Salerno²⁷ e a Escola de Bolonha²⁸. Além disso, é representativo que os médicos formados nesse período deveriam estar vinculados à igreja e falar latim, e todo exercício manual e contato com o sangue era, neste momento, entendido como desonroso, de maneira que a feitura de procedimentos cirúrgicos era designada aos considerados de nível inferior, como os barbeiros cirurgiões. Significativo também é o fato de que o médico, por conta de seu destaque, utilizasse togas longas e aos cirurgiões restasse o uso de togas curtas, de modo que estes deviam submissão àqueles (Tubino e Alves, 2009).

²⁷ A Escola de Salerno ou Escola Médica Salernitana foi a primeira escola de medicina medieval da Europa. Situada em Salerno, cidade costeira italiana, a instituição foi considerada a fonte mais importante de conhecimentos relativos à medicina desse período. Foi fundada no século IX e abolida definitivamente em 1811, sendo seu auge entre os séculos X e XIII.

²⁸ Fundada na cidade italiana de Bolonha no ano de 1088, a atual Universidade de Bolonha é tida como a mais antiga do mundo em operação contínua. No século XVI, Gaspare Tagliacozzi realiza na instituição os primeiros estudos de cirurgia plástica. Mas é o século seguinte, XVII, que passa a ser considerado como a época de ouro da medicina em Bolonha.

Os primeiros procedimentos cirúrgicos, no entanto, datam de muito anteriormente a esse período. A trepanação, que se caracteriza pela remoção de um pequeno retalho ósseo, normalmente de forma arredondada, é uma das primeiras cirurgias que se têm registros, sendo utilizada desde o neolítico tanto por razões religiosas quanto por justificativas médicas, como alívio da pressão intracraniana. Mesmo sendo procedimentos muito antigos, as primeiras descrições detalhadas referentes a cirurgias – de autoria de Ebers e Edwin Smith - aparecem somente no século XVI a.C. O papiro de autoria deste último é, inclusive, considerado um dos mais importantes documentos da medicina do Vale do Nilo. A Índia também se destaca por um forte desenvolvimento das cirurgias plásticas no século IV a.C., notadamente as rinoplastias. Visto que muitos tinham seus narizes amputados em decorrência da guerra ou de punições aplicadas em adúlteros, operavam-se reconstruções dessa área por meio de retalhos retirados da testa dos pacientes (TUBINO e ALVES, 2009).

Outro ponto bastante crucial na história dos procedimentos cirúrgicos é o Juramento de Hipócrates²⁹. Formulado entre 460 e 377 a.C, teve grande influência sobre a medicina, de modo que, em 150 a.C., médicos e cirurgiões foram proibidos de utilizar bisturis e operar cortes em pacientes para a retirada de cálculos. Esses procedimentos, entendidos como selvageria, ficavam a cargo de artesãos cuja educação era entendida de menor valia. Somente por volta do século XIII é que cirurgiões e médicos começaram a ter suas práticas equiparadas em termos de status. Ainda conforme Tubino e Alves (2009) foi apenas no século XVI que, graças à Ambroise Paré (1510 – 1590) – chamado de pai da ortopedia - os cirurgiões adquiriram certa autonomia. Crucial para esta última foi o ano de 1540, em que os cirurgiões e barbeiros de Londres passaram a reunirem-se na Companhia de Barbeiros e Cirurgiões, que futuramente viria a ser o Royal College of Surgeons (1800). Enfim, deve-se também ao desenvolvimento da fisiologia e da anatomia que partir do século XV a cirurgia passe a finalmente se aproximar do que hoje

²⁹ O Juramento de Hipócrates é um juramento solene, normalmente realizado em função da formatura, no qual a médica ou médico se compromete em praticar honestamente o ofício da medicina. Escrito por Hipócrates - considerado por muitos como pai da medicina ocidental -, sua versão original, escrita em grego jônico, data do século V a.C. Atualizações desse mesmo juramento são utilizadas ainda hoje.

conhecemos. Ainda, as técnicas de antissepsia³⁰ e assepsia³¹, entendidas como parte do cotidiano cirúrgico, por volta de 1890, tiveram grande peso da evolução da prática cirúrgica, bem como a evolução das técnicas e substâncias utilizadas como anestesia.

Dado este panorama bastante geral acerca do estabelecimento dos procedimentos cirúrgicos enquanto tratamentos legítimos, é possível compreendermos porque apenas no século passado as cirurgias plásticas passam a fazer parte do rol de recursos terapêuticos plausíveis, para, só recentemente, erigir como uma especialidade de grande peso na medicina, especialmente no contexto estadunidense e brasileiro como veremos mais adiante. A seguir, trato mais detidamente acerca dessa especialidade, sua consolidação enquanto disciplina cirúrgica e os cirurgiões plásticos os quais a literatura faz menção como sendo precursores na área.

2.2 OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E A CONSOLIDAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA

Por certo, o desenvolvimento da cirurgia plástica se confunde com evolução dos procedimentos concernentes à cirurgia geral. Desse modo, é difícil precisar quando as duas especialidades tomam rumos distintos. Entendo que essa separação se deve, em alguma medida, à criação das associações médicas de cirurgia plástica no sentido que estas acabaram, em sua origem, por instituir os procedimentos que ao longo do tempo passaram a ser entendidos como domínio da disciplina. Além disso, ao nos depararmos com algumas informações a respeito do histórico desses procedimentos podemos também começar a formular questões acerca da separação entre procedimentos estéticos e reparadores. Nesse sentido,

³⁰ Antissepsia é a utilização de substâncias antissépticas ou conjunto de meios (químicos, por exemplo) com objetivo de anular germes patogênicos e prevenir infecções. Ou seja, técnicas de esterilização que têm o intuito de evitar a proliferação de microrganismos responsáveis por provocar doenças infecciosas, por exemplo. Usualmente é realizada por meio de substâncias químicas, como bactericidas e desinfetantes.

³¹ A assepsia caracteriza-se pela ausência de matéria séptica em determinados ambientes e pode ser obtida através de uma gama de medidas que impedem a entrada e a proliferação dos agentes contaminadores. A principal diferenciação entre assepsia e antissepsia é que a primeira se trata da higienização preventiva, e a segunda diz respeito à desinfecção de um local.

esse breve percurso sobre fatos relacionados à história da especialidade justifica sua presença nesta dissertação à medida que nos sugere relações possíveis e um entendimento mais situado acerca do que mais adiante iremos tratar de forma mais detida, ou seja, os limites entre o estético e reparador.

Para Gilman (2001), tratando-se do contexto norte-americano (?), o limite que separaria as cirurgias plásticas estéticas e as cirurgias plásticas reconstrutivas³² é algo impreciso. Segundo o autor, o crescimento da cirurgia plástica se deve, em alguma medida, ao aumento da profissionalização dos cirurgiões plásticos, de maneira que se torna imprescindível tratarmos rapidamente sobre as organizações profissionais que Gilman demonstra estarem fortemente relacionadas à conformação atual da cirurgia plástica.

Conforme o autor, a American Board of Plastic Surgery, primeira organização profissional com o intuito de certificar cirurgiões plásticos, foi fundada em 1937 e reconhecida pela American Board of Surgery no ano seguinte. A American Association of Oral Surgeons consta, no entanto, como uma das mais antigas associações desse tipo dos Estados Unidos. Fundada em 1921, ela tornou-se, em 1942, American Association of Plastic Surgeons e hoje é conhecida como American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons. Nos Estados Unidos há uma gama variada de associações que visam regularizar a prática médica de modo que no contexto das cirurgias plásticas há ainda a American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, a American Academy of Cosmetic Surgery - organização com uma vasta gama de especialidades médicas - e a American Society for Aesthetic Plastic Surgery - conhecida como a organização dos cirurgiões estéticos, fundada em 1967, entre outras (GILMAN, 2001, p. 7).

Ainda consoante o autor, o termo “estética” - quando relativo a procedimentos cirúrgicos - parece aludir a algo desnecessário, não médico, circunscrito a uma lógica de vaidade. Assim, segundo Gilman, passaria a ocupar um lugar de oposição ao que chamamos de cirurgia plástica reparadora ou reconstrutiva - que seria entendida como um procedimento de reparação das funções. É no período da

³² Ao longo de toda sua obra – “Making the Body Beautiful” – Gilman (2001) utiliza o termo *reconstructive surgery* para designar o que tratarei enquanto cirurgias plásticas reparadoras no contexto dessa dissertação. Isso se deve ao fato de que foi essa a denominação com a qual me deparei de maneira mais intensa ao decorrer da pesquisa. Apesar da tradução literal do termo ser “cirurgia plástica reconstrutora”, a designação foi pouco mencionada ao longo das entrevistas e eventos que acompanhei.

Renascença, segundo o autor (2001), que os cirurgiões passam a mencionar a cirurgia estética ou embelezadora abrindo precedentes para a distinção que hoje existe. Apesar de datar de alguns séculos atrás, tal distinção passou por um longo período de hibernação e somente reaparece no século XIX. Nas palavras de Gilman:

In the Middle Ages there was no discussion of either type of surgery. And yet noses and other body parts were certainly lost to war, accident, and disease in the Middle Ages. Only with the Renaissance did surgeons begin to speak of aesthetic or beauty surgery. The Renaissance distinction between the “reconstructive” and the “aesthetic” reappears in the course of the nineteenth century. (GILMAN, 2001, p. 8)

Em decorrência da epidemia de sífilis, os procedimentos que hoje conhecemos como cirurgias plásticas estéticas, segundo Gilman (2001), cresceram exponencialmente durante o final do século XVI. A relevância dessas operações - chamadas de *chirurgia decoratoria* - se encontrava na reconstrução do nariz de sífilíticos a fim de tornar os danos decorrentes da doença menos visíveis. Conforme o autor, o cirurgião Otto Hildebrand (1858 -1927), alguns séculos depois, ressaltaria a íntima relação entre a estética da Renascença, o surto de sífilis e os defeitos ‘estéticos’ causados pela doença e a ascensão da cirurgia estética. Apesar de compreendida como uma cirurgia “decoratória”, ou seja, localizada mais próxima ao campo da estética, seria um tanto arriscado afirmarmos, assim como Gilman, que esses procedimentos se tratavam daquilo que hoje compreendemos como cirurgia plástica estética, sobretudo se levarmos em consideração os pressupostos teóricos apresentados na introdução deste trabalho e que embasam as reflexões aqui contidas. De toda forma, o que é expresso pelo autor se coloca como algo de grande importância para essa dissertação, visto que apresenta o que, em boa medida, seria a conformação de limites - diferentes dos que são aqui estudados por tratarem de contingências específicas e diversas das que estão em questão, mas que, de alguma forma, se relacionam à discussão eixo deste trabalho.

As técnicas desenvolvidas durante o século XVI, entretanto, parecem ter desaparecido do continente europeu até o final do século XVII, época em que houve um novo surto de sífilis. Neste período, a expressão *autoplasty* foi sugerida por Philippe Frédéric Blandin (1798 - 1849) para designar procedimentos cuja pele utilizada pertencia ao mesmo indivíduo no qual seria enxertada, cirurgias que,

conforme Gilman (2001), neste momento eram compreendidas como de natureza reconstrutiva. Ou seja, em momentos distintos da história procedimentos muito parecidos e algumas vezes com a mesma finalidade são designados de maneiras completamente diferentes. Infelizmente, não foram encontrados maiores detalhes sobre a categorização das cirurgias plásticas ao longo do tempo, e nem mesmo este trabalho se propõe a discutir mais demoradamente este ponto. Contudo, mesmo nessa brevíssima passagem podemos observar o caráter contingencial e fortemente permeável desses limites, e mesmo a própria ausência destes últimos em alguns casos.

O termo *plastic surgery*, por sua vez, foi o que se tornou mais amplamente difundido. Proposto por Pierre Joseph Desault (1744 - 1795), tal nomenclatura provém do grego - *plastikos*, no sentido de “apto a ser moldado” – e, conforme Gilman (2001), dizia respeito a procedimentos de ordem reparadora. Apesar de ser primeiramente sugerido por Desault, *plastic* viria a se tornar de uso comum apenas após a monografia de Carl Ferdinand von Graefe (1787 - 1840), intitulada *Rhinoplastik*, vir a público no ano de 1818. Por motivo desta publicação, cirurgia plástica foi por algum tempo compreendida, como um procedimento referente somente ao nariz (rinoplastia). Com o decorrer dos anos, contudo, inúmeras outras categorias com a terminologia *plasties* surgiram e, no ano de 1838, Eduard Zeis (1807 - 1868), ao realizar um *survey* sobre a área de atuação, utilizou o termo *plastic surgery* para designar toda uma gama de procedimentos reconstrutivos tanto da face quanto do contorno corporal (GILMAN, 2001).

Ainda conforme Gilman, a figura de Johann Friedrich Dieffenbach (1792 - 1847) - considerado por alguns como pai da cirurgia plástica - é bastante relevante neste contexto visto ser ele quem define os limites entre procedimentos “médicos” e “estéticos”. Além disso, teria sido Dieffenbach quem teria “protegido” a especialidade de sua associação com sífilíticos, bem como auxiliado na consolidação do campo da cirurgia plástica como independente. Nas palavras de Gilman (2001, p. 12): “The history of aesthetic surgery evolves from a conscious or unconscious juxtaposition with reconstructive surgery. This juxtaposition is often (as with Dieffenbach) seemingly arbitrary, but always meaningful”. É importante também ressaltar que, principalmente no contexto americano e europeu do qual trata o autor, a *cirurgia cosmética* também é uma definição largamente utilizada para denominar intervenções entendidas como estéticas.

Dados sobre as origens das cirurgias plásticas diferem de autor para autor. Davis (1995), por exemplo, reporta os primeiros procedimentos a 1000 anos a.C. Já Backstein e Hinek (2005) fazem menção a 600 anos a.C. Entretanto, ambas as publicações concordam ao afirmar que o berço destas intervenções é a antiga Índia onde parte do nariz era frequentemente cortado como forma de punição, de modo que a reparação se fazia algo importante e necessário. Contudo, o aparecimento da prática na Europa, segundo Davis (1995), é um tanto tardio, ao que consta, surgindo apenas no século XV. Conforme a autora, o médico siciliano Antonio Branca iniciou cirurgias no nariz utilizando enxertos de pele do próprio braço dos pacientes que era imobilizado e ligado ao nariz por tempo suficiente até que o implante de pele estivesse estabilizado. A técnica, chamada posteriormente de “Italian Method”, tratava-se, segundo Arallyn Primm (2013), do aprimoramento de um procedimento realizado a partir do chamado “Indian Method”. Apesar de Antonio Branca ser amplamente reconhecido pelo chamado “Italian Method”, conforme Feldman³³ (2004), fora Gaspare Tagliacozzi (1524 - 1599) quem desenvolveu a técnica de reconstrução do nariz a partir de um retalho de pele retirado do braço do paciente. Segundo Arallyn Primm (2013), no entanto, Tagliacozzi apenas registrou em *Die Curtorum Chirurgia*³⁴ o detalhamento da técnica que havia sido anteriormente desenvolvida por Antonio Branca. Por esse motivo, Tagliacozzi foi o primeiro cirurgião a adquirir a fama de “pai da cirurgia plástica” em uma época em que a sífilis acometia fortemente a Europa do século XVI. A técnica pela qual ficou conhecido, apesar de utilizada durante anos, nem sempre foi sinônimo de sucesso e muitas vezes o enxerto era deslocado devido algum acidente no local. Enfim, inúmeras técnicas de cirurgias plásticas surgiram e foram aplicadas de maneira esporádica entre os séculos XVI e XIX em pessoas com deformidades congênitas e danos corporais decorrentes de lepra ou sífilis de forma que os procedimentos foram sendo aperfeiçoados ao longo dos anos.

³³ Ellen Feldman é uma historiadora e escritora americana.

³⁴ Primeiro tratado acerca da especialidade médica. Nele continham explicações técnicas referentes à restauração de lábios, nariz e orelhas. Em outras referências o título da obra aparece como *De Curtorum Chirurgia* e não *Die Curtorum Chirurgia*. No entanto, não foram encontradas explicações a respeito dessa pequena diferenciação.

Apesar dos grandes nomes referentes à cirurgia plástica se concentrarem entre os séculos XVI e XIX, a especialidade passa a ganhar maior força já no século XIV juntamente com a consolidação na medicina. Entretanto, somente com o desenvolvimento de tecnologias específicas, principalmente as relacionadas à anestesia como a descoberta do éter e do clorofórmio em 1846 ou a utilização de antissépticos iniciada em 1867 que as cirurgias passam a ser entendidas como procedimentos médicos e operados com maior frequência (Davis, 1995). Ademais, anteriormente a esse período, intervenções - principalmente as cirúrgicas - não eram bem aceitas em um contexto em que o corpo era tratado como algo inviolável e que doenças e anormalidades corporais eram entendidas como punição por pecados cometidos pelos ascendentes. Também, o prestígio do cirurgião plástico era algo que pouco se relaciona ao que hoje observamos. Conforme Davis (1995, p. 15): *“The lowly status of the surgeon, who was up until the seventeenth century little more than a local barber, further accounts for plastic surgery being regarded as a slightly disreputable practice”*.

Entre os séculos XIX e XX destaca-se a eminente figura de John Orlando Roe (1848 - 1915) - cirurgião de Rochester, Nova Iorque -, conhecido como o pai da rinoplastia. Para além de seu reconhecimento técnico na área cirúrgica, o cirurgião se tornou largamente reconhecido por classificar em cinco categorias a diversidade de formas do nariz: romano, grego, judeu, arrebitado (*snub ou pug*) e celestial. Curioso e significativo é o fato de que, além de desenvolver essas diferentes tipologias, o cirurgião ainda relacionou cada uma delas a diferentes traços de caráter. Assim, o romano indicava força e vigor, o grego refinamento, o judeu desejo de prosperidade e comercialismo; já o arrebitado relacionava-se a um espírito fraco e voltado ao baixo desenvolvimento, bem como o celestial revelava fraqueza e curiosidade (Feldman, 2004). Orlando Roe não era, contudo, o único a relacionar o formato das estruturas nasais à personalidade, de toda maneira, tornou-se também reconhecido por desenvolver uma técnica específica que não demandava cicatrizes visíveis, o que permitia que um imigrante irlandês, após um procedimento de rinoplastia, se passasse por um “real” anglo saxão, conforme sugere Feldman (2004). É também no final do século XIX, segundo esta última autora, que a cirurgia plástica passa a se aproximar da psicologia. Nas palavras de Feldman:

Late-Nineteenth-Century methods were primitive by post-World War I standards, but the intent was sweeping. Plastic surgery aimed at nothing less than fostering human happiness. “Few patients suffer more of mental discomfort than the unfortunate possessors of some unsightly disfigurement on the face which attracts constant notice, few are more solicitous for any operation which promises relief, and none are more grateful for the slightest improvement in their condition,” wrote one surgeon. The reference to “mental discomfort” is telling. Plastic surgery and psychology, two initially suspect and subsequently extremely popular specialties of modern medicine, were entering their long and volatile love-hate relationship. (FELDMAN, p.2, 2004)

É também nos séculos XIX e XX, com a Guerra da Criméia (1853 -1856), a Primeira (1914 - 1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945), que houve um grande incremento das técnicas relativas à cirurgia plástica. Devido ao imenso número de vítimas com rostos e corpos mutilados e queimados, os métodos de reconstrução passaram a ser cada vez mais especializados. Desse modo, a especialidade começa a se afastar da fama que a associava apenas a males relacionados à sífilis e passa a representar uma área da medicina que trata daqueles que servem à nação, tornando-se, pouco a pouco, respeitável em termos de profissão pela sociedade (Davis, 1995). Ainda consoante esta última autora, é apenas nos meados do século XX que começam a emergir os procedimentos entendidos como de cunho estético ou cosmético, o que produz uma remodelação do campo da cirurgia plástica. Se antes as cirurgias visavam preponderantemente mitigar deformidades decorrentes de doenças ou malformações, após a segunda metade do século passado, os procedimentos tornam-se uma forma, também, de aprimoramento estético. Ou seja, segundo a autora, agora corpos “saudáveis” também eram matéria prima para as cirurgias plásticas (Davis, 1995). Além disso, novamente as tecnologias aparecem como parte da justificativa do refinamento de técnicas e para o aumento do número de procedimentos, visto que esses se tornavam cada vez mais precisos e seguros. Conforme Davis:

Improved technology is only part of the explanation, however. With the advent of cosmetic surgery, the rationale for surgical intervention in bodily appearance changed and, along with it, the kinds of technologies being developed. It was not only done for different reasons, but the scale on which it was performed shifted. The extension of plastic surgery into the realm of body

improvement has led to a veritable boom in cosmetic surgery - a kind of "Surgical Age" (Wolf, 1991). Cosmetic surgery become, for the first time, a mass phenomenon. (DAVIS, 1995, p. 16)

Enfim, não se trata então de afirmar que é neste momento histórico que as cirurgias plásticas aparecem pela primeira vez como parte dos aprimoramentos estéticos disponíveis, mas sim que é neste estágio que os procedimentos dessa natureza passam a ganhar uma proporção massificada, certamente como muitos outros produtos e serviços no período pós-guerra.

Harold Delf Gillies (1882 - 1960) surge, entre tantos outros, também como uma figura central neste período de consolidação da especialidade e foi, inclusive, citado por dois chefes do serviço de cirurgia plástica de hospitais-escola que entrevistei. Talvez isso se deva ao fato do médico ser mais próximo temporalmente das(os) atuais cirurgiãs(ões) plásticas(os), ou mesmo por motivo de haver uma bibliografia mais extensa sobre sua carreira e vida pessoal. No entanto, me deterei apenas a apresentar um brevíssimo panorama sobre este importante personagem relativo à história da especialidade.

Gillies foi um otorrinolaringologista neozelandês que trabalhava conjuntamente a outros cirurgiões em meio a Primeira Guerra Mundial. Alocado em um hospital militar de Rouen, na França, teria sofrido forte influência de Hippolyte Morestin (1869 - 1919), conhecido como "The father of the mouths" devido a suas descobertas relativas à cirurgia buco-maxilo-facial (BACKSTEIN E HINEK, 2005). Nesta época, Gillies passou a tratar basicamente soldados que sofriam de lesões na face que eram enviados diretamente para o seu centro médico. Neste local, organizado com o intuito de tratar especificamente danos faciais, o médico operava em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Após a Batalha de Somme³⁵, em 1916, em que inúmeros jovens soldados tiveram suas faces desfiguradas, Gillies tornou-se especialista também em procedimentos relativos ao nariz, boca e olhos utilizando retalhos de pele. Assim, logo começa a ensinar suas técnicas para outros cirurgiões plásticos, tanto localmente quanto no exterior, o que contribui demasiadamente para o desenvolvimento da especialidade. Ainda, em 1921, em conjunto com outros cirurgiões, Gillies auxiliou na criação da American Association

³⁵ A Batalha do Somme, também conhecida como Ofensiva do Somme, ocorreu entre os meses de julho e novembro de 1916 e foi considerada uma das maiores batalhas da Primeira Guerra Mundial.

of Plastic Surgeons (AAPS) (BACKSTEIN E HINEK, 2005). Ademais, o médico foi pioneiro na cirurgia de redesignação de gênero³⁶ ao operar, em 1946, Laurence Michael Dillon, primeiro homem transexual a submeter-se a uma faloplastia³⁷. Já em 1951, Roberta Cowell - primeira mulher transexual britânica a realizar uma cirurgia de redesignação de gênero - foi também operada por Gillies. Enfim, tamanha foi a influência do cirurgião plástico na Inglaterra que, ao final de sua vida, foi condecorado Sir. pela rainha do país³⁸.

No que tange à profissionalização da especialidade, segundo Feldman (2004), esta não diminuiu a tensão, já existente, entre defensores da cirurgia plástica como apenas reconstrutiva e os entusiastas desses procedimentos como também uma opção estética. Por conseguinte, começou a se tornar um tanto mais frequentes discursos no sentido de legitimar tais posicionamentos. John Staige Davis (1872 - 1946), em 1926, defendeu que: “The abdominal operation is necessary to the health of the patient, the operation for removal of wrinkles is unessential and is simply decorative surgery”. Nesse sentido, a cirurgia realizada com o propósito de embelezamento era tida como inaceitável por alguns, da mesma forma que um procedimento com o intuito de tornar o paciente menos perceptível no que tange a possíveis “defeitos” era compreendido como algo cabível e até mesmo necessário (FELDMAN, 2004). A questão, ainda conforme esta última autora, é como e por quem os limites entre estas duas esferas deveriam ser estabelecidos. Como determinar se uma “anormalidade” é algo passível de ser considerado como patológico ou apenas algo dentro do espectro das variações “normais”?

The problem was where the line should be draw and who was to draw it. How big or misshapen did a nose have to be to qualify as a deformity? Should the doctor or the patient make the determination? The questions were further complicated by America’s democratic ideals. Wasn’t it subversive to deny an individual the right to self-improvement?(FELDMAN, 2004, p. 2)

³⁶ Nomenclatura mais comumente utilizada no contexto da especialidade da cirurgia plástica

³⁷ Faloplastia é o termo utilizado para designar cirurgias de reconstrução peniana por motivo de perda parcial ou completa do órgão, ou onde é desejada a criação de um falo. Também pode ser chamada de plástica peniana, reconstrução peniana, cirurgia de redesignação sexual.

³⁸ Referência: http://library.transgenderzone.com/?page_id=635#.WMXmhdLyvIU > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

Como já tratado anteriormente, segundo Backstein e Hinek (2005), a devastação promovida pelas guerras mundiais foi uma espécie de catalisador para o incremento de técnicas e para o crescimento exponencial da especialidade em termos de profissionais habilitados e procedimentos realizados, bem como uma mudança drástica na forma como a cirurgia plástica era entendida pela sociedade. Além disso, as tecnologias provenientes desse mesmo período impulsionaram excepcionalmente o que hoje conhecemos como essa renomada especialidade. Se durante a Primeira Guerra os cirurgiões eram uma espécie de herói, ao findar deste período a especialidade voltou a ocupar um lugar, em boa medida, periférico (FELDMAN, 2004). Nessa mesma época, alguns cirurgiões passam a utilizar as técnicas aperfeiçoadas durante o período da guerra para operar civis que não estavam satisfeitos com suas aparências, não se atendo, então, apenas a “deformidades” congênitas ou causadas por acidentes. Em relação a isso podemos citar o caso específico de Fanny Brice - atriz norte-americana de teatro, rádio e cinema - que se submeteu a uma rinoplastia no ano de 1923 com o intuito de melhorar a aparência de seu nariz, considerado proeminente³⁹. A cirurgia aconteceu em seu apartamento no Ritz-Carlton, em Nova Iorque, e tratou-se de um grande evento, tanto pelo tipo de procedimento que estava sendo realizado quanto pela centralidade da figura de Fanny Brice no momento. Em decorrência disso, Henry Schireson - cirurgião que realizou a rinoplastia - até então desconhecido, tornou-se famoso pelo feito. Entretanto, não muitos anos depois, sua licença foi cassada e inúmeros processos judiciais contra ele foram abertos (HOWARD, 2005).

Ainda no que diz respeito à relação entre as grandes guerras e a ascensão dos procedimentos voltados para a estética facial e corporal, Feldman (2004) adiciona:

Though World War II temporarily silenced the debate between reconstructive and cosmetic surgery, it only exacerbated the problem. Not only were the new techniques even more impressive, there were now more surgeons eager to use them. How was the record number of physicians who had trained in this challenging new specialty to make a living once the war was over? Aesthetic surgery held as much promise for practitioners as it did for patients. In the years between the

³⁹ Para mais detalhes sobre a rinoplastia operada em Fanny Brice, ver: <https://drpaulhoward.me/2015/11/30/fanny-brices-nose-job/> > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

wars, plastic surgery had succeeded in professionalizing itself. Now it had to Market itself. Cosmetic procedures became consumer products, and it did not take long to target the prospective buyers. (FELDMAN, 2004, p. 2-3)

Em síntese, com um alto número de profissionais que haviam se especializado em decorrência da guerra e que, com o seu findar, não possuíam uma demanda satisfatória de pacientes cujas necessidades se restringiam a procedimentos que se preocupavam em sanar lesões provocadas por guerras ou patologias, a cirurgia estética acaba se tornando uma possibilidade atraente, um novo nicho de mercado para os cirurgiões plásticos (FELDMAN, 2004). Nos termos de Feldman (2004), caso não houvesse homens para reparar, havia ainda as mulheres para aprimorar. O vocabulário utilizado para designar as cirurgias plásticas passa, inclusive, a ter um tom doméstico, em alusão a uma feminilidade, a fim de captar um público específico, de modo que as palavras arrumar, consertar, limpar eram utilizadas para a promoção destes procedimentos. Novamente, nas palavras de Feldman:

Whether the language was domestic or medical in the postwar years, the consensus was the same. Husband-hunting girls, divorce-averse wives, and even career women had to look their best to succeed, and in the youth-oriented postwar culture, looking good meant looking young. America's postwar prosperity produced the first generation in history of healthy affluent fifty-year-olds, many of whom were willing to spend their hard-earned and carefully saved dollars to masquerade as the generation eager to shoulder them aside. The glut of plastic surgeons and the abundance of financially solvent patients altered the specialty's dynamics. Doctors were no longer passing down diagnoses like divine judgments, or even gatekeepers determining who could or could not undergo surgery, roles other specialties still guarded closely. They were skilled practitioners selling their talents. Patients were no longer diseased bodies in search of cures. They were informed consumers shopping for the best product at the right price (FELDMAN, 2004, p.3).

A última parte do trecho apresentado acima é extremamente significativa no que tange à história recente das cirurgias plásticas e a forma como tem se configurado a especialidade atualmente. Ainda assim, seria extremamente irresponsável afirmar de maneira generalista que é objetivamente nesse período

pós-guerra que as cirurgias plásticas estéticas, bem como a categoria em si, passam a ter o peso que hoje apresentam. Contudo, é possível estabelecer certas correspondências a partir do que se tem de informações sobre esse período. De maneira alguma se trata de falar que as circunstâncias sociais e econômicas deste momento são causa pontual do que hoje observamos em relação a esses procedimentos, mas certamente há pontos de confluência. Como sugerido por Feldman (2004), é nesse período que a necessidade de diagnósticos que amparassem ou justificassem as cirurgias plásticas começa a diminuir, bem como a indispensabilidade de uma patologia que fundamentasse a intervenção cirúrgica. Poderíamos aqui pensar em outras áreas da medicina que tomam um caminho muito semelhante, mas proponho que nos detemos neste momento às cirurgias plásticas e sobre como o que é abordado pela autora nos auxilia a um entendimento mais localizado da realidade atual desses procedimentos.

Outro ponto que aqui me parece crucial é a questão relacionada ao que poderíamos chamar, de maneira provisória, de “agente do diagnóstico”. Ou seja, em quem se concentra a legitimidade de reconhecimento e determinação daquilo que deve ser submetido a uma operação. Se em algum momento tal função ficou a cargo somente da figura do médico, em alguma medida isso parece deslocar-se a partir deste período. A necessidade de uma cirurgia plástica passa a não ser prescrita somente pelo cirurgião, mas pelo próprio indivíduo autônomo que gerencia sua saúde e aprimoramento corporal. Não há dúvidas de que, em boa medida, isso também interfere na forma como esses procedimentos são compreendidos e, certamente, performados. A noção de que a diferença crucial entre uma cirurgia plástica estética e uma cirurgia plástica reparadora se dava por meio de quem a indicava foi, inclusive, citada em uma entrevista realizada em função desta dissertação com um residente da especialidade. Ao ser questionado sobre seu entendimento acerca dessas categorias, o futuro cirurgião plástico relatou que um de seus professores defendia a ideia de que a cirurgia plástica estética era aquela cuja indicação se dava pelo próprio paciente, diferentemente da reparadora que necessitava de um diagnóstico e prescrição médicos. Ou seja, essa gestão corporal protagonizada pelo próprio paciente tem efeitos bastante profundos na realidade desses procedimentos, os quais passam a ser manejados de formas cada vez mais variadas e para diferentes finalidades. Por certo, não é apenas a centralidade do indivíduo na agência do diagnóstico da cirurgia plástica que irá conformar um

procedimento enquanto estético. Todavia, é possível entender que há certas confluências entre a dispensabilidade de uma prescrição e indicação médicas e o entendimento mais generalizado desses procedimentos enquanto algo que extrapola a esfera da saúde em direção àquilo que seria de uma alçada mais cosmética ou acessória.

Além disso, é também nesse período, após as guerras mundiais, que, ainda conforme Feldman (2004), a psicologia e a cirurgia plástica aproximam-se de maneira mais contundente, de modo que os procedimentos até então eletivos passam a ganhar justificativas amparadas em uma noção de saúde que extrapola um entendimento embasado apenas em aspectos orgânicos. Contudo, novamente, entendo ser importante frisar que não se trata de apresentar estes deslocamentos em termos de causa e efeito, mas apontar as possíveis relações entre estes, bem como a proximidade temporal do adensamento destes fenômenos, ou seja, uma maior legitimidade do paciente enquanto prescritor de procedimentos de aprimoramento corporal e a aproximação da psicologia do campo das cirurgias plásticas. Ainda sobre este tema, Feldman sugere que:

Since the early post-World War I days, plastic surgeons had been happy to join hands with their psychiatric colleagues. Both specialties were young, gaining a public following, and fighting for professional recognition and respect. They also shared the same goal: to make the patient happy. Some surgeons went so far as to describe their procedures as psychiatry with a scalpel. The assertion in 1930s, by J.W. Maliniak, a founder of the ASPRS⁴⁰, that deformities may cause insanity carries a touch of self-promotion, but studies by child psychiatrists during the same decade demonstrate that physical abnormalities led to feelings of inferiority, which could produce antisocial and even criminal behavior. [...] Three years earlier San Quentin Prison launched a plastic surgery program for inmates 'intended to give them a better chance to go straight. (FELDMAN, 2004, p.4)

“O psicólogo com o bisturi na mão” – expressão que deu nome ao livro (2012) de Andrea Tochio Antonio, baseado em sua dissertação de mestrado (2008) - já era mencionada desde o início do século XX, como podemos observar a partir do que sugere Feldman (2004) na citação acima. É possível então perceber a intrincada relação da psiquiatria e da psicologia com a especialidade da cirurgia plástica, bem

⁴⁰ ASPRS - American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons

como a insistência desse fenômeno até os dias atuais. Ainda conforme esta última autora, o conceito de “Complexo de Inferioridade” desenvolvido por Alfred Adler também pode ser considerado como uma grande contribuição para a entrada das cirurgias estéticas no rol de procedimentos necessários para uma vida mais plena. Ainda consoante Feldman:

Spurred by Alfred Adler’s formulation of the inferiority complex, a less sexually determined and more user-friendly theory than Freud’s, Americans set out not only to look inside themselves for feelings of inadequacy, as an ad for Adler’s Understanding Human Nature promised the book would enable them to do, but also to correct the causes of these feelings. Plastic surgeons rushed to record changes in character resulting from the upgrading of features, and the question of who would draw the line between mere imperfection and true deformity became moot. It no longer mattered if the nose looked straight to the physician, or the body weight appropriate. If the patient thought the nose was malformed or the body obese, surgery was the only hope for a good prognosis. The shift in responsibility, however, could spell trouble down the road. Knowledgeable surgeons lived in dread, and naive ones learned the peril of operating on individuals who suffered from delusional disorders, for whom the surgery was never a success, and litigation was a likely aftereffect. (FELDMAN, 2004)

Informações posteriormente a esse período – durante e logo após as Guerras Mundiais – são bastante escassas, de modo que parece haver um entendimento de que a partir deste momento (onde houve uma ruptura e maior delimitação entre procedimentos estéticos e reparadores) existe um movimento mais contínuo de desenvolvimento destas práticas até os dias de hoje. Desse modo, apenas chamo atenção para alguns pontos relativos a um período mais recente: 1) Na década 1990 houve a proibição do uso de próteses de silicone nos Estados Unidos⁴¹. Com o grande crescimento de procedimentos de aumento de mama, passou a se especular a possibilidade do silicone fazer mal à saúde, no sentido em que poderia aumentar o risco de câncer de mama e doenças autoimunes. Em decorrência da controvérsia, no ano de 1992, a FDA (Food and Drug Administration) impediu o uso de implantes mamários preenchidos pela a substância em formato gel, de modo que apenas as

⁴¹ Para mais informações a respeito deste ponto, ver: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm064461.htm> > acesso em 14 de fevereiro de 2017

próteses preenchidas por soro fisiológico continuaram a ser utilizadas no país. Ao que se sabe, a proibição teve pouco impacto em outros países, de forma que no restante do mundo, inclusive no Brasil, as próteses de silicone continuaram a ser comercializadas. No ano de 2006, no entanto, após inúmeros estudos científicos, os implantes de silicone em gel foram novamente liberados para o uso médico nos Estados Unidos. 4) Mais recentemente, no ano de 2011, no Brasil, em decorrência da descoberta de que as marcas PIP e Rofil estariam utilizando silicone industrial na fabricação de suas próteses⁴², criou-se uma legislação específica no sentido de proteger pacientes. Desse modo, hoje, as próteses devem ser todas aprovadas pela ANVISA e os processos de fabricação submetidos à avaliação periódica do INMETRO.

Enfim, não me ateno mais demoradamente aos fatos suscitados acima porque, embora bastante significativos para a história da cirurgia plástica, entendo que eles não são primordiais para o desenvolvimento de reflexões pertinentes ao eixo central deste trabalho. Dessa maneira, apenas os cito a fim de trazer um breve panorama da história recente destes procedimentos. No tópico que segue, tratarei sobre algumas das particularidades do Brasil no que tange à especialidade da cirurgia plástica e abordarei alguns dados quantitativos que demonstram a prevalência do país no que diz respeito ao volume de procedimentos realizados nos últimos anos.

2.3 CIRURGIA PLÁSTICA À BRASILEIRA

No Brasil, assim como na Europa e nos Estados Unidos, o desenvolvimento da especialidade da cirurgia plástica está fortemente atrelado à cirurgia geral. Conforme Matire Junior (2005), até o ano de 1807 o país, ainda colônia de Portugal, não detinha escolas de nível superior. É somente em fevereiro de 1808, com a vinda da família real portuguesa, que D. João cria a primeira Escola de Cirurgia na Bahia e, em abril do mesmo ano, a segunda iniciativa desta natureza, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, ambas com curso de duração de quatro anos. No ano de 1815, elas se tornam Academias de Medicina e Cirurgia e, em 1832, Faculdades de

⁴² Notícia referente ao fato citado: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/anvisa-suspende-importacao-das-proteses-de-silicone-pip-e-rofil.html> > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

Medicina, cujo curso já tinha extensão de seis anos. Ainda segundo Martire Junior (2005), “(...) o ensino brasileiro nascia já bem estruturado, pois em outros países, como os Estados Unidos, por exemplo, nessa mesma época, em suas faculdades, o tempo de duração do curso médico era de apenas alguns meses” (sem paginação).

No que tange propriamente à cirurgia plástica, datam de 1842 as primeiras publicações desta especialidade provenientes das faculdades da Bahia e Rio de Janeiro, únicas instituições desta natureza até o ano de 1899. As temáticas eram bastante variadas e apresentavam o que hoje, em certo sentido, compreenderíamos como cirurgias plásticas reparadoras. Cito, conforme Matire Junior (2005), alguns dos títulos das primeiras publicações brasileiras referentes à especialidade: “Considerações sobre o lábio leporino”, Joaquim Januário Carneiro (1842); “Considerações sobre rinoplastia”, João Baptista Lacerda (1843), “Diferentes causas de destruição dos lábios e paredes laterais da boca”, Pedro A. Vieira da Costa (1852), “Do princípio nervoso da queiloplastia⁴³ e genoplastia⁴⁴”, Alexandre Mendes Calasa (1853), “Operações que reclamam as lesões dos lábios”, José Soriano de Souza (1860).

Porto Alegre se destaca por ser a terceira cidade brasileira a receber uma faculdade de medicina. Em julho de 1898 a Congregação da Escola Livre de Farmácia, já existente na cidade desde 1894, e o corpo docente do Curso de Partos começaram a elaborar o que, no ano seguinte, seria a Faculdade de Medicina e Farmácia de Porto Alegre. Seu primeiro diretor foi Protásio Antônio Alves (WEBER, 1999) e a faculdade se constituía a partir dos cursos de medicina, farmácia, odontologia, obstetrícia e química industrial. Sediada na rua General Vitorino, nº 55, sua aula inaugural data de 15 de março de 1899.

Com o passar do tempo, outras faculdades de medicina foram sendo criadas no Brasil e os trabalhos referentes à cirurgia plástica passaram a ter maior volume. Martire Junior (2005) aborda alguns títulos de artigos publicados no início do século XX no país, que agora não provinham somente dos estados do Rio de Janeiro e da Bahia. Entre eles estão: “Diagnóstico do agente das queimaduras”, Eurípedes Clementino Aguiar, Bahia, (1902); “Dos métodos uretroplásticos empregados no tratamento de hipospádias”, Juscelino Monteiro Junior, Bahia, (1907); “As paralisias

⁴³ Intervenção cirúrgica que consiste na reconstrução do lábio lesado por traumatismos ou malformações congênicas, como o lábio leporino.

⁴⁴ Cirurgia facial destinada a reparar danos causados por câncer e úlceras.

do facial”, Jaime Tigre de Oliveira, Rio de Janeiro, (1907); “Enxerto autoplástico de Thiersch”, Christiano Carlos de Souza, Rio de Janeiro, (1908); “Tatuagem”, Candido da Costa Soares, Rio de Janeiro, (1909); “Método de Thiersch na blefaroplastia⁴⁵”, A. Florence, São Paulo (1909); “Tratamento da ozena e das deformações do nariz”, Bueno de Miranda, São Paulo (1909); “Sobre o quelóide”, José Augusto Godinho, Rio de Janeiro, (1910); “Tatuagem e destatuagem”, Estevão Junot Barreiros, Porto Alegre, (1913); “Do enxerto de Ollier-Thiersch” ideias atuais, Nelson Maciel Pinheiro, Rio de Janeiro (1913); “Anomalias congênitas da mão”, Décio do Amaral Fontoura, Rio de Janeiro (1914); “Do tratamento do entrópio cicatricial e da triquiases pelo processo de Lagleyse”, Lourenço Jordão, Porto Alegre, (1915); “Cirurgia estética”, José Rebello Netto, São Paulo (1915); “Correção dos genitais de um paciente hermafrodita”, David Rabello, Minas Gerais (1917); “Granuloma venéreo urceroso da boca”, Raul David de Sanson, Rio de Janeiro (1917); “Defeitos congênitos do lábio leporino”, Dagoberto Rodrigues de Souza, Rio de Janeiro (1919); “Hipertrofia mamária”, Zeferino Amaral (1919); “Anomalias congênitas dos dedos da mão”, Cláudio Costa, Bahia (1919); “Contribuição ao estudo da helioterapia nas queimaduras”, Francisco Hermano de Santana, Bahia (1920); “Autoplastias reparadoras da face”, Heitor Prager Froes, Bahia (1922); “Generalidades da cura da fealdade”, Renato Kehl, São Paulo (1923); “Plástica nasal – Implantação da cartilagem do septo”, Raul David de Sanson, Rio de Janeiro (1926); “Cirurgia estética”, Desidério Stapler, São Paulo (1926); “Método de Wolfe - Enxerto de pele total”, Danton Malta, São Paulo (1927); “Cirurgia plástica da face”, Renato Machado, Rio de Janeiro (1929) entre muitos outros.

Dentre os inúmeros trabalhos citados por Matire Junior (2005), chamo atenção para aqueles cujos títulos são “Cirurgia Estética” e datam, respectivamente, dos anos de 1915 e 1926, de autoria de José Rebello Netto e de Desidério Stapler. Certamente outros artigos do mesmo período abordam nuances do que compreenderíamos hoje como cirurgia estética. Contudo, estes dois empregam a palavra “estética” de maneira central, de forma que se tornam significativos, sobretudo pelo fato de se tratarem de estudos que remontam o início do século passado. É possível então perceber que no Brasil, a discussão sobre cirurgias

⁴⁵ Blefaroplastia é qualquer cirurgia que se ocupe das pálpebras, sejam superiores ou inferiores. Este procedimento normalmente tem como objetivo eliminar bolsas de gordura, rugas e flacidez desta região.

plásticas, bem como sua relação com aspectos estéticos, ocorre no mesmo período em que países Europeus e nos Estados Unidos.

O destaque do Brasil no que se refere a cirurgias plásticas estéticas é algo que parece estar relacionado à origem da especialidade médica no país. Ainda conforme Martire Junior (2005), Antonio Pires Rabelo fundou uma clínica médica denominada “Academia Científica da Beleza” na década de trinta no Rio de Janeiro. Mesmo tendo realizado cirurgias plásticas, Rabelo, contudo, dedicou-se mais propriamente à dermatologia estética. É também na década de trinta que, em São Paulo, surge a primeira clínica de cirurgia plástica, criada por José Rebello Netto na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. É bastante expressivo que Rebello Netto, alguns anos antes, em 1915, tenha defendido a tese cujo título era “Cirurgia Estética”, como mencionado anteriormente. Consoante Martire Junior, o cirurgião criou o que é apontado por muitos como o marco inicial de nascimento da especialidade no país, visto que, com a criação da clínica, passou a oferecer a primeira formação especializada do país. Nas palavras de Martire Junior (2005):

Em abril de 1930 o serviço de Cirurgia Plástica, criado por Rebello Netto, a célula mater da especialidade, intitulava-se Unidade de Cirurgia Plástica e fazia parte integrante do serviço de Otoni de Rezende. A partir de 1938 foi criado o Serviço de Cirurgia Plástica, no Pavilhão Conde Lara, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rebello Netto promoveu também intercâmbio com cirurgiões plásticos de todo o mundo destacando-se entre eles: Sir Harold Gillies, Bames, Padget, Joseph entre muitos outros. Seus assistentes Alípio Pernet, Álvaro Duarte Cardoso, Victor Spina e Vladimir do Amaral originariam outros serviços de cirurgia plástica. (MARTIRE JUNIOR, 2005, não paginado)

Ainda na década de 1930 foi criada a primeira disciplina de Cirurgia Plástica por Antonio Prudente Meirelles de Moraes, na Escola Paulista de Medicina que nascia em 1933, junto com o ensino formal da especialidade. Segundo Martire Junior, apesar de desde o início do século XX haver diferentes iniciativas relativas às cirurgias plásticas no Brasil, é a partir dos empreendimentos de Rebello Netto e Prudente Meirelles que a especialidade passa a integrar tanto faculdades quanto clínicas de forma interdependente, de maneira que a formação na área passa a ser formalmente organizada.

A década de quarenta é especialmente significativa no que tange à institucionalização da disciplina no Brasil. No ano de 1940, é fundada a Sociedade Latino Americana de Cirurgia Plástica, cuja sede era em São Paulo no consultório de Antonio Prudente. No ano seguinte, 1941, realizou-se o primeiro Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica de modo simultâneo em São Paulo e no Rio de Janeiro, no período entre de 06 a 12 de julho. Alguns anos depois, em 1948, é criada a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), cujos sócios fundadores eram: José Rebello Netto, Antonio Prudente, Souza Cunha, Lauro Barros de Abreu, Alípio Pernet, Antonio Duarte Cardoso, Victor Spina, Georges Arié, Roberto Farina, Carlos Caldas Cortese e Paulo de Castro Correa (MARTIRE JUNIOR, 2005). Rebello Netto e Antonio Prudente continuavam a ser figuras de extrema importância nesse cenário, exemplo disso é que foram, respectivamente, o primeiro e segundo presidentes da SBCP. Extremamente expressivo é ainda o fato de já existir, antes mesmo da fundação da Associação Médica Brasileira, uma instituição específica para a difusão e integração do conhecimento relativo à cirurgia plástica em âmbito nacional. Conforme Martire:

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) tornar-se-ia o órgão máximo da especialidade, conferindo o título de especialista, criando as regras para tal, credenciando e fiscalizando serviços para formação de especialistas, organizando congressos, etc. Claro que esse processo será gradual e ocorrerá ao longo do tempo. A SBCP ficou inicialmente filiada à Associação Paulista de Medicina (APM), pois, não existia ainda a Associação Médica Brasileira (AMB) que surgirá apenas em 1951. A expansão da cirurgia plástica no Brasil, a partir da década de quarenta, em parte foi fruto do estímulo provocado pela criação das Sociedades Latino-Americana e Brasileira de Cirurgia Plástica, mas também, em grande parte, pelos cursos realizados de norte a sul do país por Rebello Netto. (MARTIRE JUNIOR, 2005, não paginado)

Em 1949 Ivo Pitanguy começa a atender no Pronto Socorro do Hospital Souza Aguiar e em 1954 funda o serviço de Cirurgia Plástica Reparadora da Santa Casa de Misericórdia. A figura do cirurgião é extremamente significativa tanto no âmbito brasileiro quanto no contexto internacional. Dentre as inúmeras especializações de Ivo Pitanguy, se destacam as oportunidades em que trabalhou

nos serviços de Sir Harold Gillies e Sir Archibald McIndoe, na Inglaterra⁴⁶. Com a criação da 38ª enfermaria da Santa Casa, em 1959⁴⁷, Pitanguy passou proporcionar cirurgias plásticas em maior escala para classes menos favorecidas economicamente, o que, compreendo, auxiliou em grande medida nos rumos que a especialidade tomaria no contexto nacional. No que tange à educação de novos cirurgiões plásticos, a figura deste cirurgião também é enormemente expressiva, já que foi por sua iniciativa que foi implementada uma estrutura de formação profissional e de ensino precursoras, com curso de pós-graduação em cirurgia plástica com duração de três anos e que já formou mais de 500 profissionais brasileiros e de outros 40 países⁴⁸.

“A busca da cirurgia plástica emana de uma finalidade transcendente. É a tentativa de harmonização do corpo com o espírito, da emoção com o racional, visando estabelecer um equilíbrio que permita ao indivíduo sentir-se em harmonia com sua própria imagem e com o universo que o cerca⁴⁹.” Esta citação, de autoria de Ivo Pitanguy, expressa, em grande medida, o entendimento e a relação do cirurgião com os limites entre aquilo que conformaria o estético e o reparador nas cirurgias plásticas. Mais recentemente, em artigo publicado no ano de 2009, de autoria do cirurgião e colegas, e que serve de referência para várias outras publicações, abarca, o que também foi evidenciado em discursos médicos provenientes de entrevistas realizadas por motivo desta dissertação. Ou seja, a *qualidade de vida* aparece como uma categoria que explicaria a importância das cirurgias plásticas dentro do escopo do cuidado com a saúde. Abaixo, um trecho do artigo em questão, “Estudo prospectivo da avaliação da qualidade de vida e aspectos psicossociais em cirurgia plástica estética” (2009):

Para aferir de maneira objetiva a importância da Cirurgia Plástica estética tentou-se neste trabalho analisar a qualidade de vida e os aspectos psicossociais dos pacientes submetidos

⁴⁶ Informações retiradas do site do cirurgião: <http://pitanguy.com.br/pitanguy/> > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

⁴⁷ Informação retirada do documento: <http://www.aexpi.com.br/new/avulso/FormacaodoCP.pdf> > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

⁴⁸ Informações retiradas do site do cirurgião Ivo Pitanguy: <http://pitanguy.com.br/pitanguy/> > acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

⁴⁹ Citação também obtida através do site do cirurgião.

a tais procedimentos. No sentido amplo da palavra: Saúde não significa somente a ausência de doença, e sim o bem-estar físico e social, tornando a cirurgia plástica estética o elo para esse bem-estar. (PITANGUY, 2009 p. 357)

Enfim, Ivo Pitanguy, além de sua repercussão internacional, está intimamente relacionado à forma como a cirurgia plástica se desenvolveu no Brasil. Em relação a isso, destaco três pontos que entendo serem cruciais: 1) o desenvolvimento de um trabalho voltado para classes economicamente menos favorecidas⁵⁰; 2) dedicação de boa parte de sua carreira para a formação de novos profissionais; 3) elaboração da cirurgia plástica, tanto em seus discursos e palestras quanto em artigos publicados, enquanto especialidade médica que trata também de aspectos psicológicos e sociais dos pacientes. Certamente, estes três pontos se combinam de diferentes formas e relativamente a isso é possível tecer inúmeras reflexões. Contudo, a fim de não me alongar, apenas sugiro que, apesar de Ivo Pitanguy não ser causa direta do que hoje compreendemos como o fenômeno da cirurgia plástica no Brasil, sua figura condensa, em grande medida, vários aspectos que estão fortemente relacionados ao que observamos atualmente no país.

A década de cinquenta, conforme Martire Junior (2005), apresenta-se como especialmente importante para a especialidade no país, já que é nesse período que técnicas brasileiras se tornam conhecidas internacionalmente, a exemplo da mastoplastia de Georges Arié e a abdominoplastia de Callia (não consta o primeiro nome do médico), entre outras. Ainda segundo o autor, nas décadas de sessenta e setenta a cirurgia plástica brasileira já se encontra entre uma das melhores do mundo. E também nesse período que se intensificam o número de clínicas voltadas para a especialidade e a vinda de médicos estrangeiros com o intuito de se especializarem no país. O acontecimento mais significativo da década seguinte, 1980, no que diz respeito à especialidade, é o fato de que a Sociedade Brasileira de cirurgia plástica aumenta a duração da residência de dois para três anos⁵¹.

Em 1992, o então presidente da SBCP, Liacyr Ribeiro, propõe a modificação do nome da Sociedade com a justificativa de que outras instituições de mesma

⁵⁰ Contudo, sempre operou por meio de seu consultório particular e tornou-se famoso por realizar cirurgias plásticas em personalidades e artistas famosos.

⁵¹ Apesar de inúmeras buscas, não encontrei fontes que tratassem a partir de que ano a formação em cirurgia geral passa a ser obrigatória para a realização da residência em cirurgia plástica.

natureza entravam no processo de incorporação dos termos “estética” e “reconstrutiva” em suas denominações. A entidade passa então a se chamar Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora (SBCPER). Conforme Antonio (2012), essa iniciativa visava evitar que outras Sociedades de medicina estética fossem confundidas com a SBCP. A modificação foi aceita e perdurou até o final da década de noventa, quando a instituição voltou a se chamar Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (ANTONIO, 2012, p.133). Em 16 de maio de 2001, através da resolução nº 1621/2001⁵², o Conselho Federal de Medicina trata sobre a integralidade da disciplina. Conforme o art. 1º: “A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente”. Ou seja, sugere-se que não há diferenciação explícita entre cirurgias plásticas estéticas e reparadoras. Ainda, o artigo 2º da mesma resolução traz que: “O tratamento pela Cirurgia Plástica constitui ato médico cuja finalidade é trazer benefício à saúde do paciente, seja física, psicológica ou social”. Ainda, a resolução considera que “(...) a Cirurgia Plástica visa tratar doenças e deformidades anatômicas, congênitas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas consequências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicossocial e consequente melhoria sobre a sua qualidade de vida”. Em síntese, tal regulamentação da especialidade nos sugere um caráter indivisível, bem como a sua íntima relação com um entendimento de saúde que abarca não apenas questões “físicas”, mas também aquelas de natureza “psicológica” e “social”.

Martire Junior aponta ainda que até a data da publicação de seu livro “Cirurgia Plástica” (2005) a SBCP - que em sua fundação (1948) contava com onze sócios - contabilizava 3.877 membros, dentre eles 514 residentes, o que significa o maior número de médicos e médicas em formação nesta especialidade em um país. Atualmente, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica é composta por aproximadamente 5200 cirurgiões plásticos, entre titulares, associados e aspirantes a membros⁵³. A seguir, trato de alguns dados que entendo serem pertinentes para

⁵² A Resolução nº 1621/2001 pode ser acessada através do seguinte endereço: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm > acesso em 14 de fevereiro de 2017.

⁵³ Informações provenientes do *site* da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/> > acesso em 14 de fevereiro de 2017.

um entendimento mais situado acerca da especialidade no Brasil, bem como a sua dimensão em relação a outros países que também se destacam nesse contexto.

Entendo ser pertinente, a fim de melhor situar a leitora e o leitor, apresentar rapidamente alguns dados que demonstram a amplitude e o alcance das cirurgias plásticas no país. Estes números e gráficos de maneira alguma pretendem ilustrar a realidade relativa a essa especialidade médica. Entretanto, nos sugerem a prevalência destes procedimentos nos últimos anos e, sobretudo, o destaque do Brasil nesse âmbito. Infelizmente estas informações compreendem apenas as intervenções entendidas como de caráter estético e que foram realizadas por médicas e médicos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e demais associações nacionais vinculadas à International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Isso se dá pelo fato de que a pesquisa da qual provém estes números é elaborada por esta última entidade. Ou seja, uma organização cujo foco é procedimentos estéticos. Os dados apresentados baseiam-se nos *surveys* relativos aos anos de 2010, 2011, 2013, 2014 e 2015, de modo que não há informações referentes ao ano de 2012⁵⁴.

No ano de 2010, de acordo com o “International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010”, foram realizados um total de 6.735.640 procedimentos estéticos cirúrgicos por cirurgiões plásticos, 1.090.838 (16%) nos Estados Unidos e 1.037.958 (15%) no Brasil. No ano seguinte, 2011, foi registrado o total de 6.371.070, dos quais 1.094.146 (17,2%) realizados nos Estados Unidos e 905.124 (14,2%) no Brasil. Ressalto que o ano de 2013 é um marco em relação às estatísticas relativas às cirurgias plásticas por ser a primeira ocasião em

⁵⁴ Para mais informações a respeito da metodologia dos surveys, acessar os documentos na íntegra: INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC. ISAPS 2010. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2010.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

_____. ISAPS 2011. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2011.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

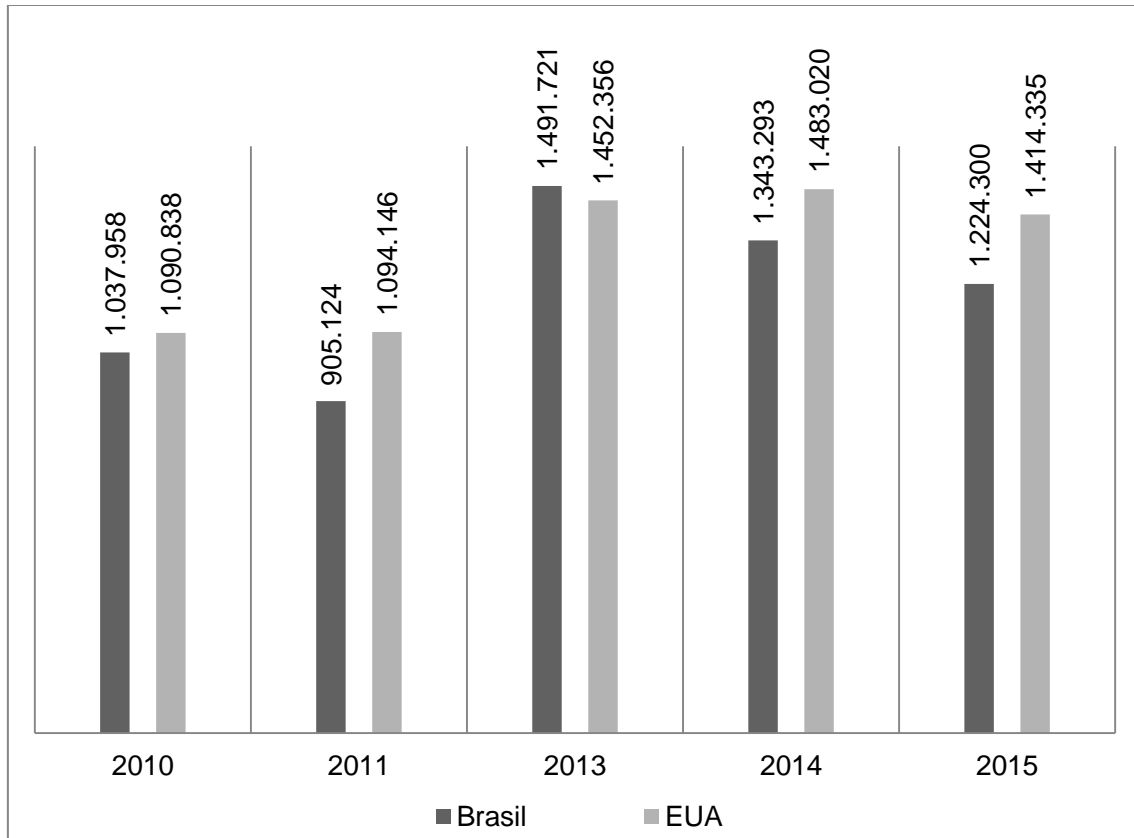
_____. ISAPS 2013. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

_____. ISAPS 2014. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

_____. ISAPS 2015. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2015.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

que o Brasil supera os Estados Unidos em números absolutos em termos de procedimentos cirúrgicos. Neste ano, o total de cirurgias plásticas estéticas é de 11.599.336, 1.452.356 (12,5%) nos Estados Unidos e 1.491.721 (12,9%) no Brasil. A seguir, um gráfico que expressa estes dados:

Gráfico 1: Procedimentos estéticos cirúrgicos realizados nos anos de 2010, 2011, 2013, 2014 e 2015 no Brasil e Estados Unidos da América (EUA)⁵⁵



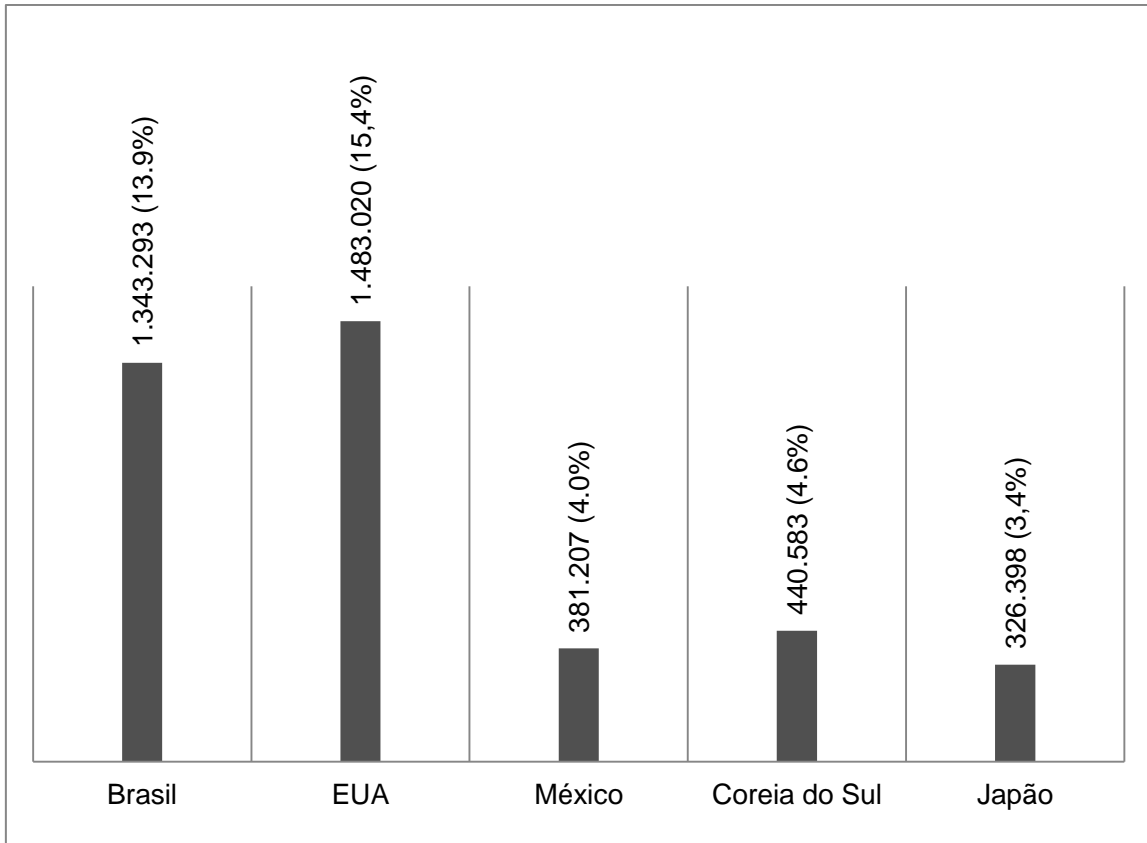
Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2010; 2011; 2013; 2014 e 2015)

Em 2014, como foi possível observar na ilustração, foram realizados no Brasil um total de 1.343.293 (13,9%) de procedimentos desta natureza de um total de 9.645.395. E, em 2015, último ano que temos acesso a essas estatísticas, foram operadas 9.641.253 cirurgias plásticas em todo mundo, sendo 1.224.300 (12,7%) no Brasil. Apesar de ficar atrás dos Estados Unidos em 2014 – diferentemente do ano anterior – o Brasil cresceu em termos de percentagem, concentrando mais de 13%

⁵⁵ No foi realizado *survey* referente ao ano de 2012

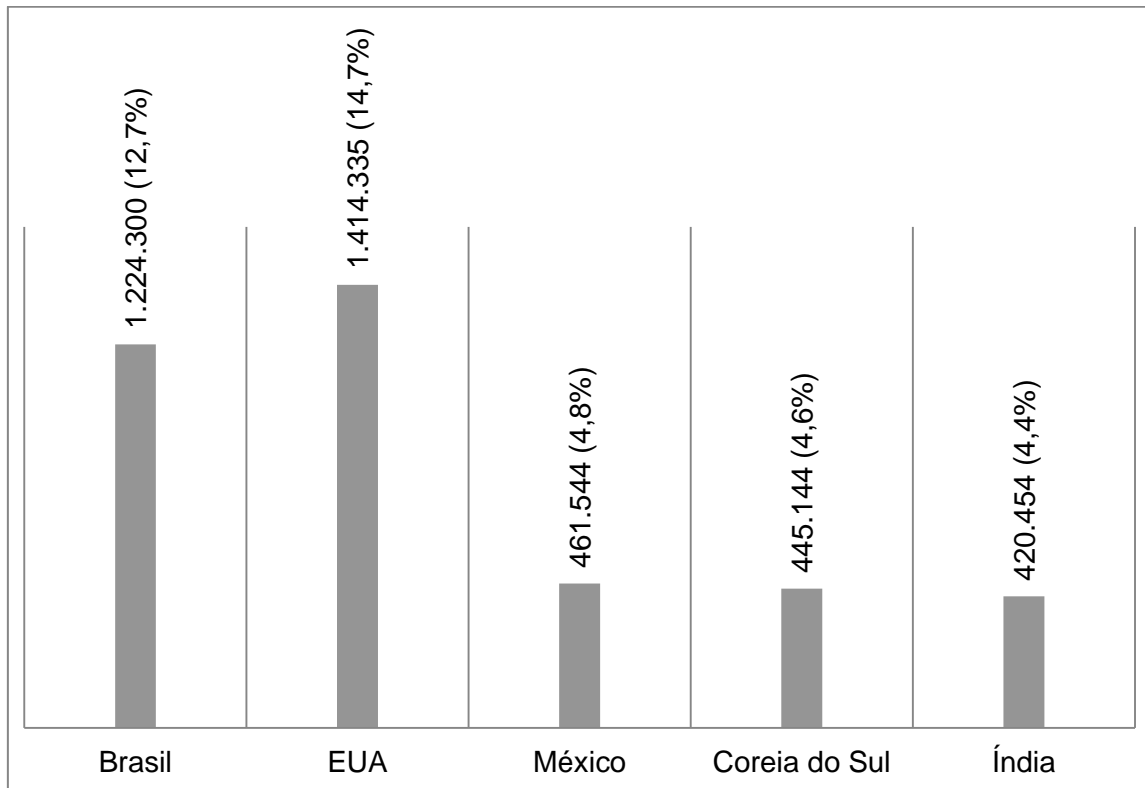
das cirurgias plásticas estéticas mundiais. Abaixo, algumas estatísticas acerca dos países que se destacaram no ano de 2014:

Gráfico 2: Cinco países que mais realizaram procedimentos estéticos cirúrgicos no ano de 2014.



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2014).

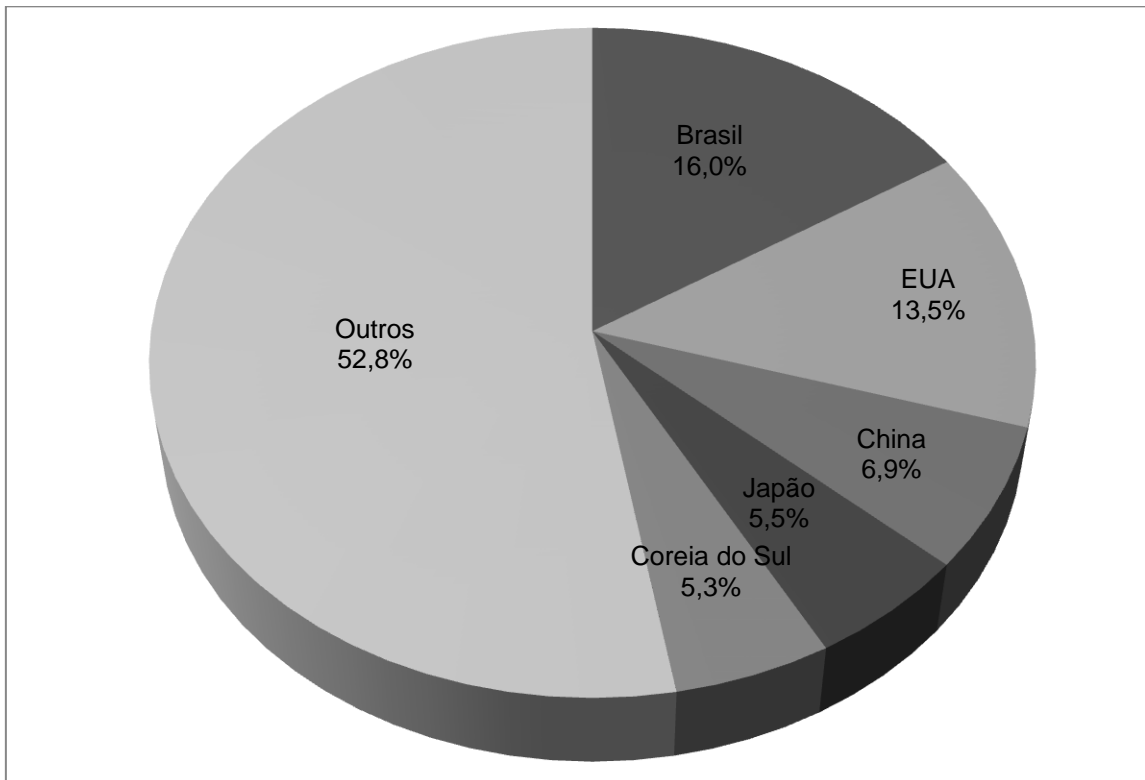
Gráfico 3: Cinco países que mais realizaram procedimentos estéticos cirúrgicos no ano de 2015.



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2015).

Tendo como base os dados apresentados acima, é importante atentar para o fato de que, apesar de outros países apresentarem um grande número de procedimentos realizados, em todos os anos, tanto o Brasil quanto os Estados Unidos, não somente aparecem na segunda e primeira posição, como também apresentam números imensamente superiores aos terceiros, quartos e quintos colocados. Podemos sugerir, então, que estes dois países, de acordo com os dados, são referência no que diz respeito às cirurgias plásticas estéticas e estão longe de cederem seus postos neste ranking. Por último, segue abaixo uma estimativa referente ao número de cirurgiões plástico por país, levando em consideração os cinco países com maior número de profissionais desta área:

Gráfico 4: Números de cirurgiões plásticos por país referente ao ano de 2015



Fonte: Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2015).

Apesar de inúmeras buscas, não foram localizados dados e referências precisas sobre as cirurgias plásticas estéticas em anos anteriores a 2009 no contexto nacional e internacional. Além disso, de acordo com ISAPS Global Statistics, que se apresenta como a única organização que coleta dados respectivos a cirurgias plásticas em amplitude global, não há estudos sobre o ano de 2012 e o documento referente a 2016 ainda não tem divulgação prevista.

Visto que nos Estados Unidos, país onde os dados apresentados foram compilados, há uma forte diferenciação entre cirurgias estéticas e reparadoras, conforme me foi sugerido por médicas entrevistadas, as estimativas também se separam nestas duas categorias. Já que não tive acesso a nenhuma outra fonte de dados que abrangesse o Brasil, os números aqui apresentados são referentes somente a cirurgias plásticas estéticas realizadas por médicas e médicos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Desse modo, números relativos a procedimentos reparadores não são abarcados. Infelizmente não tive acesso a

dados referentes a cirurgias plásticas efetuadas no contexto do SUS⁵⁶, que possivelmente englobariam procedimentos estéticos e reparadores.

Ainda, com base nas informações apresentadas ao longo deste tópico, é possível tecer algumas observações. A primeira delas, e talvez a mais central no que se tange a este trabalho, trata-se de um questionamento: Já que estaríamos tratando de cirurgias estéticas, ao menos no que diz respeito aos dados anteriormente abordados, acerca de quais procedimentos estamos discorrendo? Conforme o *survey* desenvolvido pela International Society of Aesthetic Plastic Surgery, as cirurgias mais realizadas no país são: lipoaspiração⁵⁷ (182.765), mamoplastias⁵⁸ de aumento (166.430), cirurgia na região dos olhos (143.165), abdominoplastia⁵⁹ (131.120), mastopexia⁶⁰ (80,520) e rinoplastia⁶¹ (65.120)⁶².

O curioso é que estes mesmos procedimentos, como poderemos observar ao longo deste trabalho, em alguns momentos são concebidos pelos cirurgiões enquanto cirurgias plásticas reparadoras. Certamente inúmeras outras questões estão imbricadas na conformação de uma mamoplastia de aumento, por exemplo, enquanto estética ou reparadora. No entanto, gostaria de frisar neste ponto, e retomarei novamente mais adiante, que todos os procedimentos abarcados pelo *survey* tratam-se, muito possivelmente, de cirurgias realizadas em clínicas particulares. Imagino que se tratasse de operações realizadas no contexto do

⁵⁶ Não localizei dados oficiais acerca do número de cirurgias plásticas realizadas a partir do Sistema Único de Saúde.

⁵⁷ Lipoaspiração é um procedimento cirúrgico que retira a gordura por meio de uma cânula que a aspira. Ou seja, não se atém à correção da firmeza da pele ou dos músculos como a abdominoplastia.

⁵⁸ Mamoplastia é a cirurgia plástica das mamas humanas que visa alterar o volume ou a forma delas, aumentando-as por meio da aplicação de silicone ou diminuindo-as por meio da retirada de tecido mamário.

⁵⁹ Abdominoplastia é uma cirurgia plástica realizada para retirar o excesso de pele da região abdominal e proporcionar a reparação dos músculos. Normalmente é indicada para pacientes que perderam peso na região da barriga e apresentam flacidez ocasionada por músculos que se afastaram ou perderam a firmeza. Assim, o procedimento ocupa-se, além da retirada de pele, do reposicionamento dos tecidos musculares.

⁶⁰ Mastopexia, também conhecida como lifting das mamas, tem como intuito reposicionar a aréola em posição mais alta e remodelar o tecido mamário através da retirada do excesso de pele.

⁶¹ Rinoplastia é a cirurgia plástica relativa ao nariz. Há diversas abordagens possíveis, entre elas: aumentar ou diminuir o nariz, dar projeção à ponta, afinar as asas nasais e até diminuir a giba óssea, que é a designação médica para o "osso" ou "calo" do nariz.

⁶² Números relativos ao "International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures in 2015"

Sistema Único de Saúde isso teria que ser informado de maneira bastante evidente, o que não ocorre. Levando em consideração que certamente estamos tratando de cirurgias plásticas realizadas no âmbito da saúde privada, é possível, inclusive, pensarmos de que forma o local em que são realizados estes procedimentos auxilia na conformação destes enquanto estéticos e reparadores. Ou seja, uma rinoplastia que ocorre em uma clínica particular - em um contexto em que quem arca com os custos é, prioritariamente, o paciente - presumivelmente trata-se de uma cirurgia plástica estética. Certamente esta ligação não é direta e não funciona em termos de causa e efeitos. Contudo, é possível que pensemos a partir destes termos a fim de traçar certas observações a respeito.

Ainda, é importante que nos debrucemos rapidamente sobre uma segunda questão. Quem são os pacientes que estão se submetendo a estas cirurgias? Segundo informações provenientes do *survey* realizado no ano de 2015, 84.7% são mulheres e apenas 15,3% são homens. Infelizmente estes dados correspondem a uma porcentagem geral que engloba todos os países participantes da pesquisa, de modo que não há dados específicos relativos ao Brasil. Contudo, ainda assim, é razoável pensarmos que estas estatísticas, em grande medida, representam o que ocorre também em nosso país. Se assim for, estamos falando de cirurgias realizadas preponderantemente em mulheres. Assim, qual seriam os encadeamentos disso com a questão estética/reparadora? Entendo que seja extremamente precipitado sugerir a existência de uma relação direta entre esses fatores. Entretanto, será que esses mesmos procedimentos, se realizados em maior quantidade por homens, ainda assim se encontrariam na alçada da estética? Em relação a isso, Antonio (2012) traz o exemplo das cirurgias de ginecomastia⁶³ realizadas em homens. O procedimento que visa diminuir o volume mamário é significativo do fato que um mesmo procedimento – redução das mamas – quando operado em homens e mulheres, além de se conformar como cirurgias completamente diferentes em termos médicos⁶⁴, também são compreendidas em categorias diferenciadas por leigos. Ou seja, a redução do volume mamário em homens, na grande maioria dos casos, é alocada como uma cirurgia plástica reparadora, ao mesmo tempo em que a

⁶³ Aumento do volume das mamas no homem, comumente causado por medicamentos e desequilíbrio hormonal.

⁶⁴ Refiro-me aqui à designação do procedimento, mas não somente. No caso dos homens chama-se ginecomastia, e no das mulheres, mastoplastia ou mamoplastia.

diminuição das mamas em mulheres nem sempre é entendida/performada nessa mesma categoria.

Enfim, a forma como a especialidade tem se conformado ao longo do tempo em um contexto internacional bem como a maneira como vem se desenvolvendo no Brasil nos sugere inúmeras questões pertinentes ao tema mais central desta dissertação. Contudo, tratei brevemente apenas daquilo que, levando em consideração as referências teórico-metodológicas em que este trabalho está ancorado, se faz mais visível e pertinente. Nos dois capítulos que seguem, trago alguns dados relativos à pesquisa realizada com cirurgiões plásticos, residentes e graduandas de cursos de medicina a fim de aprofundar tal questão. Sugiro, entretanto, que não percamos de vista a breve explanação sobre dados históricos relativos à disciplina, de modo que eles sirvam também para a construção de uma discussão mais situada acerca do que será posteriormente apresentado.

3 A FORMAÇÃO MÉDICA

Neste capítulo tratarei, antes de tudo, sobre a formação das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) e de que forma questões pertinentes a este tópico estão mais ou menos relacionadas à conformação das cirurgias plásticas enquanto estéticas ou reparadoras. Certamente essas aproximações não estão dadas e são produzidas também pela escrita deste trabalho. Isto é, destaco novamente que abordar a temática dos limites entre reparador e estético através destes procedimentos ou, mais especificamente, a partir da formação da especialidade – por meio de dados históricos – e da prática médica atual é uma escolha que se deve tanto ao entendimento de que se trata de um assunto pertinente aos estudos antropológicos de maneira ampla, quanto ao fato de ser uma discussão recorrente também no meio médico. O intento é tratar sobre esse tema apoiada naquilo que presenciei durante os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica e nas entrevistas concedidas por profissionais da área. A partir destes dois eixos entendo ser possível traçar alguns pontos de encontro entre a formação médica e a conformação do estético e reparador no âmbito dessa especialidade da medicina. Não se trata, então, de uma visão abrangente acerca de uma realidade mais geral relativa a essa área, mas de um recorte bastante delimitado e sucinto que, entendo, pode nos fornecer pistas interessantes para pensarmos tanto as cirurgias plásticas quanto nossos entendimentos acerca de corpo, saúde e fronteiras.

Este capítulo se divide em duas partes. Início a primeira delas discorrendo brevemente sobre as Ligas de Cirurgia Plástica, o que são e de que forma contribuem para a formação dos futuros médicos e médicas. Após, trato acerca das residências em cirurgia plástica, trazendo um pouco daquilo que fora relatado por cirurgiãs(ões) plásticas(os) e residentes as(os) quais entrevistei. Por último, discorro sobre alguns pontos relativos àquilo que justificam as escolhas das(os) profissionais pela área da cirurgia plástica. Ou seja, abordo alguns pontos que se apresentam como especificidades desta área da medicina a fim de melhor compreender a formação médica e de que maneira ela nos auxilia em um entendimento mais situado acerca de como tem se conformado esta especialidade.

A segunda parte deste capítulo versa sobre alguns pontos abarcados nos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica, momentos em que as(os)

graduandas(os) têm seu primeiro contato com os conhecimentos mais específicos relativos à especialidade. Partindo da compreensão de que essas aulas e palestras são também parte da formação das(os) cirurgiãs(ões), da própria cirurgia plástica enquanto área de conhecimento e de como se conformam os procedimentos na prática, é possível empreender o esforço de um entendimento acerca das fronteiras entre estético e reparador também a partir dos tópicos abarcados nessas ocasiões.

É indispensável, antes de iniciarmos a primeira parte deste capítulo, uma breve explanação acerca das etapas necessárias para a formação de cirurgiãs e cirurgiões plásticos no Brasil. Informações mais detalhadas sobre a residência médica em cirurgia plástica, etapa final da formação do profissional, serão abordadas adiante, quando tratarei especificamente sobre o tema. Por hora, me detenho somente a explicitar que a formação total de um cirurgião ou cirurgiã plástica compreende, no mínimo, onze anos de dedicação acadêmica e clínica/cirúrgica. Isto é, a graduação em medicina tem uma duração mínima de seis anos e é só depois de formada(o) e com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) que a(o) médica(o) pode realizar a residência em Cirurgia Geral. Para tanto, é obrigatória a realização de seleção que consiste em uma prova que é aplicada pela Associação Médica Brasileira (AMB). A especialização tem duração de dois anos e somente com o título proveniente desta é que a(o) então cirurgiã(o) geral está apta(o) realizar a residência em cirurgia plástica. Esta, por sua vez, também possui um processo de triagem que consiste em uma prova igualmente desenvolvida pela AMB. Ao final dos três anos de formação na especialidade, para receber o título de cirurgiã(o) plástica(o), a(o) residente deve ainda se submeter a uma prova aplicada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e ser aprovada(o)⁶⁵.

Ao longo de toda a residência médica da especialidade, as(os) residentes são convidados a assistir aulas semanais promovidas pela própria SBCP que ocorrem todas as terças-feiras na sede regional. As(os) alunas(os) que obterem mais de 75% de presença garantem uma pontuação a mais na prova que deve ser realizada ao final da residência. As aulas são ministradas por meio de vídeos em que

⁶⁵ De acordo com a resolução 2.149/2016 do CFM, para receber o título de especialista em Cirurgia Plástica, o médico – já especialista em Cirurgia Geral – deve cursar a formação de três anos de residência médica na especialidade e, ao final, ser aprovado na prova aplicada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP).
Referência: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf > acesso em 14 de fevereiro de 2017

especialistas do Brasil inteiro discorrem sobre os mais variados assuntos pertinentes à especialidade. Desse modo, com um plano padronizado exposições, todos as(os) residentes do país têm acesso ao mesmo material, diferindo apenas no que tange à pessoa do tutor ou tutora presente em aula e que são cirurgiãs e cirurgiões plásticos já formados que são convidados pelas divisões regionais da SBCP para monitorar as aulas e responder a questões relativas ao assunto exposto.

Enfim, a formação médica a que este trabalho se refere é a entendida como formal, ou seja, aquela que diz respeito às etapas acadêmicas para obtenção do título de cirurgiã(o) plástica(o). Todavia, parto da compreensão de que esta vem permeada por inúmeras contingências e é para esse sentido que esta dissertação se volta. Isto é, este trabalho apoia-se no entendimento de que ao abordar questões relativas aos conhecimentos compartilhados nas ligas, programas de residência e mesmo na interação entre cirurgiãs(ões) estamos tratando também de efeitos materiais em escala mais ampla. O presente capítulo, em vista disso, abrangerá certas particularidades desta trajetória a partir das aproximações que esta pesquisa possibilitou. Com isso, compreendo ser possível, ao final, traçarmos algumas considerações acerca das implicações de questões relativas à formação de médicos e médicas no que tange à conformação dos limites entre as cirurgias estéticas e reparadoras.

PARTE I

3.1 AS LIGAS

As Ligas Acadêmicas caracterizam-se por serem entidades compostas essencialmente por estudantes, ter por objetivo comum tratar de temas de uma dada especialidade da medicina e estarem embasadas nos arcabouços acadêmicos de Ensino, Pesquisa e Extensão⁶⁶. Data de 1918 a primeira iniciativa desta natureza no Brasil - a Liga de Combate à Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de

⁶⁶ Informações retiradas do *site* da Associação Brasileira das Ligas Acadêmicas da Medicina (ABLAM): <http://ablam.org.br/> >acesso em 14 de fevereiro de 2017.

São Paulo (ver Carrara, 1996) - em que os estudantes, com base em suas capacitações acadêmicas, ofereciam tratamento e profilaxia gratuitos à população. Esse serviço era possível devido ao fato dos médicos e a maioria dos estudantes que participavam da iniciativa não serem remunerados. Importante frisar que a extensão do auxílio oferecido pela Liga chegou a ser proporcionalmente igual ao promovido pelo Serviço Sanitário do Estado (GERMEK, 1941)⁶⁷.

Na década de 1990, passou-se a considerar a possibilidade das grades curriculares dos cursos de medicina serem compostas também por atividades das Ligas Acadêmicas, o que fortaleceu o reconhecimento dessas iniciativas. Já em 2005, é fundada a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM) durante o 8º Congresso Brasileiro de Clínica Médica e em dezembro de 2013 é instituída a Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica (ABLCP), que hoje conta com mais de 56 Ligas dos mais variados estados brasileiros. A ABLCP – vinculada à SBCP e à ABLAM - se ocupa da regulação das Ligas de Cirurgia Plástica, de modo que auxilia na promoção de atividades, organização de estágios extracurriculares e aproximação das(os) ligantes com a SBCP⁶⁸.

Dado um panorama bastante geral acerca do histórico dessas iniciativas no âmbito brasileiro, relato rapidamente sobre minha experiência com as Ligas da Universidade A e da Universidade B. Como mencionado na Introdução deste trabalho, foi a partir dos eventos promovidos por estas últimas que a pesquisa de campo de fato iniciou. Nessas ocasiões não só pude ter contato com várias(os) profissionais como também com um arcabouço de conhecimentos específicos da cirurgia plástica. É importante acentuar que parto da compreensão de que as Ligas não somente se caracterizam como projetos que estão fundamentalmente relacionados à formação precoce dos futuros cirurgiões e cirurgiãs, mas os eventos e aulas realizados por meio delas e os conhecimentos ali compartilhados são também entendidos, no contexto deste trabalho, como parte da conformação do que vem a ser a especialidade e os procedimentos em si. Desse modo, compreendo que minha participação nas cinco ocasiões promovidas por essas duas Ligas ao decorrer

⁶⁷ Não foram encontradas informações a respeito das primeiras Ligas de Cirurgia Plástica do país. Mesmo após algumas tentativas, nem a ABLAM nem a ABLCP retornaram os e-mails que enviei solicitando informações e dados históricos acerca destas iniciativas no Brasil.

⁶⁸ Informações retiradas dos *sites* da ABLAM e da ABLCP:
<http://www.ablam.org.br> > acesso em 17 de fevereiro de 2017.
<http://www.ablcp.com/> > acesso em 17 de fevereiro de 2017.

do ano de 2016 não apenas foi uma forma de aproximação das(os) profissionais da área, mas também auxiliou que este trabalho se configurasse de forma extremamente distinta do que poderia vir a ser sem essa contribuição. Assim, uma breve descrição de como se deram estes eventos e os tópicos por eles abordados se faz imprescindível para uma percepção mais aproximada de como se deu esta pesquisa.

Torna-se importante enfatizar que não houve uma “escolha” por essas duas entidades em especial. Ou seja, ao ter acesso à divulgação do primeiro evento promovido pelas(os) ligantes da Universidade A, imediatamente entendi que seria uma boa oportunidade de conhecer graduandas(os) e profissionais da área, e assim também ocorreu com aqueles eventos promovidos pelas(os) alunas(os) da Universidade B. Não me ative a outras Ligas visto que durante o período de pesquisa não tive ciência de nenhum evento que fosse aberto para não estudantes da área da medicina. Assim, optei por me concentrar nestas duas e entendo que foi uma escolha acertada, já que pude me dedicar de maneira mais aprofundada a elas. Entretanto, não discorrerei sobre muitos detalhes específicos de ambas as Ligas por receio de algum modo identificá-las e, em decorrência disso, trazer à tona a identidade daqueles que estão envolvidos na organização e coordenação destas iniciativas. Detenho-me a relatar, somente, que se caracterizam por serem empreendimentos relativamente recentes, ou seja, foram fundados nos últimos anos.

Infelizmente, mesmo após inúmeras tentativas e participação efetiva em todos os três eventos ocorridos durante o ano de 2016, não consegui realizar entrevistas com nenhum dos membros da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade A. Esses últimos, por se tratarem de estudantes dos cursos de graduação em medicina, dispunham de um tempo bastante escasso, o que impossibilitou até mesmo que tivéssemos alguma conversa informal a respeito da Liga, de maneira que, mesmo após algumas tentativas, não foi possível realizar entrevistas com nenhum dos membros. Diferentemente, tive a oportunidade de entrevistar duas integrantes da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B, Manuela e Dora, que prontamente se dispuseram a sanar minhas dúvidas a respeito das atividades organizadas por elas e demais participantes e sobre o funcionamento do curso de medicina na instituição.

Manuela, que desempenha um papel bastante atuante no âmbito da Liga, é graduanda do curso de medicina desde o ano de 2013 e participa de eventos promovidos por Ligas acadêmicas desde o seu primeiro semestre na graduação.

Além de assistir às aulas e palestras realizadas por grupos de alunas(os) de outras instituições, a estudante também auxiliou na criação da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B. De acordo com ela, atualmente o único pré-requisito para ser um membro é que a(o) estudante tenha disponibilidade de horários e interesse pela especialidade, diferentemente dos anos anteriores em que havia uma restrição baseada no semestre em que a(o) aluna(o) estava cursando. Inclusive incentiva-se a participação daqueles que ainda estão nos períodos iniciais da graduação, visto que estes detêm menos compromissos acadêmicos.

Conforme Manuela, as Ligas ainda promovem cursos e eventos em parceria entre si. Um exemplo foi a Aula de Rejuvenescimento Facial promovida pelos grupos de dermatologia e cirurgia plástica. Nesse caso em específico, o evento não pôde levar o nome da Liga de Dermatologia da Universidade B em decorrência de uma restrição imposta pelo coordenador desta, que não aprova eventos que abarquem assuntos de cunho estético. Ainda, essa ocasião, como veremos de maneira mais detida posteriormente, se diferenciou das demais por ser a única em que havia um patrocínio, neste caso, de uma empresa representante de próteses de silicone e preenchimentos faciais.

Além das aulas teóricas promovidas ao longo deste ano, tinha-se o projeto de um curso de suturas que, quando entrevistei Manuela, estava programado para ocorrer ainda no ano de 2016, mas, por motivos que me escapam, não se concretizou. Essa atividade, que se realizaria em conjunto com a Liga de Cirurgia Geral da mesma universidade, tinha como objetivo aproximar as(os) alunas(os) de conhecimentos mais práticos que, conforme a estudante, era algo entendido como uma defasagem do curso de medicina e que levava muitas(os) alunas(os) a chegar aos estágios das especialidades cirúrgicas despreparados neste quesito. Um evento que abordava a temática fora promovido pela Liga de Cirurgia plástica da Universidade A. Contudo, por não ser graduanda do curso de medicina, somente pude participar da parte teórica, que contemplava os assuntos relativos a enxertos e retalhos, ou seja, os princípios da especialidade.

Toda Liga tem um professor coordenador. No caso da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B é o chefe do serviço de cirurgia plástica do hospital filiado à faculdade, Marcelo, cirurgião plástico que também tive a oportunidade de entrevistar. Segundo Manuela, apesar de haver um professor coordenador, muitas vezes as(os) residentes da especialidade são incumbidos por ele a auxiliar e tutoriar

os membros das Ligas. Tanto Marcelo quanto Paulo, coordenador da Liga da Universidade A e também entrevistado em função deste trabalho, têm inúmeras atividades ao longo da semana e exercem diferentes funções. Ambos são professores das respectivas faculdades, além de chefes do serviço de cirurgia plástica dos hospitais filiados a estas e também atendem por meio de seus consultórios particulares. Assim, além de orientarem as(os) ligantes, estes dois professores são responsáveis também pelas residências em cirurgia plástica, já que chefes do serviço.

As atividades realizadas pelas Ligas são de suma importância para aqueles que têm interesse na especialidade. Isso se explica, de acordo com Dora, pelo fato de ser apenas no sétimo semestre de graduação que as(os) alunas(as) terão o seu primeiro contato com as especialidades cirúrgicas por meio do estágio que é designado aleatoriamente através de um sorteio. Graduandas e graduandos daquele período são divididos em grupos e a cada um destes são conduzidas cinco diferentes áreas da cirurgia. Desse modo, se o estudante não estiver em uma equipe sorteada com a cirurgia plástica, ele pode não ter contato com a especialidade durante a graduação. Há, no entanto, a possibilidade de cursar um estágio optativo no final do curso e, assim, ter uma aproximação maior com esta área da medicina. Em vista disso, a Liga de Cirurgia Plástica intenta promover uma maior integração entre as(os) graduandas(os) e a disciplina, oferecendo aulas teóricas e práticas, bem como observações no bloco cirúrgico que, sem esta iniciativa, as(os) alunas(os) jamais teriam a oportunidade. Ademais, as(os) ligantes ainda experienciam o cotidiano do ambulatório e podem ter acesso aos *rounds*⁶⁹ e reuniões clínicas junto aos especialistas. Enfim, as Ligas proporcionam um tipo de conhecimento que, sem elas, o futuro médico só teria na residência em cirurgia plástica.

Segundo Manuela, os eventos e aulas promovidos pelas Ligas são organizados de acordo com as demandas das(os) alunas(os). Todavia, nota-se uma preferência destes últimos por iniciativas que abarcam a temática dos procedimentos estéticos em relação às referentes às cirurgias reparadoras. A presidente da Liga da Universidade B inclusive relatou que nas ocasiões em que são abordados assuntos

⁶⁹ *Rounds* consistem na apresentação de casos médicos e os tratamentos que estão sendo utilizados naquele contexto com determinado paciente. Têm por foco um público composto por médicos, residentes e estudantes de medicina e caracteriza-se por ser uma ferramenta de ensino e pesquisa extremamente difundida em boa parte das especialidades médicas, sejam elas clínicas ou cirúrgicas.

que se aproximam mais de assuntos relativos à reconstrução há um público demasiadamente reduzido, de modo que dificulta a realização de aulas e palestras circunscritas a esse assunto apenas. Assim, os membros tendem a equilibrar os tópicos no momento de planejar as atividades de modo a oferecer uma formação mais ampla e atender à demanda das(os) alunas(os).

Para Dora - também integrante da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B, estudante de medicina e já formada em outro curso da área da saúde – uma das principais qualidades da iniciativa é proporcionar aos alunos e alunas uma experiência que também forneça conhecimentos requisitados por algumas bolsas de iniciação científica. De acordo com ela, as(os) ligantes recebem prioridade em certas seleções em decorrência de estarem vinculados às Ligas, o que faz com que boa parte das(os) discentes de medicina esteja veiculada a pelo menos uma dessas iniciativas.

Ligantes, como já mencionado, são as(os) integrantes das Ligas que não estão à frente da diretoria. Estas(es) têm prioridade na inscrição de eventos e aulas que, em decorrência da falta de espaço físico em ambas as universidades, muitas vezes têm o número de participantes limitado. Apesar disso, ainda conforme Dora, caso o local permita um maior contingente de pessoas, as iniciativas – excluindo-se as atividades práticas – são abertas ao público, o que me possibilitou participar de todos os eventos realizados ao longo do ano de 2016 – no caso da Liga da Universidade B, apenas dois. Ainda, questionada sobre haver algum tipo de restrição relativa ao tempo que as(os) graduandas(os) podem participar da Liga, Dora explica que não há nenhuma norma que impeça o aluno de fazer parte durante todo o percurso da graduação. Ela mesma participa desde o início da iniciativa e pretende continuar enquanto seus horários permitirem.

Enfim, como mencionado pelas duas estudantes que fazem parte da coordenação da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B as quais entrevistei, Manuela e Dora, por não haverem disciplinas introdutórias próprias da especialidade durante os seis anos de graduação, as aulas, eventos e observações promovidos por essas iniciativas acabam por ser uma das únicas oportunidades que as(os) discentes têm de se aproximar de conhecimentos formais pertinentes à cirurgia plástica durante esse período de formação.

Em síntese, há três momentos em que o aluno pode, durante a graduação, ter contato com a especialidade. 1) por meio das Ligas; 2) por meio dos estágios

obrigatórios das especialidades cirúrgicas (caso sejam sorteados para a cirurgia plástica; 3) pelo estágio optativo ao final da graduação. Este último, conforme Manuela recebe pouca adesão, visto que a maioria dos estudantes opta por realizar intercâmbios em outros países nos semestres finais. Diferentemente, na Universidade A as(os) alunas(os) devem cursar durante o quarto ano do bacharelado em medicina a disciplina de Cirurgia Plástica, cuja carga horária é de 60 horas. O professor responsável é Paulo, coordenador da Liga mencionado anteriormente. Em entrevista concedida a mim, o cirurgião plástico inclusive frisou que somente a Universidade A oferece um curso específico sobre a especialidade, o que garantiria aos seus alunos e alunas uma formação diferenciada das demais faculdades de medicina da cidade.

Em suma, minhas observações acerca das Ligas de Cirurgia Plástica da Universidade A e da Universidade B não apresentam, de maneira alguma, uma visão geral de como se conformam e se organizam as demais iniciativas do gênero. Desse modo, são abordadas neste trabalho no sentido de explicar à leitora e ao leitor de que forma elas auxiliam na formação dos futuros cirurgiões e cirurgiãs e, como veremos posteriormente, de que maneira os eventos promovidos por seus membros nos conferem pistas interessantes para pensarmos a especialidade médica e a temática do estético/reparador. Certamente há inúmeros meandros acerca de suas ordenações e composições que não tive conhecimento e que poderiam nos auxiliar em um entendimento mais situado acerca destas. Infelizmente, as entrevistas realizadas com Dora e Manuela foram muito breves devido à pouca disponibilidade de tempo de ambas. Na tentativa de coletar maiores informações, questionei tanto para as integrantes quanto para Paulo e Marcelo – coordenadores das Ligas - sobre a possibilidade de ter acesso aos respectivos estatutos. Não obtive, entretanto, uma resposta positiva. Nas diversas vezes, recebi como retorno certo desconforto seguido da argumentação de que não sabiam ao certo se era possível disponibilizarem tal documento. Em suma, apesar de alcançar apenas em parte algumas das informações que entendia serem relevantes para esse trabalho, as entrevistas com Manuela e Dora e os próprios eventos foram bastante pertinentes para uma melhor compreensão acerca das Ligas.

Faz-se necessário novamente enfatizar porque compreendo ser viável pensarmos o eixo central deste trabalho a partir destas iniciativas, daquilo que conforma os conhecimentos compartilhados nos eventos promovidos por elas, bem

como a importância destes na formação das cirurgiãs e cirurgiões plásticos. O estético e o reparador, como veremos a partir das temáticas abordadas nas aulas e palestras das quais participei, são entendidos e praticados de formas diversas e é por meio destes ambientes de formação que os alunos, desde o início da graduação, também têm acesso e operam essas conformações.

3.2 AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS EM CIRURGIA PLÁSTICA

William Stewart Halsted (1852 – 1922), conhecido como um dos maiores cirurgiões dos Estados Unidos, dedicou boa parte de sua vida ao exercício e ensino da cirurgia. Ao identificar que o aprendizado que ocorria por meio da maneira clássica aprendiz-mestre - em que o aluno aprendia passivamente, apenas observando o professor – era, de certo modo, ineficiente para aqueles que já haviam finalizado a graduação, Halsted passou a desenvolver novas maneiras de aperfeiçoá-lo. Assim, concebeu um treinamento mais especializado que intitulou de Residência, visto que as(os) alunas(os), de fato, passavam a residir no hospital. Em 1889, no Johns Hopkins Hospital, foi então iniciado, sob sua coordenação, o primeiro programa de treinamento profissional dessa natureza. (Santos, 2009).

No Brasil, por volta do final dos anos 1940, já se ensaiavam discussões acerca da importância da formalização do ensino e treinamento de médicos após a graduação. Foram os professores Mariano de Andrade e Alípio Correa Neto, no Rio de Janeiro e São Paulo respectivamente, que arquitetaram os primeiros programas de residência médica em cirurgia no Brasil. Esses primeiros programas ainda não eram estabelecidos de maneira regulamentada como conhecemos hoje, mas já tinham, em boa medida, a forma e aspirações das residências médicas atuais. Foi apenas em 5 de setembro de 1977, com o decreto 80.281⁷⁰, que o então Presidente da República General Ernesto Geisel sancionou a criação da Residência Médica no Brasil. Dez anos depois, em 1987, foram formadas as Comissões Estaduais que eram compostas por coordenadores de variados programas de residência, bem como cada hospital ou complexo hospitalar teve que instituir a sua própria Comissão

⁷⁰ Decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm >acesso em 17 de fevereiro de 2017.

de Residência Médica (COREME), composta por coordenadores de cada programa de residência médica (SANTOS, 2009). Entretanto, foi somente no ano de 2005 que esta etapa de formação adquiriu a regulamentação que hoje possui. Tal normatização se deu por meio de uma reunião entre AMB (Associação Médica Brasileira), CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica) e o CFM (Conselho Federal de Medicina) (ALONSO, 2012).

Os dados bastante gerais apresentados acima, se prestam apenas para melhor situar o(a) leitor(a) acerca dessa etapa de formação da(o) cirurgiã(o) plástica(o). Ao decorrer deste tópico, apresentarei um pouco daquilo que aprendi com as(os) residentes acerca da residência médica, seu funcionamento e organização. Como mencionado anteriormente, as residências em cirurgia plástica têm a duração de três anos e estão entre uma das especialidades cirúrgicas mais disputadas. Também, por esse motivo, posteriormente serão abordadas algumas temáticas relativas à trajetória acadêmica e profissional, no sentido de destacar as justificativas relativas à escolha por essa área da medicina. Por hora, me detenho a discorrer sobre esta etapa da parte da formação médica e sobre as(os) residentes que tive a oportunidade de entrevistar.

Ingenuamente, quando iniciei esta pesquisa, minha primeira intenção era me dedicar às entrevistas com residentes em cirurgia plástica. Imaginei que, como alunas(os), seriam de mais fácil acesso, menos ocupadas(os), talvez com mais horários flexíveis para que pudéssemos conversar ou realizar alguma entrevista. Ao frequentar os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica, tanto da Universidade A quanto da Universidade B, comecei a compreender que o que ocorria era exatamente o oposto do que havia presumido. Médicas e médicos mais experientes - chefes de serviço e preceptores dos programas de residência -, por não terem uma carga horária tão extensa no hospital, apresentavam uma disponibilidade de tempo e uma maior maleabilidade de horários. Todas(os) as(os) residentes que tive a oportunidade de conversar não atuavam fora da residência médica, mesmo sendo permitido pelo CRM, e, enquanto estavam nos hospitais, trabalhavam integralmente nos ambulatórios, observando ou participando de procedimentos cirúrgicos ou mesmo assistindo a aulas teóricas de suas (seus) coordenadoras(es) e preceptoras(es). E, é claro, em reuniões de discussões de casos.

Em nenhum momento dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica foram abordadas questões relativas ao funcionamento das residências médicas. Imaginava que, nessas ocasiões, teria acesso a informações relativas ao trabalho das(dos) residentes, dado que boa parte das aulas e palestras era ministrada por preceptoras(es) dos programas. Apesar de indagar todos os cirurgiões e cirurgiãs que entrevistei sobre a rotina da residência médica, as respostas geralmente se detinham ao fato de que o(a) residente em cirurgia plástica era um(a) cirurgião(ã) já formado e apto a realizar os procedimentos com a supervisão dos preceptores.

Renata, residente do primeiro ano do serviço de cirurgia plástica do Hospital 2, porém, ao conversarmos sobre esse tópico, me concedeu alguns detalhes sobre o funcionamento e organização desta etapa de formação. Segundo ela - e isso se aplica tão somente ao programa de residência em que está inserida - as(os) residentes do primeiro ano (R1) se dedicam ao atendimento no ambulatório, à organização da agenda, às(aos) pacientes internadas(os). No que tange aos procedimentos cirúrgicos, ficam também responsáveis por operar pequenos tumores cutâneos e realizar otoplastias, chamadas de procedimento do R1. As(os) residentes do segundo ano (R2) realizam as mamoplastias de aumento, abdominoplastias, blefaroplastias; já os R3 dedicam-se a procedimentos da face - ritidoplastias e rinoplastias - que são considerados mais delicados e exigem um estudo mais aprofundado, conforme me relatou Renata. A divisão dos procedimentos entre residentes que estão em diferentes anos de formação, ainda segundo a residente, é algo que auxilia na organização e no entendimento entre os colegas e preceptores.

Nesse mesmo serviço de cirurgia plástica há, além das(dos) residentes e *fellows*⁷¹, as(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) contratadas(os). Marcelo - chefe do serviço e professor da Universidade B -, Marta, Aldo e Carlos. O primeiro deles é especialista em cirurgia crânio-maxilo-facial e, juntamente com Marta, dedica-se a orientar os procedimentos referentes a esse âmbito. Ademais, por ser chefe do serviço, acaba sendo responsável pelo programa como um todo. No que se refere às cirurgias estéticas, as(os) residentes devem se reportar a Aldo, e no caso das reparadoras, a Carlos. Há ainda as reuniões de discussão de casos, que são

⁷¹ O termo é normalmente utilizado no âmbito acadêmico. *Fellow* é o que poderíamos designar como alguém que faz parte de um grupo de elite de pessoas que trabalham em conjunto na busca por conhecimento. Contudo, não há regras precisas sobre como o título deve ser usado, de modo que cada instituição acadêmica concede o título da forma que julgar adequada.

encontros em que se debatem os resultados pós-operatórios e ocasião em que a presença de todos as(os) residentes é solicitada. A “reunião de fotos”, como é chamada, é o momento em que há um acompanhamento do “antes e depois” das(os) pacientes e em que há um debate e avaliação por parte de residentes e cirurgiãs(ões) contratadas(os) dos resultados obtidos.

É possível estabelecer, com base no que foi abordado até o momento, algumas relações entre o eixo central deste trabalho- a questão estética/reparadora – e a residência médica enquanto etapa de formação de cirurgiãs e cirurgiões plásticos. Desde as Ligas Acadêmicas as(os) futuras(os) profissionais da especialidade têm contato com o que hoje se configura como reparador ou estético na prática médica, como veremos mais detidamente ao tratar sobre os eventos promovidos por essas iniciativas. Nas residências, como retratado acima, há uma organização institucionalizada de quem são os responsáveis por determinados procedimentos e essa divisão se dá, em grande medida, a partir da dicotomia estético/reparador. Ao longo desta dissertação, mais precisamente no terceiro capítulo, questões relativas a essa separação e seu intrincado encadeamento com a formação de cirurgiãs e cirurgiões plásticos serão tratadas de forma mais detalhada. Neste momento, no entanto, ocupo-me a atentar para o seguinte ponto: a despeito das cirurgias reparadoras terem primazia no contexto de atendimento da saúde pública, onde as(os) residentes atuam, estes ainda assim, conforme o que foi proferido em algumas entrevistas concedidas por motivo deste trabalho, devem ter o conhecimento de como realizar cirurgias plásticas de natureza estética. Dessa forma, ocorre que a questão estética/reparadora é também latente por um viés institucional da formação dos futuros cirurgiões plásticos que, em sua maioria, ao que pude entender ao longo desta pesquisa, atenderão principalmente casos estéticos em seus consultórios particulares. As residências médicas, a fim de oferecer uma formação mais integral, procuram então garantir àqueles que estão em formação a oportunidade de operar os mais diferentes tipos de cirurgias e é também por esse motivo, se formos tratar desta questão de maneira pouco complexificada, que o SUS oferece gratuitamente procedimentos de natureza estética. Assim, é também por meio dessa organização, do que é ou não oferecido no contexto da saúde pública e em que circunstâncias, que se conforma o estético e o reparador.

Se nas Ligas o conhecimento compartilhado se dá, em grande medida, por meio de aulas e observações de cirurgias; na residência, como cirurgiãs e cirurgiões

gerais já formados, as(os) residentes operam de fato procedimentos estéticos e reparadores e tal divisão influencia também o que pode ou não ser realizado nesse contexto e o que vem a ser o estético e o reparador. Noções de harmonia, do que é ou não belo, normal e aceitável estão todas em jogo na formação destas(es) profissionais. Entretanto, elas emergem das mais de diferentes formas, dependendo da etapa e de circunstâncias diversas. É em razão disso que compreendo ser significativo tratarmos de aspectos mais próprios relativos à organização e ao que é abordado nestas distintas etapas.

A seguir, tratarei a respeito de como as médicas e médicos justificam a sua escolha pela área da saúde e pela especialidade médica da cirurgia plástica, e como podemos também estabelecer algumas relações sobre o que as(os) influenciaram e a temática mais central deste trabalho.

3.3 SOBRE A ESCOLHA DA PROFISSÃO

Ao encontrar-me com as(os) cirurgiãs(ões), após explicar de maneira mais detalhada sobre o que se tratava o trabalho que estava desenvolvendo, logo os questionava acerca de suas trajetórias acadêmicas e profissionais. Notei - ao longo de suas falas nas aulas promovidas pelas Ligas - que boa parte delas(es) despendia longos minutos no relato de suas histórias pessoais e profissionais na medicina. Certamente tal dispositivo estava relacionado com o espaço e o propósito mais central dos eventos, ou seja, estimular as(os) alunas(os) dos cursos de medicina para o exercício da profissão, sempre destacando a extrema dificuldade na mesma medida em que eram ressaltadas as recompensas de ser médico. Optei, dessa maneira, por também iniciar nossas conversas os questionando sobre o porquê de terem se tornado médicas e médicos e os instigando a relatar seus percursos até a formação como cirurgiãs e cirurgiões plásticos.

Dentre os relatos apresentados pelos dezessete entrevistados, alguns pontos se destacaram e é sobre estes que tratarei nesse tópico. Seguramente os eixos que serão abarcados não contemplam a riqueza de detalhes e minúcias presentes nos depoimentos de médicas(os) e estudantes, mas trazem um apanhado daquilo que distingue a especialidade da cirurgia plástica das demais áreas da medicina, bem como trata daquilo que de certo modo a aproxima destas. Com o intento de melhor

delinear algumas das particularidades desse fazer médico, esse item se dedica a apresentar algumas das temáticas que conformam as justificativas das(os) profissionais pela escolha da especialidade médica e que, mesmo que de maneira indireta, nos auxiliam em uma compreensão mais situada acerca do tema central dessa pesquisa: os limites entre as cirurgias estéticas e reparadoras. Em suma, se nos propomos pensar essas fronteiras na *prática*, entendo que há a necessidade de partimos da formação e das intenções que guiam estas(es) profissionais e o que para elas(es) se coloca como questão para a escolha da profissão. Em alguma medida, parece que é por haver a separação estética/reparadora que a cirurgia plástica se diferencia, em certo sentido, das demais especialidades médicas. Ou seja, ao extrapolar uma noção de saúde mais delimitada, que trataria do paciente apenas em termos de sanar patologias, essa área da medicina abarca aquilo que pode ser compreendido como localizado no rol dos aprimoramentos corporais. Certamente há uma discussão muito densa sobre as noções de saúde que se relacionam a tal questão. Sugiro, entretanto, de maneira muito simplista e generalizada, que é, como poderemos observar ao longo deste tópico, muito em função de haver a possibilidade de profissionais da área tratarem destes pacientes “eletivos” que boa parte deles escolhe a profissão. Isto é, são os procedimentos “estéticos” realizados em hospitais e clínicas particulares que fornecem aos cirurgiões e cirurgiãs a “qualidade de vida” que muitos justificam ser um dos pontos-chave na escolha da profissão. Trata-se, nesse sentido, tanto de um maior ganho financeiro, quanto uma maior flexibilidade de horários, já que os procedimentos não são emergenciais, em sua maioria, o que possibilita um agendamento antecipado destes. Além do que diz respeito à “qualidade de vida”, outras questões se fazem presentes nesse contexto e que nos levam a um entendimento de alguns fatores que auxiliam na conformação desta especialidade enquanto tal. A artesanidade desse fazer médico, a influência familiar e a importância dos mestres na formação de cirurgiões e cirurgiãs plásticas também serão pontos abordados ao decorrer desse tópico.

Enfim, por este trabalho também tratar a respeito do que conforma as cirurgias plásticas enquanto tal, justifica-se uma abordagem mais aprofundada sobre como as(os) profissionais da área se relacionam com a escolha da profissão, como entendem seu fazer médico. Tangencialmente a isso, entendo ser possível

atentarmos para como o estético/reparador pode ser melhor compreendida a partir do que as(os) entrevistados relatam sobre a especialidade em si.

Por ser essa ser a primeira ocasião em que irei me deter mais especificamente àquilo que emergiu através das entrevistas realizadas com cirurgiãs(ões), residentes e graduandas, trazendo trechos de depoimentos, apresento a seguir algumas indicações de como surgiu a temática que será abordada neste tópico no contexto destas ocasiões.

O roteiro de entrevistas iniciava com uma pergunta bastante ampla sobre a trajetória profissional e acadêmica, de modo que permitia ao entrevistado abordar de maneira bastante ampla aquilo que julgava ser mais valioso em seu percurso. À medida que médicos e médicas ou estudantes narravam suas histórias - alguns de maneira mais detalhada e minuciosa, outros de forma bastante sucinta e em um tom bastante despretensioso - os questionava sobre o porquê de terem escolhido a medicina, a especialidade cirúrgica e, por fim, a cirurgia plástica. Ao longo de nossas conversas e de minha participação nos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica passei a conhecer um pouco dos pormenores da formação da(o) cirurgiã(o) plástica(o) e, com o passar de algum tempo, entendi a necessidade de perguntar de forma mais direcionada a respeito da formação, ou seja, como funcionavam as residências, o que se esperava da formação de cirurgiãs e cirurgiões plásticos – questão direcionada especialmente para os professores e preceptores, apenas homens nesse caso.

Muitas das questões que entendia serem caras a esta pesquisa eram abordadas pelos médicos e médicas em suas narrativas sobre as trajetórias profissionais e acadêmicas, e, em boa medida, entendo que a estratégia de os convidar a contar um pouco de suas histórias tenha sido bastante profícua. Infelizmente, por, na maioria das vezes, disporem de um tempo bastante limitado para as entrevistas e se alongarem em seus depoimentos iniciais, as perguntas mais direcionadas que vinham a seguir eram prejudicadas. Isto é, apesar de me oferecerem um rico material em termos de seus percursos, os questionamentos que tratavam daquilo que entendia ser mais diretamente relacionado à minha preocupação maior - ou seja, as particularidades da especialidade no país e a forma

como os limites entre reparação e estética se conformavam - acabavam por ser relegados a um segundo plano. Mesmo tendo ciência disso após algumas entrevistas iniciais, optei por continuar iniciando com questionamentos relativos ao tema. Sentia que de alguma maneira essa dinâmica conferia à conversa um tom mais informal e espontâneo, o que me tranquilizava e, até onde pude notar, estabelecia uma atmosfera mais confortável também para o entrevistado. Admitir que essa questão inicial se tornou um lugar seguro em que por vezes me ancoriei - tanto para diminuir um nervosismo e insegurança, quanto para mostrar um interesse mais profundo pelas(os) interlocutoras(es) - é preciso. Certa timidez e uma sensação de estar sendo incômoda me acompanharam ao longo de todas as entrevistas de forma mais ou menos intensa dependendo das circunstâncias. Em algumas ocasiões eu tinha ciência de que estava sendo acolhida em um horário que os médicos dispunham entre o atendimento de pacientes ou em seu horário de almoço, e por mais que destacassem seu desejo em colaborar com a pesquisa, sentia-me desconfortável com a situação.

Enfim, a experiência de entrevistar pessoas em seus locais de trabalho causou em mim certo constrangimento inicial que, aos poucos, foi sendo superado. Por se tratarem de profissionais que de alguma forma estavam vinculados ao ambiente acadêmico, havia um tipo de solidariedade e compreensão mais aprofundada sobre o meu papel de pesquisadora, o que, sem dúvidas, tornou menos embaraçosa e mais simplificada as interações que se estabeleceram.

Anteriormente à realização das entrevistas era feita uma breve pesquisa sobre a formação e histórico acadêmico dos médicos e médicas com o intuito de melhor elaborar as perguntas e pontos que seriam abordados durante a conversa. Assim, apesar de seguir um padrão, o roteiro era modificado a cada nova entrevista e adaptado de acordo com algumas particularidades da experiência pregressa do entrevistado. Ou seja, para aqueles que eram formados há algum tempo e possuíam uma maior experiência na área da cirurgia plástica, a entrevista se direcionava mais ao entendimento das mudanças ocorridas nos últimos anos e décadas e a questão histórica e contingente da prática acabava por ter uma maior centralidade. Já as entrevistas com as(os) residentes tratavam de questões mais próprias da formação e do cotidiano dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Plástica dos quais faziam parte, bem como os processos de seleção e os projetos profissionais das(os) futuras(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os). A docência também se destacou em

demasia, de modo que os cirurgiões que também exerciam a profissão de professores universitários trataram do tema de maneira bastante central em seus depoimentos.

Enfim, apenas abordo de maneira bastante apressada o que, posteriormente me deterei de forma um pouco mais aprofundada ao decorrer deste capítulo. O presente tópico teve o intuito de brevemente situar algumas das escolhas e dificuldades enfrentadas no decorrer da pesquisa e que auxiliaram na sua conformação como tal. A seguir, tratarei mais detidamente sobre as trajetórias dessas(es) profissionais e estudantes e como a partir desses relatos entendo ser possível traçar reflexões sobre o eixo central deste trabalho, a questão estética/reparadora.

3.3.1 Influências Familiares e Afetivas

O imaginário bastante difundido da influência familiar na trajetória profissional de médicos e médicas pode ser observado em alguns dos relatos a que tive acesso. Paulo o primeiro cirurgião plástico que tive a oportunidade de entrevistar é chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 1 de Porto Alegre, supervisor da residência em cirurgia plástica no mesmo local e também professor adjunto e regente da disciplina de cirurgia plástica do departamento de cirurgia plástica do curso de medicina da Universidade A. Sua trajetória é especialmente interessante por conter uma carga familiar muito expressiva. Seu pai não é apenas médico aposentado, mas também cirurgião plástico extremamente reconhecido na área. Em seu relato, Paulo evidencia a forte relação da família não somente com a medicina, mas, sobretudo, com a vida acadêmica.

Tem muito uma carga familiar, né?! Hum, eu tenho o meu pai – era, porque é aposentado, não falecido – ele era médico cirurgião plástico e também professor. Além disso, (...) eu tenho outro irmão também cirurgião plástico com mestrado e doutorado que é chefe de serviço de universidade federal, na UFSC, em Santa Catarina. Além disso, eu tenho um outro irmão da área da computação que tem mestrado, foi professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul há muito tempo, uma outra irmã que tem mestrado em Sociologia na USP. Então é uma coisa

assim na família, a gente curte, cultua esse negócio de ser professor. Então em relação a ser professor tem essa carga, essa bagagem. E em relação à medicina, entre meu irmão mais velho e o meu pai eu sempre tive, né?! Sempre pensei no assunto. Apesar de que quando eu terminei o colégio eu fui um ano e meio, dois anos pra Engenharia. Fiz um ano, um ano e pouco de Engenharia Elétrica. Mas depois eu comecei a acompanhar mais meu pai, vi a trajetória do meu irmão e daí resolvi fazer medicina. Quando eu resolvi fazer medicina, aí eu já entrei pensando em fazer cirurgia plástica, nunca fiquei em dúvida em relação a que tipo de especialidade. (Paulo)

Enrico, que exerce um cargo de grande importância na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Regional Rio Grande do Sul também apresenta uma trajetória muito semelhante. Com forte influência familiar, já que filho de um reconhecido cirurgião plástico de Porto Alegre, o médico expõe de maneira bastante evidente a importância do pai em sua escolha profissional:

Eu tinha influência lá em casa, da minha família. Meu pai era cirurgião plástico então desde pequeno eu acompanhava algumas coisas, casos dele. Naquela época, na década de 70, há muitos anos atrás - hoje isso nem é permitido - nós tínhamos uma casa que no pátio tinha um biotério, tinha criação de ratinhos, os Wistar, que ele treinava microcirurgias lá. Então desde os cinco, seis anos eu aprendi a suturar, vivenciava tudo isso. E vivi toda a minha vida essa parte médica. Então talvez tenha essa influência. Gostava disso. (Enrico)

João Pedro e Júlia - residentes do Hospital 2 e do Hospital 3, respectivamente – também tem pais cirurgiões plásticos e apresentaram tal influência como parte de suas escolhas pela profissão. Júlia, assim como Enrico também apresenta a importância de uma relação mais íntima com a especialidade ainda na infância. Entretanto, na ocasião da entrevista concedida, se apressou em afirmar que a referência familiar não fora impositiva, mas uma forma de aproximação mais intensiva e prévia com o meio médico. Da mesma forma, João Pedro traz a relação familiar com a medicina de forma bastante tranquila, mas nem por isso menos central em sua trajetória.

Na verdade, eu sempre quis cirurgia e confirmei que queria fazer cirurgia plástica ao longo da residência em cirurgia geral. O principal, nas cirurgias, sempre foi a cirurgia plástica. Quando eu concluí a cirurgia geral eu tive certeza que era cirurgia plástica. E, antes disso, meus pais, meu pai e a minha mãe são cirurgiões plásticos. Então eu sempre tive essa referência, achava que era o caminho, mas nunca quis definir antes de ter certeza, não quis bitolar. (João Pedro)

Aline, residente de crânio-maxilo-facial do Hospital 2 justifica sua escolha pela cirurgia plástica, dentre outros aspectos pessoais, à influência do namorado, também cirurgião plástico. Se a entrada no curso de medicina, ainda com dezessete anos, não se fundamentou em definições baseadas previamente em influências familiares e a inclinação pela área cirúrgica se deu em função do caráter resolutivo da prática, a opção pela cirurgia plástica é influenciada pela profissão do parceiro. Conforme relatou, seu desejo inicial por se dedicar à cirurgia pediátrica sofreu certo desvio ao longo da formação. Contudo, ao cursar residência em cirurgia crânio-maxilo-facial, após a formação como cirurgiã plástica, pode realizar seu desejo inicial de atender ao público infantil, conforme explica em seu relato:

Então, na verdade a escolha da medicina foi meio inconsciente. Quando eu passei no vestibular eu tinha dezessete anos, então eu era bem nova. E eu já tinha decidido lá pelos quatorze, quinze que eu queria fazer medicina. Enfim, eu realmente me vejo fazendo outras coisas inclusive. Mas foi bem diferente da minha escolha da especialidade, por exemplo. Passei pra medicina, seis anos de faculdade. E na faculdade eu já vi que, enfim, queria uma coisa mais cirúrgica mesmo. É claro que o contato com pacientes continua sendo muito intenso, mas, enfim, algumas coisas da cirurgia e da resolutividade me encantavam bastante. Eu entrei na cirurgia geral querendo fazer cirurgia pediátrica. Eu gosto muito de trabalhar com criança e talvez por influência do meu namorado, que é cirurgião plástico também, eu acabei escolhendo a plástica. Eu fiquei bastante tempo entre plástica e cirurgia pediátrica, as duas coisas têm muitas intersecções, mas acabei escolhendo a plástica. E aí na plástica acabei escolhendo a crânio-facial que tem uma boa percentagem de pacientes pediátricos. A crânio-facial tem um perfil um pouco mais reconstrutor do que outras especialidades, né?! Mas especialmente é uma das subespecialidades da cirurgia plástica que mais trata com crianças. Talvez esse meu gosto de

trabalhar com crianças tenha sido um dos motivos pelos quais eu escolhi a crânio-facial, apesar de que eu adoro face, já adorava antes. (Aline)

Se por um lado tive contato com esses variados relatos que expressam uma relação fortemente permeada por influências familiares e afetivas; por outro, alguns médicos e médicas com os quais conversei não tinham qualquer relação anterior com a medicina no círculo familiar e justificaram suas escolhas devido a questões muito práticas da organização de seus cotidianos. Ou seja, fundamentaram suas escolhas pela especialidade em função do que foi chamado de “conforto” ou “qualidade de vida” ou mesmo o que designaram de “caráter resolutivo das especialidades cirúrgicas”, como veremos nos tópicos a seguir e que foi brevemente abordado por Aline.

3.3.2 Qualidade de Vida e Resolutividade

A cirurgia plástica, segundo alguns relatos, seria uma das áreas da medicina em que os especialistas mais teriam controle sobre suas tarefas e horários. Por serem, em boa medida, procedimentos eletivos, a vida pessoal do médico sofreria menos invasões de seu eu profissional. Renata, residente do primeiro ano no Hospital 2, explica sua escolha pela especialidade em função de ser mulher e querer, no futuro, dedicar-se à família. Antes disso, declara que evidentemente fez a sua escolha pela área cirúrgica que, segundo ela, é mais “resolutiva”, mesmo termo também utilizado por Gabriel, residente do Hospital 3, e Aline.

Quando a gente entra na faculdade, a gente basicamente tem que escolher entre especialidades clínicas e cirúrgicas. Eu achava que a cirurgia era mais resolutiva, mais que tu via aquela intervenção no paciente de forma imediata, ou quase imediata. Enquanto na clínica teu tratamento era mais em longo prazo. Então é uma questão temporal, até de tu conseguir, vamos dizer, tirar a doença do paciente. (Gabriel)

O tema da resolutividade presente não só nos discursos de Gabriel e Renata, como também nos relatos de Mauro, Paolo e Aline, denotam fortemente o caráter

imediatamente da prática e como tal questão impulsiona a escolha pela profissão. O que é destacado por Paolo a respeito de sua personalidade e a relação com a opção pela área cirúrgica é bastante exemplar nesse sentido. Para o cirurgião, o fato de possuir um alto grau de ansiedade explicaria, em boa medida, a sua preferência pela área.

Dentro da medicina eu sempre gostei de coisas práticas, cirúrgicas. Sempre adorei procedimentos. Eu tenho um certo grau de ansiedade que não me permitiria jamais dar um remédio e esperar 30 dias pra ver qual é o efeito. Eu precisava atuar e agir. Eu sempre fui inquieto nesse sentido. Desde o primeiro semestre, em vez de ficar no clube, eu ficava dentro do hospital fazendo estágios e participando de cirurgias. Aquilo pra mim era o máximo, poder cortar um ponto. Então eu saía realizado que um dia eu tinha dado dez pontos. (Paolo)

O que é trazido por Paolo vai ao encontro do que Aline e Mauro também relatam a respeito de suas justificativas pela escolha da área cirúrgica. Entendo que o caráter mais imediato dos procedimentos dessa natureza, se comparado aos tratamentos clínicos, é um ponto chave para a compreensão da cirurgia plástica não apenas enquanto prática médica, mas também como dispositivo de aprimoramento corporal. A natureza quase que instantânea dos resultados providos por essas intervenções - sejam elas para tratar doenças, sejam para agir em um corpo entendido como saudável, separação essa que em alguns sentidos nem mesmo é uma realidade – é algo que as particulariza dentre outros recursos possíveis. Se a intenção primeira deste tópico era colocar em relevo aquilo que particulariza e estabelece o que são as cirurgias plásticas a partir do que as(os) entrevistada(os) tratam como pontos importantes em suas escolhas por essa área médica, a questão relativa à resolutividade destes procedimentos é um eixo central para a discussão a que esse trabalho propõe. O que é apontado como uma personalidade mais pragmática pode ser compreendido não só como uma justificativa pela predileção ao domínio cirúrgico, mas também como a própria construção do que deveriam ser esses procedimentos. Isto é, uma abordagem mais imediata, que trata de forma pontual e localizada o que, em sentido amplo, é anormal, patológico ou simplesmente pode ser aprimorado.

Destaco uma passagem da entrevista realizada com Mauro - membro do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital 4- em que o cirurgião explicita de maneira muito evidente a dimensão da “resolutividade” na prática cirúrgica:

Eu escolhi medicina porque eu acho que gosto de realmente ver a coisa transformadora, de transformar. Por isso que me aproximei da cirurgia. Cirurgia é realmente uma coisa que tu vê, as outras não têm uma intervenção, uma transformação, uma modulação em relação à doença e saúde. A cirurgia é uma coisa mais ectodérmica, que tu enxerga, né?! (Mauro)

A “resolutividade” enquanto uma justificativa central no que tange à escolha das(os) interlocutoras(es) pela especialidade cirúrgica irá se relacionar com a “qualidade de vida” de maneira muito íntima. Se o caráter mais imediato dos tratamentos se coloca como um dos fundamentos pela opção cirúrgica, a “qualidade de vida” é anunciada como com uma explicação para a escolha da cirúrgica plástica dentre outras especialidades também cirúrgicas. É necessário ressaltar que o caminho percorrido até o alcance do título de cirurgiã(o) plástica(o) é um processo bastante longo, ou seja, que contempla no mínimo onze anos de formação – seis no curso de medicina, dois na residência em cirurgia geral e três na residência em cirurgia plástica. Assim, compreendo que as justificativas relativas à resolutividade e qualidade de vida, apesar de estarem bastante interligadas justificam pontos diferentes deste percurso. A primeira se relacionaria às práticas cirúrgicas como um todo e a segunda trataria de um dos grandes diferenciais da cirurgia plástica em relação às demais intervenções médicas. Ademais, como apontado por Ricardo – único cirurgião entrevistado que atende apenas por meio de consultório particular – a questão financeira é bastante central e definidora em alguns casos, já que a especialidade é a única, segundo suas palavras, cujos pacientes ainda procuram em grande volume os consultórios particulares e que os procedimentos oferecidos, em sua grande maioria, não são financiados pelos planos de saúde.

Em suma, entendo que a “qualidade de vida” que médicos e médicas fazem referência está fortemente atrelada tanto à natureza célere dos tratamentos, quanto ao ganho financeiro e à baixa comorbidade das(os) pacientes que recorrem à especialidade. Além disso, por tratarem-se – em boa medida – de procedimentos eletivos, a organização dos horários tende a ser facilitada, de modo que propicia

uma possível programação em comparação com outras especialidades que tratariam de acidentes e intercorrências com frequência maior. Certamente estamos aqui abordando uma particularidade que se deve ao ambiente dos consultórios particulares, de modo que isso não é igualmente válido para o contexto do SUS, onde são acolhidas emergências de várias naturezas. Mas justamente devido à possibilidade de atender somente por meio de um consultório particular, já que o ganho financeiro é de um volume muito maior do que outras especialidades, que alguns interlocutores e interlocutoras justificaram a “qualidade de vida” inerente à prática da especialidade.

Por fim, com a intenção de melhor organizar o que compreendo ser a relação mais geral e evidente entre o que foi tratado neste tópico, a conformação do estético/reparador e da cirurgia plástica enquanto prática médica, trato de dois pontos: 1) a resolutividade aludida por profissionais entrevistados pode ser compreendida como algo que estabelece uma diferenciação básica na medicina – entre práticas clínicas e cirúrgicas – e, sugiro também, que entre os diferentes tipos de aprimoramentos corporais, sejam eles médicos ou não, como anteriormente abordado na introdução deste trabalho; 2) a *qualidade de vida* - que serve também para justificar as cirurgias plásticas enquanto procedimentos que tratam da saúde da(o) paciente de maneira mais ampla, levando em consideração também aspectos “sociais” e “psicológicos” – aparece aqui, em conjunto com outras questões, como aquilo que conformaria a disciplina em termos do que a diferencia das demais áreas cirúrgicas, tanto em ganhos financeiros para as(os) médicos, quanto no que diz respeito a uma melhor organização dos horários profissionais destes últimos. Ou seja, a partir destes dois pontos é possível então visualizar algumas das relações possíveis entre o que conforma a cirurgia plástica e seus limites, bem como o modo como a questão estética/reparadora tangencia tal tópico.

3.3.3 Importância dos Mestres

Como precedentemente abordado, são necessários no mínimo onze anos de formação para deter o título de cirurgiã(o) plástica(o). Tal percurso é entendido por muitos dos entrevistados como um desafio, algo que – conjuntamente com outros aspectos - denota o caráter singular da especialidade. Esse longo período de

formação, para muitos, é permeado por figuras que adquirem um significado especial e passam de professores a mentores e exemplos profissionais⁷². De certo modo, alguns dos relatos das(os) interlocutoras(es) nos aproximam daquilo que de alguma maneira é esperado de profissões que exigem um longo percurso acadêmico, isto é, uma forte ligação entre alunas(os) e docentes, de modo que os primeiros muitas vezes constroem suas trajetórias profissionais de modo adjacente a estes últimos. Assim, trato brevemente da centralidade de mestres e mentores(as) nos engajamentos de alguns médicos e médicas na profissão e como esses exemplos auxiliaram no delineamento de certos percursos profissionais.

Desde uma foto na mesa do consultório até a menção carinhosa e devota ao relatar sobre os anos de residência. De diferentes formas essas figuras inspiradoras se fizeram presentes nos depoimentos acerca das trajetórias acadêmicas dos(as) médicos(as). Apesar de não se relacionar de forma tão evidente à discussão medular deste trabalho, compreendo ser importante tratar deste ponto em vista de abarcar não apenas o que elenquei como interesse de análise deste trabalho, mas também o que emergiu de forma bastante robusta durante as entrevistas. Certamente o papel dessas influências profissionais e acadêmicas se entrelaça às concepções sobre prática médica, corpo, beleza, saúde e reparação que auxiliam também na conformação da especialidade e dos limites entre o que caracteriza procedimentos enquanto estéticos ou reparadores. No entanto, nos depoimentos das(os) médicas(os), não foi possível observar essa associação de maneira evidente, de modo que apenas proponho a possibilidade de estabelecer, com extrema cautela, certas relações provisórias. Além disso, coloco que esse breve tópico trata-se de um pequeno e necessário desvio da temática basilar desta pesquisa no sentido de abarcar uma questão que entendi ser cara aos interlocutores e interlocutoras.

O caso particular de Mauro e Paolo, que participaram de uma missão humanitária em um país localizado na parte central do continente africano⁷³, é bastante expressivo no que tange à centralidade de mestres e tutores. Ao colaborarem enquanto cirurgiões plásticos - em uma zona bastante conflituosa do país - com o intuito de tratar crianças com fissura labiopalatal, a figura de um

⁷² Aqui tratados apenas no masculino por se tratarem de homens em sua maioria, com exceção de apenas um caso.

⁷³ O nome do país não será revelado a fim de preservar a identidade dos interlocutores que participaram da missão humanitária neste local.

importante médico humanitário com o qual tiveram a oportunidade de trabalhar nesse contexto ganha um peso significativo em seus percursos profissionais. Tanto Paolo quanto Mauro, em ocasiões distintas, relataram a poderosa influência deste médico em suas práticas. O modelo de ética, humanidade e visão contextual, acompanhadas de conhecimento técnico apurado, que o cirurgião transmitia foi algo que os marcou e que se fez presente de maneira acentuada em suas narrativas.

Além do médico humanitário que os acompanhou durante a missão, Paolo tratou também sobre a importância de seus mentores nas etapas de formação que cursou no Brasil, destacando os fortes vínculos de amizade criados e até mesmo um sentimento familiar estabelecido entre ele e sua tutora durante a graduação em crânio-maxilo-facial na cidade de São Paulo. Foi possível observar que o prestígio concedido aos mestres fora abordado de maneira mais acentuada por médicos mais experientes, de modo que os mais novos não fizeram menção nem mesmo ao nome de seus professores.

A importância de uma espécie de guia no percurso de formação se fez muito presente em algumas narrativas, mas creio que de maneira mais significativa no caso de Paulo - chefe da Cirurgia Plástica do Hospital 1 e professor da Universidade A. Ao tratar de sua trajetória profissional, o cirurgião frisou não só a centralidade da família, como também de alguns professores. Ao tratar sobre seu percurso acadêmico, lembrou-se com entusiasmo da marcante influência de sua orientadora de doutorado. A forte admiração se materializa em uma foto disposta em um retrato que se encontra na mesa de seu consultório particular e que fez questão de apontar como algo que atribui importância e grande valor. O cirurgião parece querer perdurar a dinâmica que concede tanta estima, ou seja, a aproximação entre residentes e tutoras(es). Como chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 2 e Coordenador do Programa de Residência médica do mesmo hospital, Paulo oferece jantares e comemorações periódicas a fim de promover um entrosamento maior entre os cirurgiões e cirurgiãs ainda em formação e seus mestres e se orgulha em relatar que em “sua” residência há apoio mútuo e um acompanhamento que ultrapassa o período de formação e a esfera acadêmica. Enfim, o papel dos mentores é algo que parecer ter um significado bastante poderoso para uma geração de médicos mais experientes como Mauro, Paolo e Paulo.

Por fim, cito ainda Marcelo - chefe de serviço de cirurgia plástica do Hospital 2 e coordenador da residência no mesmo hospital – que, em palestra proferida por

ocasião de um dos eventos da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B, relatou a importância de um de seus mentores acadêmicos na escolha pela área de crânio-maxilo-facial. Foi a partir do aconselhamento quase que paternal concedido por um cirurgião para o qual cultivava grande reverência que Marcelo desenhou um rumo completamente singular para seu percurso profissional. O cirurgião conta que foi em uma Jornada de Medicina realizada na cidade de Curitiba - em meados dos anos 90, durante o seu quinto ano de graduação – que, ao assistir à palestra de um renomado cirurgião crânio-maxilo-facial, decidiu por seguir essa área de formação. Tal evento, contudo, foi apenas o catalizador de uma vontade que, apenas fora validada após o aconselhamento de seu mentor profissional. Apesar do fascínio despertado pelas palavras do grande referencial da área, a tomada de decisão só se consolidou pelo aval de seu tutor, que o alertou sobre a relevância de seguir uma área tão específica da cirurgia plástica. Marcelo, ao se referir a sua experiência, destacou a importância dos exemplos na área médica e como tais figuras têm um papel central na formação de uma trajetória coesa e de sucesso. Certamente tal tópico fora abordado por motivo do assunto principal de sua palestra – a formação e áreas de atuação do cirurgião plástico. Entretanto, em entrevista individual concedida a mim, ao tratar sobre seu percurso acadêmico, o cirurgião voltou a se referir a tal acontecimento e à relevância deste em suas escolhas profissionais.

Finalmente, mais uma vez destaco que, a despeito de não se relacionar de forma tão evidente à discussão medular deste trabalho, este tópico se faz presente pelo motivo de abarcar aquilo que emergiu de maneira bastante evidente durante as entrevistas realizadas com profissionais da especialidade. Como também já mencionado, seguramente o papel dessas influências profissionais e acadêmicas se relaciona às concepções sobre prática médica, corpo, beleza, saúde e reparação que também conformam a especialidade e os limites entre o que caracteriza procedimentos enquanto estéticos ou reparadores. Apesar de tal associação não se mostrar evidente no contexto das entrevistas, entendo ser pertinente abarcar essa centralidade conferida às(aos) mestres no sentido de abranger uma questão que compreendi ser de grande estima para interlocutores e interlocutoras.

3.3.4 Fazer Artesão

A formação técnica, tão cara à especialidade da cirurgia plástica, não solapa, contudo, o fazer artesanal próprio da prática. A modulação das formas externas do corpo através dessas intervenções trata-se, em algumas ocasiões, daquilo que a distingue das demais, bem como surge enquanto uma das justificativas pela escolha da área. Isto é, por tratar daquilo que é amplamente visível, a(o) cirurgiã(o) plástico se atém aos detalhes e retoques da harmonia corporal que, diferentemente de outros contextos médicos, terá inúmeros expectadores. Em outras palavras, o resultado das intervenções - sejam elas enxertos de pele em queimados, sejam implantes de silicone - passa pelo crivo da apreciação médica e leiga em inúmeras situações, já que o resultado está ali, estampado no que contemplamos como a superfície do corpo. Assim, deter-se aos detalhes, à feitura perfeita de pontos, às minúcias estéticas é trabalho de toda(o) cirurgiã(o) plástica(o), tanto em cirurgias estéticas quanto em reparadoras. Tal questão fora abordada nos eventos e também em entrevistas e parece evidenciar certo teor artesanal desta prática médica. Os preceitos técnicos certamente têm um grande valor nesse contexto, mas os conhecimentos passados pelos mestres, o aprendizado que se dá no treino – por meio das residências – é aquele que, segundo interlocutoras(es), constrói o bom cirurgião ou cirurgiã. Assim, o trabalho manual e detalhista é algo reforçado, inclusive por médicas(os) que são adeptos de novas tecnologias. Ou seja, mesmo aquelas(es) que já trabalham com dispositivos mecanizados próprios para microcirurgias, por exemplo, atentam para a indispensabilidade do trabalho manual e artesanal que é a base da formação da(o) cirurgiã(o) plástica(o).

De certo modo, poderíamos relacionar o caráter artesanal da especialidade ao tópico da “resolutividade” abarcado precedentemente. Todavia, entendo que há alguns distanciamentos importantes entre os dois, de modo que se justifica um tratamento discriminado. Enquanto a resolutividade trata daquilo que se deve ao imediato, da intervenção localizada que se materializa por meio dos procedimentos; o fazer artesanal relaciona-se com a minúcia, o detalhismo, o conhecimento que só se dá a partir da prática, apesar de também tratar da questão material de maneira pungente. Enfim, por se caracterizar como um ponto-chave para o entendimento dessa especialidade médica trago essa questão também para a discussão. Mesmo

não emergindo de maneira direta nos depoimentos da maioria das(os) interlocutoras(es), aquilo que se relaciona à natureza artesanal da prática aparece no sentido de dar ênfase à perícia necessária, ao detalhismo com que se pratica os atos cirúrgicos da especialidade.

Enfim, trago trechos de duas entrevistas em que tal questão pode ser observada de maneira bastante pontual:

A gente tem uma formação muito técnica e o cirurgião é mais ainda, é um artesanato. Então tu vai ver se a tua cicatriz ficou boa, se ficou no lugar. Aí a gente volta também para aquela questão da separação reparadora e estética. (Ricardo)

A cirurgia é uma coisa mais ectodérmica, que tu enxerga, né?! As coisas que tu faz, muita coisa é artesanal em relação a isso. E, praticamente, é isso. Eu gosto da medicina por esse aspecto. (Mauro)

Se nos depoimentos de Mauro e Ricardo é evidente a menção a uma natureza artesanal da cirurgia plástica, no relato de Fabrício, residente de cirurgia plástica do Hospital 3, essa questão aparece relacionada a uma preocupação e apreço pela minúcia. Contudo, o que mais é saliente em seu relato é a forma como se interligam de maneira muito íntima as justificativas da resolutividade, da qualidade de vida e das características artesanais da especialidade.

Na verdade, eu escolhi fazer medicina com uns cinco ou seis anos de idade, desde então foi sempre isso. Eu vim pra medicina já pensando em cirurgia, eu não queria ser clínico, não faz parte do meu perfil. Então é a mesma coisa que o Gabriel falou de ser resolutivo, vai lá, acabou, deu, é isso. Foi por isso que eu peguei a área cirúrgica. A plástica, na realidade, também tem a ver com o fato de que tu tem uma dedicação e uma privação da tua vida muito grande, às vezes tu não tem tempo. Tem paciente no Natal, passa Ano Novo mal. Tu perde um pouco do domínio da tua vida. Isso pra mim não dá. Eu tinha que viver a minha vida fazendo uma coisa que eu gosto, a área cirúrgica, com uma coisa que tratasse do detalhe. Então acho que a plástica foi essencial pra fechar isso porque eu vou ter o que eu gosto, vou ter o domínio da minha vida. Vou poder marcar quando eu quero com o paciente, mais tranquilo, que não vai me complicar e que eu possa dar o detalhezinho. Eu sempre

gostei do detalhe, não é na coisa grande, é no detalhezinho. Eu não me imagino em outra coisa hoje. Acho que é isso aí. (Fabrício)

Seguramente os casos apresentados não dizem respeito a uma tendência geral de trajetórias médicas e nem mesmo tinha-se essa pretensão ao discorrer sobre eles. O que se almeja, ao apresentar alguns pontos relativos ao que levou as(os) entrevistadas(os) a escolherem a área da cirurgia plástica como profissão, é apenas listar alguns tópicos que nos auxiliam na compreensão do que, de acordo com elas(es), configuram-se como especificidades da profissão. De maneira alguma existe a ambição de mapear, ou mesmo criar uma ilustração coesa do que seria “a trajetória de cirurgiãs e cirurgiões plásticos de Porto Alegre”.

Nessa primeira parte do presente capítulo – que trata basicamente sobre a formação das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) – foram abordadas questões relativas às Ligas de Cirurgia Plásticas, às Residências e, de maneira mais geral, pontos relativos ao que pode ser compreendido como as especificidades dessa área da medicina a partir de uma perspectiva das(os) entrevistados. Entendo ser necessário, por fim, novamente estabelecermos o que, de maneira mais ou menos próxima, podemos relacionar com o eixo central dessa dissertação. Ou seja, de que forma o que foi apresentado ao longo dos tópicos precedentes pode nos guiar na construção de um entendimento provisório acerca de como essa especialidade e os limites entre estético e reparador se conformam. Certamente, as particularidades da cirurgia plástica enquanto disciplina/prática emergiram de forma mais evidente se comparadas ao que tange à questão estética reparadora. Entretanto, não é possível que tratemos de uma senão em relação à outra. Isto é, se partimos do entendimento que o estético e o reparador só se conformam enquanto tais a partir de como essa especialidade e os procedimentos têm se apresentado - assim como o inverso também - não é possível uma abordagem que trate desses tópicos de maneira apartada. Assim, compreendo que esse capítulo, mesmo que de maneira mais tímida e distanciada se comparado aos demais que integram essa dissertação, também tem muito a acrescentar na construção de uma discussão acerca daquilo que elenquei como eixo central deste trabalho.

As etapas de formação das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) foram tratados no contexto deste capítulo com o intuito de um melhor entendimento de como essa área da medicina tem se estruturado atualmente. Se no primeiro capítulo a conformação

da disciplina foi abordada a partir de dados que remetem a um passado próximo, neste nos voltamos para como tem se organizado a formação atualmente, desde as Ligas, passando pelas residências, até o que se caracteriza como particularidades dessa especialidade em relação às demais. A seguir, na segunda parte deste capítulo, serão abordados alguns tópicos sobre diferentes temáticas apresentadas ao longo dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica. Como será possível observar, a questão estética/reparadora emerge de maneira mais contundente, de modo que a discussão passa novamente a se centrar no que proponho como ponto-chave da dissertação.

PARTE II

3.4 ESTÉTICA E REPARAÇÃO A PARTIR DOS EVENTOS PROMOVIDOS PELAS LIGAS

Os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica da Universidade B e da Universidade A foram primordiais para que eu tivesse contato com conhecimentos técnicos e com profissionais da área. Esses momentos compreendiam palestras e aulas que abordavam princípios básicos da cirurgia plástica e eram voltadas para alunas(os) da graduação que tinham interesse na especialidade. Estive presente em todos os eventos realizados por ambas as Ligas no ano de 2016. Quais sejam: Curso de cirurgia plástica reconstrutiva (Universidade A); I Simpósio Anual da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B, III Workshop de Enxertos e Retalhos (Universidade A); Aula da Liga de Cirurgia Plástica – Rejuvenescimento Facial (Universidade B); Cirurgia Plástica Estética (Universidade A). Se os primeiros eventos promovidos por esta e aquela Ligas centravam-se demasiadamente no caráter reconstrutor dos procedimentos e em uma formação médica entendida como mais “clássica”, os últimos se detiveram às cirurgias entendidas como notadamente estéticas. De todo modo, nas cinco oportunidades tive acesso a um vasto conhecimento sobre questões de cunho técnico da área, bem como implicações mais cotidianas concernentes à prática médica.

Compreendo ser de suma importância tratar sobre os tópicos abarcados nas aulas e palestras, visto que estes nos ajudam a entender de uma forma mais abrangente alguns pressupostos médicos e o que ganha maior ou menor peso na formação das(os) futuras(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os). Dessa maneira, apresento neste capítulo alguns dos assuntos discutidos ao longo dos eventos que ocorreram entre os meses de maio e novembro de 2016. Os tópicos a seguir não foram organizados por eventos, mas separados de acordo as temáticas abordadas. Entendo que todas elas (Enxertos e retalhos; Psicologia e cirurgia plástica; Queimados e reconstrução mamária; Beleza e harmonia; Lipoaspiração e abdominoplastia; Otoplastia; Cirurgia estética das mamas), em maior ou menor densidade, podem ser relacionadas à temática estético/reparador e sobre isso tratarei ao final deste capítulo. Por hora, detenho-me a novamente acentuar o que compreendo ser o norte principal da abordagem destes eventos na presente dissertação. Ou seja, a formação das(os) futuras(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os). Estas atividades promovidas pelas Ligas não só nos apresentam aquilo que parece ganhar maior peso diante da variedade de assuntos que a especialidade compreende, bem como é a própria especialidade se conformando. Em outras palavras, é também nestes momentos que se materializa o estético e o reparador enquanto tais, bem como aquilo que vem a ser a própria Cirurgia Plástica de maneira geral. Nesse sentido, reforço a importância de adentrar alguns dos tópicos abarcados nessas ocasiões, bem como discorrer sobre o que entendo serem as possíveis relações entre eles e o eixo norteador deste trabalho.

3.4.1 Iniciando: enxertos e retalhos

O Curso de Cirurgia Plástica Reconstructiva, organizado pela Liga de Cirurgia Plástica da Universidade A, foi o primeiro evento que acompanhei de forma integral. A inscrição, realizada pelo sistema da universidade, felizmente não se restringia a alunas(os) do curso de medicina. Ocorrido no início do mês de maio, as aulas que o integravam versavam sobre os fundamentos da cirurgia reconstructiva, entre eles: enxertos e retalhos, aspectos psicossociais, banco de pele⁷⁴ e queimados,

⁷⁴ Os bancos de pele são responsáveis por captar, processar, conservar e distribuir lâminas de pele humana que são utilizadas para no tratamento de pacientes que tiveram uma grande área do

microcirurgias⁷⁵, fenda palatina⁷⁶ e reconstrução de mama. Sobre o primeiro, tratarei nesta seção.

Davi, preceptor do programa de residência médica do Hospital 1 e também entrevistado por mim em razão desta pesquisa, ministrou a aula sobre enxertos e retalhos, assunto que compreende, basicamente, a transferência de tecidos saudáveis para áreas que tiveram a pele afetada e se caracteriza por ser o tópico que fundamenta toda a especialidade médica. O cirurgião iniciou sua exposição apresentando a informação de que 50% das cirurgias realizadas no programa de residência médica do qual faz parte são de caráter reparador e, logo em seguida, apresentou algumas fotografias de pacientes que havia operado, entre elas a de um homem que havia sido escalpelado e cujo tratamento foi realizado por meio de técnicas que abordaria ao decorrer da aula.

Sobre o percentual de procedimentos reparadores realizados no Hospital 1, não obtive dados formais a respeito. Contudo, conforme a Resolução CNRM 02/2006⁷⁷ que regulamenta a residência na especialidade, o máximo permitido de cirurgias plásticas estéticas a serem realizadas nesse período de formação é de 15% do total. Apesar do cirurgião ter enfatizado a importância de uma formação que atente tanto para procedimentos de cunho estético, quanto de natureza reparadora, seus exemplos trataram, basicamente, de cirurgias de restauração por motivos de acidentes, como o caso de escalpelamento e queimaduras diversas.

corpo queimada ou sofreram perdas cutâneas por diversos outros motivos. Para maiores informações sobre bancos de pele no Brasil, ver: <http://rbqueimaduras.org.br/details/101/pt-BR/banco-de-pele-no-brasil> > acesso em: 12 de fevereiro de 2017.

⁷⁵ Microcirurgias são procedimentos cirúrgicos em que há a utilização de tecnologias de magnificação da imagem como lupas e microscópios. A cirurgia plástica foi uma das primeiras especialidades que fez uso de técnicas dessa natureza, que são utilizadas, normalmente, para a transferência de tecidos de uma parte para outra do corpo.

⁷⁶ A fenda palatina ou fissura palatina é considerada uma anormalidade de origem genética que ocorre durante formação do feto. Trata-se da comunicação buco-nasal devido à perfuração do palato. Elas ainda podem ocasionar outras alterações, como anomalias do ouvido médio e dificuldades auditivas. Entende-se que a correção destas fissuras deve ocorrer por volta dos dois anos de idade, sendo que o fechamento completo é normalmente realizado em etapas com o intuito de preservar a musculatura da área e evitar problemas associados à fala, oclusão e respiração. A fenda palatina e o conhecido lábio leporino algumas vezes ocorrem de maneira associada, mas possuem, contudo, distintas origens embrionárias.

⁷⁷ Resolução CNRM 02/2006: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16628/242116/1.pdf/196c39e7-85c0-4933-a993-95f8dbaca930> > acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

O enxerto, segundo os ensinamentos de Davi, é realizado quando o local afetado já não pode ser tratado utilizando apenas pontos. Assim, é necessário utilizar um segmento de tecido que foi ressecado de outro local e posicioná-lo no corte ou ferida. Esse tecido pode ser pele, gordura, mucosa, cartilagem, tendão, nervos, fáschia⁷⁸. Há inúmeros tipos de enxertos. Os mais conhecidos e utilizados são: 1) enxerto de pele total: presença de epiderme e toda espessura da derme; 2) enxerto de pele parcial: preservação da derme da área doadora, o que possibilita a sua reepitelização; 3) enxerto composto: tecido que contém a epiderme e a derme e um adicional de gordura ou cartilagem; 4) auto-enxerto: doador e o receptor são o mesmo indivíduo; 5) homoenxerto ou aloenxerto: doador e receptor são indivíduos diferentes, mas da mesma espécie; 6) isoenxerto: doador e receptor são indivíduos diferentes, mas geneticamente idênticos (gêmeos univitelinos); 7) xenoenxerto: doador e receptor são de espécies distintas (pele de rã utilizada em seres humanos⁷⁹). Já os retalhos são um segmento de pele e subcutâneo⁸⁰ com tecido vascular próprio que é transferido de um local para o outro com a intenção de preencher uma ferida cirúrgica. Ou seja, a diferença substancial entre enxertos e retalhos é que os últimos, diferentemente dos primeiros, têm circulação própria, independente da área receptora. Desse modo, o êxito do enxerto depende sempre da vascularização do leito receptor, já que ele mesmo não a possui.

Para melhor entendermos as premissas acerca do tópico que fundamenta a disciplina, Davi apresentou os seguintes tipos de fechamento da pele, isto é, diferentes formas da derme se recuperar de uma ferida: 1) fechamento por segunda intenção: “natural”, promovido pelo próprio corpo; 2) fechamento primário: sutura; 3) enxerto de pele de outro local; 4) retalho local; 5) retalho à distância; 6) retalho livre. Esses seis tipos apresentados são as diferentes formas que a pele pode se recuperar de uma lesão e estão elencadas de acordo com o seu grau de dificuldade. A escolha entre estas diferentes técnicas, segundo Davi, é um balanço entre a questão estética, que seria compreendida como mais imediata, e funcional, percebida enquanto posterior e mais duradoura, tendo sempre como finalidade a qualidade de vida do paciente.

⁷⁸ Fáschia é uma lâmina de tecido fibroso em que se fixam alguns músculos.

⁷⁹ Essas informações foram obtidas através da palestra de Davi e complementadas por dados retirados do *site*: <https://www.sbcd.org.br/procedimentos/100>> acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

⁸⁰ Tecidos situados sob a pele; hipodérmico.

A área doadora é de fundamental importância para o sucesso do procedimento. Isto é, consoante o cirurgião, deve ser uma pele de boa qualidade, próxima à área afetada – para que a coloração seja semelhante - e que possibilite o fácil encobrimento da cicatriz ocasionada pela retirada de pele. Assim, a parte interna das coxas é, normalmente, um dos locais mais utilizados como área doadora.

Além dos aspectos mais gerais relativos ao tópico, Davi abordou questões bastante específicas, como os instrumentos utilizados para a retirada dos enxertos da área doadora (Faca de Blair, Dermátomo, entre outros) e as diferentes técnicas utilizadas (laminar, malha e estampilha). Ainda, referiu-se às fases de integração, ou “pega”, do enxerto. São elas: 1) embebição: nutrição do tecido (até as primeiras 48h após); 2) inosculação: alinhamento dos capilares, entre enxerto e área receptora (das 48h até às 72h); 3) neovascularização: formação de novos capilares (das 72h ao 7º dia). Ademais, atentou para a indispensabilidade de, independentemente da técnica, o tecido retirado ter uma área 30% maior do que o necessário, visto que a pele tende a se contrair quando apartada de seu local de origem. E, ainda, frisou a importância de se ater à quantidade de bactérias presentes no tecido doador, o máximo de 10^5 bactérias por grama.

Apesar de abordar questões bastante específicas e técnicas, a todo momento Davi salientava o caráter artesanal da cirurgia plástica e a importância de um “bom senso” ao aplicar as técnicas aprendidas ao longo da formação. A indispensabilidade de um “resultado aceitável” foi inúmeras vezes sublinhada, bem como o caráter inevitavelmente estético das cirurgias reparadoras. Enfim, apesar de se tratarem de conhecimentos bastante próprios da especialidade cirúrgica, é possível traçarmos algumas considerações acerca do que foi apresentado por Davi em relação aos enxertos e retalhos.

Se, prioritariamente, os implantes de tecidos têm um caráter funcional, no sentido de restauração de uma antiga funcionalidade prejudicada, a preocupação estética não se coloca muito atrás e é até mesmo embaralhada àquela primeira. O “bom senso” e o “caráter aceitável” defendidos por Davi, poderiam ser relacionados a tal questão. Ou seja, o entendimento da artesanidade e a organicidade daquilo que se pratica na cirurgia plástica toma uma forma mais tangível quando entendemos como, por vezes, se conformam esses não-limites entre estético e reparador. Em suma, a compreensão de uma desarmonia como algo disfuncional,

como veremos mais adiante neste trabalho, pode ser um caminho para pensarmos tais questões.

3.4.2 Psicologia e Cirurgia Plástica: uma relação insistente

Nesse mesmo encontro, Carina, psiquiatra e professora da Universidade B, ministrou a segunda aula do evento cujo tema era Aspectos Psicossociais da Cirurgia Plástica. Como era possível supor, a médica apresentou inúmeras questões pertinentes ao tema mais geral dessa dissertação e, por isso, entendo ser de fundamental importância nos determos nesse ponto mais demoradamente.

A psiquiatra iniciou sua explanação explicando a importância de alguns aspectos físicos que, apesar de não terem qualquer utilidade fisiológica, contribuíram para a perpetuação da espécie. Como exemplo, citou as penas da cauda do pavão, mote para a questão-chave de sua apresentação: a beleza. Carina prontamente apresentou dados que, segundo ela, comprovam que esta é consequência da quantidade de variáveis medianas que carregamos conosco. Isto é, quanto mais próximos estamos da “normalidade”, mais atrativos seríamos para o que chamou de “nossos pares”. Assim, o acasalamento dos animais humanos e não humanos estaria profundamente relacionado a essa premissa no sentido em que nos sentiríamos sexualmente atraídos por aquelas(es) que possuem a maior quantidade de variáveis “normais”. Mas o que seria esse normal? A explicação, contudo, não foi adiante e não houve indagações da plateia a respeito.

Vida, função, estética. Esta é, segundo Carina, a hierarquia em que está ancorada a cirurgia plástica e a medicina como um todo. É preciso, segundo a psiquiatra, se ater a tal ordem, mesmo que, em boa medida, os dois últimos pilares estejam fortemente intrincados. Ou seja, os limites entre o estético e o reparador, aqueles procedimentos que se ateriam à função, são extremamente imprecisos e requerem, ainda conforme a psiquiatra, uma discussão séria e aprofundada. Um exemplo disso, segundo ela, seriam os artigos acadêmicos que discutem os benefícios da otoplastia para crianças em fase escolar, ou mesmo aqueles que abordam a relação entre autoestima e a melhora da atividade de infecção e níveis

cardiovasculares⁸¹. Enfim, as cirurgias compreendidas como estéticas, segundo Carina, estariam fortemente relacionadas à aceitação social da(o) paciente e, por isso, deslizariam para o campo da reparação com grande frequência. Segundo a médica, a qualidade de vida, nesse sentido, passa a ser o foco central da relação entre as cirurgias plásticas estéticas e reparadoras e o que explicaria, em boa medida, a importância dessas intervenções para a saúde integral da(o) paciente.

Ainda consoante Carina, a relação entre a qualidade de vida e as cirurgias plásticas não se dá de forma indiscriminada. Entra em cena então o papel dos instrumentos de pesquisa, entre eles o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey), que parece ser mais comumente utilizado internacionalmente. Tal questionário abarca 36 perguntas agrupadas em oito diferentes domínios que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde a partir da percepção do paciente. Desse modo, divide-se em: 1) capacidade funcional; 2) aspectos físicos; 3) dor; 4) estado geral da saúde; 5) vitalidade; 6) aspectos sociais; 7) aspectos emocionais; 8) saúde mental. A intenção dessa ferramenta, ainda conforme Carina, é ser mais aprofundado e preciso possível, de forma que engloba estudos realizados nos últimos 20 anos e abarca questões abordadas em inúmeros outros instrumentos de mesma finalidade.

Podemos observar aqui a importância de algo que ateste o caráter médico dos procedimentos estéticos, como o questionário acima citado e a própria qualidade de vida enquanto categoria explicativa. Estes, entendo, poderiam ser compreendidos enquanto aparatos, nos termos de Barad (2003), que auxiliam na produção de conhecimentos/efeitos particulares acerca destes procedimentos. É, em boa medida, devido à confluência da qualidade de vida e, como veremos mais adiante, também do bem-estar e da autoestima, que todas as cirurgias plásticas podem, em algum momento, assumirem o caráter reparador. Enfim, creio que isto ficará mais

⁸¹ Referência dos artigos citados pela psiquiatra:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681507004780> > acesso em 14 de fevereiro de 2017

http://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2001/07000/Review_of_Data_Describing_Outcomes_That_Are_Used.10.aspx > acesso em 14 de fevereiro de 2017

<http://content.wkhealth.com/linkback/etoc/pt/fulltext.00006534-200301000-00085.htm> > acesso em 14 de fevereiro de 2017

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19631508> > acesso em 14 de fevereiro de 2017

evidente no próximo e último capítulo. Contudo, não poderia deixar de aventar tal relação também neste tópico.

Ainda relativo ao que foi proferido por Carina, a centralidade das questões emocionais e dos aspectos psicossociais não estaria relacionada apenas ao pós-operatório, mas também fortemente imbricada ao que tange às escolhas das(o) cirurgiãs(ões). Em relação a isso, a psiquiatra apresentou uma pequena lista em que estavam elencadas questões relativas ao estado emocional e situação social e cotidiana que deveriam alertar os futuros médicos sobre quais seriam “boas/bons” e “más/maus” pacientes. Crise na vida (separação, luto), cultura diversa entre médico e paciente (segundo a explicação da médica, diferentes nacionalidades ou etnias), percepção de autoimagem instável, entre outros. Estes seriam alguns dos pontos que indicariam que a pessoa almeja o procedimento por motivos errados e que, muito possivelmente, não ficaria satisfeita com o resultado, independentemente de ele ser ou não satisfatório em termos médicos. Enfim em várias outras ocasiões esta questão foi abordada de maneira bastante incisiva, evidenciando uma grande preocupação por parte de médicos mais experientes em alertar os novatos do que seria uma possível armadilha da profissão.

Em síntese, assim como aspectos psicológicos, emocionais e sociais podem ser drasticamente modificados em decorrência das cirurgias plásticas; quando em um grau considerado elevado, eles podem também assinalar para o médico de que ali se encontra um futuro paciente problemático, aquele que certamente não ficará satisfeito com o procedimento ou que não terá os cuidados necessários durante o pós-operatório. Alguns profissionais ainda sugerem que são esses casos que levam a cirurgia plástica a ser a especialidade que mais possui processos por erro médico, visto que as(os) pacientes, não contentes com outros aspectos de suas vidas, acabam também não se satisfazendo com os procedimentos que, muitas vezes, são apenas uma fuga do que seria o “real” problema.

Como mencionado na introdução deste trabalho, questões psicológicas estão fortemente imbricadas às justificativas relativas às cirurgias plásticas, sejam elas reparadoras ou estéticas. A abordagem de Carina, nos leva novamente a pensar por meio de categorias como qualidade de vida, autoestima e bem-estar e como estas auxiliam na conformação de certa fluidez entre o limite estético e reparador. A beleza enquanto algo central no que tange à socialidade, seja para encontrar um

parceiro, seja para não sofrer bullying é também enfatizada e, desse modo, afastada daquilo que poderia ser considerado fútil ou do domínio da vaidade.

3.4.3 Queimados e Reconstrução Mamária: o extremo da reparação

Enrico, cirurgião também entrevistado em função deste trabalho, no mesmo evento em que Carina e Davi ministraram suas aulas, lecionou sobre as cirurgias plásticas voltadas para queimados. Não é de conhecimento de muitos, mas é a cirurgia plástica a especialidade que fornece os conhecimentos específicos para o cuidado dos acometidos por queimaduras. Cirurgiãs e cirurgiões plásticos, em conjunto com médicas e médicos intensivistas, são aqueles que estão mais tecnicamente preparados para lidar com ferimentos dessa natureza. Com larga experiência no atendimento de queimados, Enrico apresentou inúmeras fotos de pacientes que tratou, salientando a importância dos procedimentos plásticos nestes casos. Os curativos biológicos – peles extraídas de humanos ou outros animais – são o tratamento mais utilizado nos casos destes ferimentos. Isso se dá porque o tecido – que pode ser proveniente de doadores mortos – funciona como um tratamento temporário, normalmente por um período de duas a três semanas, até que o receptor esteja em uma fase de regeneração mais avançada.

A tragédia da Boate Kiss⁸², no ano de 2013, foi amplamente abordada pelo cirurgião em sua explanação. Por conta do grande número de vítimas, as atenções da mídia e do público em geral se voltaram para o tratamento de queimados e para o trabalho realizado no Banco de Pele de Porto Alegre, que na ocasião demandou inúmeras doações, inclusive de países vizinhos como Uruguai e Argentina⁸³. Dentre as doações de tecidos, estavam também as membranas amnióticas. Estas últimas

⁸² Tragédia ocasionada por um incêndio que vitimou 242 pessoas em uma casa de festas na cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul. Além das centenas de mortes, outras 680 pessoas ficaram feridas. O fato ocorreu em 27 de janeiro do ano de 2013 por motivo de um sinalizador disparado em direção ao teto. Devido à precariedade das condições de segurança do local, o acidente tomou tamanha proporção. É considerada a segunda maior tragédia ocasionada por um incêndio no país, sendo superada apenas pelo caso do Gran Circus Norte-Americano, nos anos sessenta, na cidade de Niterói no Rio de Janeiro.

⁸³ Notícia sobre o ocorrido:

<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/26826/uruguai+e+argentina+negociam+envio+de+pel+es+a+vitimas+de+santa+maria.shtml#>> acesso em: 11 de fevereiro de 2017

não têm a sua utilização como curativo biológico regulamentada no Brasil, mas por se tratar de uma circunstância incomum houve liberação temporária através de liminar judicial, conforme o que foi relatado por Enrico.

A lei⁸⁴ que permite o emprego de pele de doadores humanos para fins médicos é ainda bastante recente. Datada do ano de 1997, apenas em 2008 ela sofreu a alteração que hoje autoriza a retirada de pele de pessoas mortas. Em relação a isso, Enrico advoga pela utilização da membrana amniótica a despeito do uso da pele humana como curativo biológico. Para o cirurgião, a utilização da primeira requer menores gastos públicos e é de mais fácil acesso, visto que ela decorre – na maioria dos casos – de momentos felizes experienciados pela família dos doadores, diferentemente da pele proveniente de doadores mortos. O cirurgião explicou que, por mais que haja um profundo cuidado para que o tecido retirado seja em camadas muito superficiais e de partes não aparentes, muitos familiares se recusam a liberar a doação de pele de seus entes falecidos. Desse modo, a membrana amniótica – que tem a mesma origem embrionária da pele - seria uma alternativa extremamente viável e eficaz. Em síntese, Enrico tratou, basicamente, das questões políticas, morais e éticas relativas à doação de pele, para além de alguns princípios básicos acerca dos enxertos e retalhos e das especificidades do tratamento de queimados. As controvérsias que envolvem a regulamentação do uso da membrana amniótica como curativo biológico foi o assunto que acabou ganhando maior espaço em sua fala. Por um papel de destaque tanto do Banco de Pele quanto da SBCEP-RS, Enrico estava fortemente a par dos trâmites que envolvem tal discussão e, por isso, apresentou alguns dos argumentos em favor da regulamentação.

Enfim, entendo a pertinência de apresentar o que foi abordado por Enrico, visto que esboça, de maneira bastante inicial, a abrangência da especialidade de cirurgia plástica e, de certa forma, nos ajuda a compreender como tais procedimentos extrapolam a esfera médica e hospitalar, envolvendo questões políticas, morais, éticas, econômicas e etc. Apesar do entendimento prévio da implicação de inúmeras questões - concebidas muitas vezes como externas à prática médica - nos procedimentos plásticos, entendo ser indispensável que nos

⁸⁴ Lei N° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Endereço para acesso: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm> acesso em: 11 de fevereiro de 2017

voltemos para os dados apresentados por Enrico, visto que eles parecem mais prontamente materializar esses emaranhados.

A despeito da natureza das cirurgias realizadas em queimados, em nenhum momento foi dito que estas poderiam ser estéticas, e a ênfase, quando mencionadas(os) pacientes deste tipo, sempre recaía sobre a reparação e a importância da recuperação dos aspectos funcionais perdidos em decorrência do acidente. Assim, este tipo de procedimento parece, em boa parte das vezes, se situar em um extremo da reconstrução. O fator que, entendo, influencia de maneira mais próxima essa questão é que, quando trata-se de queimados, ao menos os que se apresentam em estado crítico, o que está em questão é o topo da pirâmide apresentada por Carina – que abarca vida, função e estética. Isto é, são procedimentos que não dizem respeito, ao menos em um primeiro momento, à função ou à estética, mas ocupam-se substancialmente de preservar a vida do paciente. Assim, estas cirurgias parecem operar em uma lógica completamente diferente daquelas que vinhamos abordando até o momento.

Ainda nesse mesmo evento, porém no dia seguinte, Paulo, chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 1, inaugurou sua apresentação com o famoso autorretrato da artista Matuschka⁸⁵ intitulado “Beauty of Damage” (1993). A imagem da modelo e fotógrafa que evidencia as cicatrizes de uma mastectomia em decorrência de um câncer de mama seria o gatilho para a sua aula acerca das reconstruções mamárias. Além de uma breve explanação sobre o estudo que realizou em conjunto com demais médicos e médicas sobre a influência da nicotina no pós-operatório, Paulo tratou sobre as diferentes formas de reconstrução mamária e sobre a mastectomia profilática⁸⁶. Ao frisar a importância das reconstruções dessa parte do corpo, o cirurgião em várias ocasiões deixou explícita a íntima e direta relação entre a ausência de volume mamário e a perda de uma “identificação com o feminino”. Se referia não apenas àquelas que foram afetadas por um tumor, mas,

⁸⁵ Joanne Matuschka é uma fotógrafa nascida nos Estados Unidos no ano de 1954. Em decorrência de um câncer de mama teve o seio extirpado pelo médico Hiram Cody em 1991. Algum tempo depois, ganhou na Justiça o direito a uma indenização, visto que o procedimento foi considerado desnecessário. Em 1993, seu autorretrato que exibia o seio extirpado ganhou fama por estampar a capa da revista Times.

⁸⁶ A mastectomia profilática é uma cirurgia que retira as mamas para minimizar o risco de incidência de câncer. Ou seja, o procedimento é feito antes mesmo de um diagnóstico de tumor nos seios.

sobretudo, a todas as mulheres que, pelos mais variados motivos, possuem pouco volume mamário.

A mama enquanto aquilo que, de maneira muito central, confere feminilidade à mulher é algo que aqui pode ser observado e entendido, até mesmo, como uma função. A funcionalidade dessa parte do corpo, no entanto, parece se movimentar de acordo com a idade e o estado civil da paciente, de modo que poderíamos refletir de que forma um mesmo procedimento vem a ser performado enquanto reparador em um caso e estético em outro. Tal questão emerge de forma bastante manifesta em um exemplo que, por algum motivo, está presente no discurso de diferentes médicas e médicos entrevistados e que ouvi pela primeira vez na palestra de Paulo acerca dos procedimentos de reconstrução mamária. Trata-se da comparação entre dois diferentes casos, ambos relacionados a cirurgias de colocação de próteses de silicone em mulheres. A diferença entre eles encontra-se, contudo, nas pacientes que realizarão tais procedimentos. A primeira, uma menina de vinte anos que, segundo médicas(os), encontra-se em idade reprodutiva e possui mamas *muito pequenas*. A segunda, uma senhora de setenta anos que sofreu uma mastectomia em decorrência de um tumor na mama. Qual destes casos – questionam as(os) médicas(os) - se trataria de um procedimento estético e qual seria uma cirurgia plástica reparadora? A resposta mais sensata, segundo os cirurgiões e cirurgiãs, seria reparador e estético, respectivamente. Ou seja, a prótese de silicone colocada em uma mulher de setenta anos que, consoante as(os) profissionais, certamente não tem mais uma *vida sexual ativa* seria um procedimento de cunho muito mais estético e eletivo do que o primeiro caso, visto que a mulher de vinte anos teria a função reprodutiva certamente afetada pelo pouco volume mamário, bem como a procura por um parceiro dificultada. Isto é, o que conformaria uma cirurgia como mais ou menos estética ou reparadora está fortemente relacionado a contingências diversas que muitas vezes escapam ao entendimento mais apressado.

Ainda neste mesmo evento – o primeiro que tive a oportunidade de participar – houve aulas de outros dois cirurgiões plásticos, Rubem e Paolo, os quais discorreram respectivamente sobre microcirurgias⁸⁷ e fendas labiopalatinas⁸⁸.

⁸⁷ Microcirurgias são procedimentos cirúrgicos em que há a utilização de tecnologias de magnificação da imagem como lupas e microscópios. A cirurgia plástica foi uma das primeiras especialidades que fez uso de técnicas dessa natureza, que são utilizadas, normalmente, para a transferência de tecidos de uma parte para outra do corpo.

Apesar de ambas as apresentações abarcarem tópicos que poderiam de alguma forma se relacionar ao tema mais geral deste trabalho, entendo que elas destoam – em certo sentido – da discussão mais circunscrita que pretendo desenvolver.

Em síntese, tanto o caso das cirurgias plásticas realizadas em queimados como o caso das reconstruções mamárias após mastectomia em decorrência de câncer de mama – principalmente aquelas efetuadas em mulheres jovens - são considerados pela maioria dos médicos e médicas como procedimentos reparadores. O entendimento de que havia ali uma função que foi lesada e, em decorrência disso, deve ser restaurada, é o que justifica, segundo alguns, o caráter reconstrutivo do procedimento. No caso dos queimados essa relação se torna ainda mais dramática, visto que, dependendo do grau das queimaduras e do tamanho da área afetada, a não recuperação dos tecidos pode significar a morte. Enfim, trago ambos os exemplos para a discussão uma vez que eles parecem representar, para alguns médicos e médicas, o extremo de um espectro que, em seus extremos opostos, conta com as categorias estética e reparadora.

3.4.4 Beleza e Harmonia na Cirurgia Plástica

Relembro a leitora e o leitor que ao todo acompanhei cinco eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica ao longo do ano de 2016. Se os primeiros três - dois promovidos pelas(os) ligantes da Universidade A e um pelas(os) da Universidade B - tiveram como tema central as cirurgias de caráter reparador e reconstrutivo, os dois últimos que marcaram o fechamento das atividades do ano letivo se detiveram aos procedimentos notadamente estéticos. Mesmo contando com a participação de alguns dos médicos e das médicas que também estiveram nas aulas relativas à reparação, estas duas últimas ocasiões se diferenciavam bastante das primeiras. A dessemelhança de abordagem entre os eventos se fez

⁸⁸ A fenda palatina ou fissura palatina é considerada uma anormalidade de origem genética que ocorre durante a formação do feto. Trata-se da comunicação buco-nasal devido à perfuração do palato. Ela ainda pode ocasionar outras alterações, como anomalias do ouvido médio e dificuldades auditivas. Entende-se que a correção destas fissuras deve ocorrer por volta dos dois anos de idade, sendo que o fechamento completo é normalmente realizado em etapas com o intuito de preservar a musculatura da área e evitar problemas associados à fala, oclusão e respiração. A fenda palatina e o conhecido lábio leporino algumas vezes ocorrem de maneira associada, mas possuem, contudo, distintas origens embrionárias.

ainda mais evidente pelo fato de que, em um destes últimos - a Aula sobre Rejuvenescimento Facial realizada pela Liga de Cirurgia Plástica da Universidade B - a representante de uma empresa que fabrica e distribui próteses de silicone estava presente com um pequeno mostruário localizado logo na entrada do auditório. Alguns *folders* explicativos e modelos de preenchimentos destinados a mamas, glúteos, peitorais e panturrilhas ocupavam toda a mesa que era envolta por alguns cartazes da marca que, inclusive, patrocinou o *coffee-break* oferecido ao final.

Esses apontamentos, apesar de breves, já nos sugerem questões pertinentes ao eixo central deste trabalho. Destaco duas. Primeiro, uma possível relação entre cirurgias plásticas estéticas e um caráter mais comercial da especialidade fica subentendida, haja vista o apoio da empresa em relação ao evento rapidamente descrito acima. Segundo, a separação das aulas por temas – que abarcam ora o estético, ora o reparador – aludem a como esta distinção é também enfatizada na organização destas iniciativas, bem como da cirurgia plástica de maneira geral. Ainda, relembro o que foi proferido por uma das integrantes da Liga da Universidade B, isto é, que as alunas e alunos preferem, em sua grande maioria, as iniciativas que abarcam temas relativos à estética em vez daqueles que tratam dos procedimentos de natureza reparadora. Essa preferência, inclusive, conforme me sugeriram as graduandas, está também relacionada à disposição dos eventos ao longo do período letivo. Ou seja, trata-se intencionalmente primeiro daquilo que abarca o reparador, e por fim, aquilo que se refere ao estético, de modo a garantir a continuidade da participação das(os) alunas(os) nas atividades ao decorrer de todo ano.

No evento acima citado, estiveram presentes Tatiana – que explanou sobre rejuvenescimento facial e tratamentos não cirúrgicos – e Aldo – que ministrou aula sobre a ritidoplastia⁸⁹. A primeira, além de dermatologista formada pelo Hospital 2, é também pesquisadora de um grande laboratório farmacêutico. Em sua exposição, salientou a importância de uma busca incessante por um aspecto “natural” da pele. Nesse sentido, preocupou-se em sublinhar que as tecnologias dermatológicas estão cada vez mais satisfatórias em oferecer à(ao) paciente um tratamento que possibilite

⁸⁹ A Ritidoplastia, também conhecida como lifting facial, é um procedimento que se ocupa da flacidez do terço médio da face, de vincos profundos abaixo das pálpebras inferiores, e ao longo do nariz, da gordura deslocada, da perda do tônus muscular e da pele frouxa em decorrência de depósitos de gordura sob o queixo ou mandíbula.

uma aparência “descansada”. A despeito de não tratar de cirurgias plásticas, a importância de sua fala foi justificada pelo fato de que as ritidoplastias, assunto sobre a qual se tratava a aula seguinte, não teriam bons resultados se não fossem coadjuvadas por tratamentos não cirúrgicos que se dedicam à “qualidade” da pele. Essa “qualidade” tratava-se, segundo a médica, basicamente de dois aspectos no plano do visível: a textura e pigmentação. Ou seja, quanto mais lisa e embranquecida, mais jovem e bela a pele aparentava ser.

Em ambas as apresentações referentes a esse evento, tanto a de Tatiana quanto a de Aldo, a importância das fotos antes/depois ficou bastante evidente. Ao tratarem do significado daqueles procedimentos para as(os) suas(seus) pacientes, a necessidade da comprovação visual dos resultados por eles operados foi algo bastante central. E, por tratar-se da face, tais questões pareciam carregar consigo um peso ainda maior. “Suavizar” as expressões seria o grande objetivo comum entre as ritidoplastias e os procedimentos não cirúrgicos. Ou seja, restaurar uma jovialidade perdida. Apesar de compreendidos enquanto estéticos, os procedimentos apresentados, a todo o momento, eram justificados por seu caráter também reparador. Aqui, uma justificativa do cuidado parece também constranger uma explicação que repouse somente sobre o campo da estética. Entretanto, estes procedimentos que se dedicam a devolver certa juventude à face também parecem não se conformar enquanto reparadores, já que tratariam de reverter um movimento entendido como “natural”, o envelhecimento. Enfim, novamente nos deparamos com uma instabilidade no que tange à localização de determinados aprimoramentos entre os limites da estética e da reparação, de modo que se torna impossível situá-los, a priori, em alguma das categorias. O que podemos, entretanto, é nos movermos através destas a fim de nos aproximarmos o tanto quanto possível dos movimentos e das relações estabelecidas entre os procedimentos, seus limites e suas localizações móveis.

3.4.5 Otoplastias

Em evento promovido pela Liga de Cirurgia Plástica da Universidade A, Davi – preceptor da residência médica em cirurgia plástica do Hospital 1- proferiu aula

sobre os benefícios e técnicas relativas à otoplastia. Ao iniciar, apresentou a importância da compreensão do que significa uma orelha “normal” em termos de posição, forma e função e como cada uma das suas dobras é indispensável em termos estéticos e também funcionais, de maneira que se torna imprescindível que a(o) cirurgiã(o) conheça minuciosamente cada um de seus vincos e suas respectivas posições. Por ser a otoplastia uma cirurgia que tem como pacientes crianças muito jovens, ainda em fase escolar, os cuidados devem ser ainda maiores. Em especial, frisou Davi, no que tange aos nervos da área que, se danificados, podem ocasionar a perda crônica de sensibilidade da orelha.

Segundo o médico, as anormalidades desta parte do corpo podem ser tanto em relação à posição quanto à forma ou ao tamanho. A mais conhecida delas, a “orelha de abano”, pode ser diagnosticada já na primeira infância e há um grande consenso entre médicas(os) de que deve ser tratada antes mesmo da pré-adolescência. Para além desta “deformidade”⁹⁰ mais amplamente conhecida, há também aquelas que provêm de raras malformações congênitas e são também de mais difícil tratamento, como a microtia⁹¹ e anotia⁹². Para o tratamento destas últimas normalmente utiliza-se cartilagem de outras partes do corpo. O procedimento de construção da orelha ausente - microtia - é realizado de maneira extremamente artesanal, de forma que é esculpida uma nova por meio de pontos e cortes distribuídos ao longo cartilagem advinda de outra parte do corpo. Conforme Davi, este é um processo que se dá por meio de inúmeras tentativas. À medida que cada cartilagem se molda de maneira diversa, a reconstituição é feita no decorrer de três ou mais cirurgias e por meio de erros e acertos. Como alternativa, há também próteses de simples encaixe, de modo que o trabalho da(o) cirurgiã(o) se concentra em posicionar um mecanismo que se adapte a receber a prótese em local apropriado esteticamente.

Ainda conforme o que foi proferido por Davi, em caso de malformações, há a possibilidade do uso de moldes, restrito a recém-nascidos. O dispositivo deve ser utilizado da primeira semana aos trinta dias de vida da criança, já que é nesse

⁹⁰ Termo utilizado pelo médico.

⁹¹ Deformidade congênita que acomete o pavilhão auricular tornando-o subdesenvolvido.

⁹² Ausência congênita das orelhas

período que há uma significativa quantidade de ácido hialurônico⁹³ na área, o que a deixaria mais vulnerável à modelagem. Segundo o cirurgião, isso se deveria, muito provavelmente, aos níveis de estrogênio materno ainda presentes no neonato. O médico ainda ressalva que, apesar de parecer para muitos uma técnica agressiva, a modelagem – em boa parcela dos casos - isenta a criança de submeter-se futuramente a um procedimento cirúrgico.

Em síntese, as colocações de Davi sobre as otoplastias representam sobremaneira questões pertinentes às discussões que propus estabelecer nesta dissertação. O corpo como algo que não se enclausura em si mesmo pode ser ilustrado a partir do caso das próteses auriculares e mesmo dos moldes. A orelha que é recriada pela(o) cirurgiã(o) plástica(o) a partir de um processo, em suas palavras, artesanal, nos incita a pensar o corpo para além de uma materialidade orgânica. Contudo, o que mais se faz relevante para o tema central deste trabalho é o caráter não funcional que a reconstrução auricular sugere. Como mencionado pelo cirurgião em sua explanação acerca do tema das otoplastias, em caso de microtia ou anotia, a operação que constrói uma nova orelha não auxilia de modo algum na recuperação da função auditiva do paciente, de forma que a cirurgia, se não possui um caráter estético, também não auxiliaria no restabelecimento da função primeira, a audição. De todo modo, ainda sim, as otoplastias são, em grande medida, classificadas como procedimentos reparadores já que, como mencionado por Aline, cirurgiã entrevistada por motivo deste trabalho, o rosto teria, também, uma função social de importância primária⁹⁴.

Se por um lado o caráter reparador da cirurgia – como mencionado por alguns médicos e médicas - se dá por motivo do recobrimento de certa função; e, por outro, as cirurgias estéticas seriam aquilo que teria como objetivo apenas aperfeiçoar e harmonizar as formas, onde se encontrariam as otoplastias? Ademais, a natureza bastante precoce em que esses procedimentos são performados em pacientes ainda crianças nos sugere que, em boa medida, não seria moralmente aceitável que eles se caracterizassem como “meramente” estéticos. Enfim, novamente podemos nos aproximar de um entendimento das cirurgias plásticas enquanto realidades que se conformam a partir das mais variadas relações e

⁹³ Substância encontrada em grande quantidade na pele, articulações e cartilagem.

⁹⁴ Tal questão será aprofundada no próximo capítulo dessa dissertação.

contingências. Se em um dado momento o que confere o caráter reparador é a restauração de uma função perdida ou ausente, no outro é o restabelecimento de uma forma objetivando uma maior harmonia, equilíbrio ou normalidade do órgão ou tecido. A partir destes parâmetros certamente não é possível localizar as otoplastias como estéticas ou reparadoras por si só - assim como os demais procedimentos - de modo que, novamente, se torna enfático o caráter contingente destes fenômenos.

3.4.6 As Cirurgias Estéticas das Mamas

Bruna, cirurgiã plástica recém-formada pelo Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica do Hospital 1, apresentou, ainda no mesmo evento do qual participou Davi, uma aula cujo título era: Procedimentos Estéticos da Mama. A despeito dessa designação, ao iniciar a sua explanação, a médica apontou, assim como vários outros cirurgiões e cirurgiãs em diferentes ocasiões, a indissociabilidade da natureza reparadora e estética dos procedimentos, sobretudo no que diz respeito a essa parte do corpo feminino. O que Bruna propunha enquanto “estético”, no que se refere às mamas, seriam todos aqueles procedimentos que não são voltados para a reconstrução de tecido mamário lesado por motivo de tumores malignos.

Após uma breve introdução sobre os procedimentos e técnicas sobre os quais versaria ao decorrer da aula, a cirurgiã plástica fez menção a alguns pontos relativos ao histórico das cirurgias mamárias, bem como a variedade de substâncias utilizadas ao longo dos anos para o preenchimento das mamas - parafina, geleia de petróleo, cera de abelha, silicone líquido, hidrogel, bolas de vidro, borracha, marfim e esponjas de diferentes materiais. De acordo com a cirurgiã, a primeira prótese de silicone, datada do ano de 1962, mudou radicalmente a viabilidade desses procedimentos. Dois fatos históricos foram, contudo, rememorados de maneira mais aprofundada: 1) a primeira prótese mamária de silicone colocada em humanos; 2) o escândalo PIP. Não me deterei mais demoradamente a nenhum desses episódios, de modo que apenas explico rapidamente sobre o que se tratam. Timmie Jean Lindsey foi a primeira mulher a receber um implante de silicone que, até então, só havia sido testado em animais. Operada por Frank Gerow e Thomas Cronin, a cirurgia foi considerada um sucesso para os padrões da época. Para além deste pequeno relato, Bruna também explanou rapidamente sobre o “Escândalo PIP”, ocorrido em 2010, em que a empresa fabricante de implantes *Poly Implant Prothese*

(PIP) teve suas atividades suspensas na França por conta da descoberta de que as próteses fabricadas continham silicone industrial – não liberado para uso médico – em sua formulação. No ano seguinte, o caso obteve repercussão internacional por motivo do governo francês aconselhar uma cirurgia de remoção de implante para todas as mulheres que possuísem um exemplar da marca.

Atualmente as próteses desenvolvidas pela grande maioria das marcas, ainda conforme a cirurgiã, são de preenchimento mais coeso. Isto é, mesmo se partidas ao meio, não vasam o conteúdo para o restante do corpo. O seu interior se caracteriza por gel de silicone espesso e multidelaminado e a superfície apresenta-se texturizada com o intuito de deslizar menos e contribuir para que a prótese repouse sobre o local colocado originalmente. Ainda - além dos inúmeros tamanhos existentes - os formatos e perfis são bastante variados, podendo ser alto, superalto, anatômico. Além disso, há diferentes locais em que o implante pode ser alocado: subglandular (logo atrás das glândulas mamárias), submuscular (logo após o músculo peitoral) e no plano subfacial (entre a face do músculo peitoral e o músculo em si). Esta última técnica, apesar de nova, seria a que proporcionaria maior estabilidade à prótese. Ademais, Bruna alerta para o fato de que os procedimentos concernentes às mamas não se caracterizam apenas por aqueles que intentam o aumento. Há ainda a redução de mama e a mastopexia. A última teria com o propósito a melhora da forma e do tônus, e a primeira visaria à diminuição do tecido mamário.

Questionada por uma das alunas presentes sobre as possíveis alterações na amamentação, a médica respondeu que, dependendo da técnica de incisão, pode haver danos; em especial o procedimento realizado por meio periaureolar, local onde se concentram os ductos lactíferos. Além disso, a compressão ocasionada pelo implante – independente do local onde foi colocado - causa certa atrofia do tecido mamário que, com o passar do tempo, diminui o volume original. Ainda inquerida por outro aluno sobre uma possível perda de sensibilidade, Bruna respondeu que apenas 3 a 5% das mulheres têm perda irreversível.

Acerca do tema “Cirurgia Estética das Mamas”, abordado por Bruna ao longo de sua palestra, podemos tecer algumas observações no que tange a sua relação mais próxima ao eixo central deste trabalho. Os seios enquanto característica corporal que denota feminilidade e a capacidade da mulher de nutrir possíveis descendentes é algo que foi notavelmente enfatizado em grande parte das vezes em

que houve alusão a essa parte do corpo, tanto nos eventos quanto nas entrevistas realizadas. Desse modo, mesmo sendo referidas como procedimentos estéticos, as mamoplastias são reiteradamente justificadas por um argumento que engloba a centralidade dos seios não apenas para as mulheres, mas também para o sucesso das relações que elas estabelecem com possíveis parceiros e com demais pessoas. Conforme Bruna, as mamas estão, em grande medida, relacionadas àquilo que estaria relacionado a uma “identidade feminina”. Mas não apenas. Elas também interfeririam profundamente na forma como estas mulheres se colocam no mundo. Bruna sugeriu, inclusive, que os procedimentos que envolvem as mamas afetam de maneira extensa a postura das pacientes que os realizam. A cirurgiã explica que isso se dá tanto em termos denotativos quanto conotativos, visto que é possível perceber modificações tanto na posição da coluna quanto nos comportamentos e atitudes relativas à interação social.

Em suma, apesar de esses procedimentos obterem um caráter estético, ao menos no que se refere à palestra de Bruna, a justificativa da feminilidade abrandaria um estigma de futilidade ou insignificância conferido a eles. Ainda, haveria inúmeros fatores que auxiliam na conformação destas cirurgias enquanto mais ou menos próximas de uma natureza reparadora e isso, em boa medida, se dá em relação a uma instituição de normalidade atrelada a essa parte do corpo. Ou seja, entende-se que, como mulher, os seios devam ter um volume que a diferencia do corpo masculino. Assim, se o tamanho desta área não condiz com a diferença esperada, certamente haveria uma indicação cirúrgica. Essa indicação, é importante ressaltar, não precisa necessariamente advir do médico, de forma que a paciente – principalmente no que tange às mamas – parecer ser altamente legítima para gerir suas próprias modificações corporais.

3.4.7 “Cirurgião plástico é médico”

Por fim, finalizo este segundo capítulo trazendo o que, de maneira mais geral, parece ter permeado grande parte das palestras e aulas referentes aos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica. Isto é, a importância do caráter médico

da especialidade, a centralidade de uma formação técnica e a legitimidade de todos os procedimentos, sejam eles estéticos ou reparadores, enquanto algo que interfere profundamente na saúde, aqui entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, conforme a OMS. Quais seriam, estão, as relações mais específicas entre o que foi enumerado acima e os limites do que conformaria o estético e o reparador referente às cirurgias plásticas? Primeiramente, compreendo que a insistência na natureza médica de todos os procedimentos é algo bastante significativo para o que pode ser descrito como uma fluidez e permeabilidade das fronteiras entre o estético e o reparador e isso está intimamente vinculado ao fato de que todas estas cirurgias, tanto reparadoras quanto estéticas, são realizadas pelos mesmos profissionais, cirurgiãs e cirurgiões plásticos, que, antes de tudo, são médicas e médicos, como menciona a frase que nomeia este tópico.

Ao iniciar o 1º simpósio anual de cirurgia plástica da Universidade B com a oração que nomeia este tópico, Marcelo – chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 2 e professor adjunto do curso de medicina – incita os presentes a repensar a especialidade. Além de destacar a importância de uma filiação às raízes da formação, o médico também sublinha a natureza indivisível desta área cirúrgica - assim como é destacado pela Resolução nº 1621/2001 do CRM, já abordada anteriormente neste trabalho. Ademais, demarca, logo no início de sua exposição, o que entende por ser um dos pilares da prática médica, ou seja, a especialização e o saber técnico, de modo que enfatiza a premissa de que “ser um bom médico, não é ser ‘humano’, mas ser um bom técnico”. Nestes termos, o que distinguiria o profissional da área das demais pessoas é seu saber específico, e não a sua conduta mais ou menos humanizada. Para além disso, os cirurgiões e cirurgiãs ainda se diferenciariam dos demais integrantes da classe médica por sua capacidade ímpar de tomar decisões relevantes de maneira célere, qualidade essa que, conforme Marcelo, deveria ser aprimorada durante os anos de residência médica. A cirurgia plástica, ainda, se distanciaria das demais áreas cirúrgicas por ser a especialidade que, além de reabilitar o paciente, ainda teria a função de o ressocializar, especialmente em casos de pessoas acometidas por doenças ou deformidades que as impossibilitavam de se “colocarem” socialmente. Ademais, salientou a abrangência dos procedimentos e o grande contingente de conhecimento implicado na formação de cirurgiãs e cirurgiões plásticos, o que faria deles os mais

completos profissionais da medicina. Por ficar a cargo de abordar questões pertinentes à formação em cirurgia plástica, Marcelo ainda abarcou em sua explanação alguns relatos acerca de sua trajetória acadêmica e profissional e sobre o futuro da especialidade.

Enfim, o que de certa forma engloba tudo o que foi abordado neste capítulo e que perfaz de forma intensa o discurso de Marcelo é a proeminência da formação médica. Ao tratar sobre os tópicos abarcados nas aulas e palestras, entendo que nos aproximamos de alguns pressupostos médicos e o que ganha maior ou menor peso na formação de futuros cirurgiões e cirurgiãs plásticas, bem como a forma como isso se relaciona na conformação do estético e do reparador nesse contexto. Para fins de fechamento, gostaria, por fim, de pontuar algumas das questões abordadas nessa segunda parte do capítulo: 1) Em ocasiões específicas o caráter reparador da cirurgia vem acompanhado de uma patologia anterior e, assim, a reparação se dá em razão do restabelecimento de certa função. Nesse contexto, as cirurgias estéticas seriam aquilo que teria como objetivo apenas aprimorar determinadas formas. Se em alguns momentos o que confere o caráter reparador é a restauração de uma função, em outros é o restabelecimento de uma forma objetivando uma maior harmonia e normalidade. 2) Aspectos “psicológicos”, “emocionais” e “sociais” podem ser profundamente alterados devido a cirurgias plásticas. Categorias como *qualidade de vida*, *autoestima* e *bem-estar* estão completamente atreladas à conformação de certa fluidez entre o limite estético e reparador. 3) Inistência no caráter inevitavelmente estético das cirurgias reparadoras e seu inverso. Desse modo, o “bom senso” e o “caráter aceitável” esperados desses procedimentos podem ser compreendidos também a partir da questão estética/reparadora. 4) Os seios como aquilo que conferiria feminilidade à mulher é algo que pôde ser observado e entendido, até mesmo, como uma função. A funcionalidade dessa parte do corpo parece se moldar de acordo com a idade e o estado civil da paciente, de maneira que poderíamos também pensar de que modo uma mesma cirurgia plástica pode ser performada como reparadora e estética dependendo do caso.

Por último, acentuo novamente que os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica abordados neste tópico não apenas visibilizam aquilo que parece ganhar ênfase mais abrupta diante da variedade de assuntos que a especialidade compreende, bem como são a própria especialidade se conformando enquanto tal.

Como mencionado no início deste capítulo, é também nestes momentos que se materializa o estético e o reparador, bem como aquilo que vem a ser a própria Cirurgia Plástica.

4 ESTÉTICA E REPARAÇÃO A PARTIR DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM MÉDICAS E MÉDICOS

Ao entrevistar as cirurgiãs e os cirurgiões plásticos, residentes e graduandas de medicina, após questioná-los sobre suas trajetórias acadêmicas e profissionais, perguntava-as(os) a respeito de suas compreensões acerca da divisão dos procedimentos entre estéticos e reparadores. Boa parte das(os) entrevistada(os) reagiu de maneira muito positiva ao questionamento, assinalando a relevância e destaque do tema na área das cirurgias plásticas. Em alguns casos, o assunto fora, inclusive, aventado muito antes de ser sugerido por mim, de maneira que é possível entender a centralidade desta questão também para as(os) médicas(os). De certo modo, é essa divisão que organiza – de variadas formas e de maneira bastante fluida- quem, como, onde e quando os procedimentos são realizados, assim como conforma essa especialidade cirúrgica de maneira extremamente peculiar se comparada às demais. Refiro-me, como já abordado anteriormente, a um caráter que extrapola os limites da saúde e da doença relativo às cirurgias plásticas, especialmente no que tange ao contexto brasileiro.

O roteiro que desenvolvi em razão das entrevistas abordava questões pontuais acerca da compreensão dos médicos e médicas sobre o que eram cirurgias plásticas estéticas e reparadoras e de que forma tal divisão se dava no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por já ter assistido a algumas palestras e aulas proferidas justamente por alguns dos cirurgiões entrevistados - por ocasião dos eventos promovidos pelas Ligas - tinha certa compreensão, apesar de demasiadamente superficial, a respeito do modo como estes compreendiam tal questão, de forma que ao abordar o tópico nas entrevistas individuais pude aprofundar alguns dos argumentos a que tive acesso anteriormente.

A temática das fronteiras entre procedimentos estéticos e reparadores ganha diferentes nuances ao decorrer das entrevistas, e entendo que a ordem do roteiro possa ter auxiliado na construção de algumas reflexões que desenvolvidas nesse trabalho. Logo após sugerir que os entrevistados abordassem suas trajetórias acadêmicas e profissionais, os questionava sobre o que compreendiam por cirurgias estéticas e reparadoras e de que forma poderíamos visualizar essa separação em termos de procedimentos. Ou seja, pedia que me dessem exemplos em que a

divisão se colocava de maneira mais evidente. Se, em um primeiro momento, a maioria das respostas apresentava uma justificativa de que a separação não se dava na prática e que a cirurgia plástica devia ser concebida como uma especialidade de maneira mais abrangente possível, isto é, sem se ater à dicotomia entre procedimentos estéticos e reparadores; à medida que as perguntas se tornavam mais específicas algumas demarcações ganhavam certo relevo. Isto é, “teoricamente” a divisão da especialidade entre procedimentos estéticos e reparadores era praticamente inexistente a partir de uma justificativa que operava a partir de uma lógica de bem-estar, autoestima e saúde de maneira integral – física, psíquica e social -; mas conforme eram questionados acerca da operacionalização dessa inexistência de fronteiras, os entrevistados indicavam que elas existiam e se faziam necessárias para estabelecer a cirurgia plástica enquanto especialidade. Enfim, se em algumas circunstâncias tal separação era completamente dispensável e até mesmo inexistente, em outros ela era enfatizada a fim de estabelecer métricas e prioridades.

Compreendo que questioná-las(os) primeiramente sobre o que entendiam pela divisão, para só depois adentrar aspectos mais específicos de como essas fronteiras se colocavam na prática auxiliou na visualização de certas contradições e borramentos que nos sugerem pensar sobre em quais momentos é mais ou menos necessário o estabelecimento dessas barragens e quando elas são suavidades ou completamente desfeitas. Analisando posteriormente as entrevistas, arrisco sugerir que caso as questões estivessem organizadas de modo inverso, ou seja, se os entrevistados fossem questionados sobre a prática médica e seu cotidiano e, só depois, fosse pedido que refletissem sobre as fronteiras; possivelmente as suas justificativas do total apagamento e inexistência delas seria afetado e as contradições inerentes a isso pudessem intimidar ou estreitar discursos que trouxessem essas fronteiras mais atenuadas ou até mesmo nulas.

Apesar de ser um ponto levantado por mim ao decorrer das entrevistas realizadas, tal discussão se fez presente em inúmeros outros momentos. Ou seja, é importante novamente frisar que, para além de ser elencada como eixo central deste trabalho, tal questão permeia o meio médico de maneira muito ostensiva e manifesta. Não é à toa que boa parte dos autores que se debruçam sobre o tema das cirurgias plásticas reserva ao menos uma parte de seus trabalhos para a discussão deste tópico. O que proponho, no entanto, é que tratemos deste ponto de

maneira um pouco diferenciada do que é abarcado pelas referências apresentadas no início desta dissertação. Isto é, que os discursos provenientes das entrevistas realizadas não sejam entendidos apenas em um sentido discursivo estéril, mas como prática e efeito do que é performado na prática, como o que é sugerido por Barad (2003)

Opto, neste capítulo, por apresentar passagens em que os médicos e médicas aludiram aos limites entre o estético e o reparador no contexto das entrevistas realizadas. Em vários outros momentos, como foi possível observar nas elaborações anteriores acerca dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica, tal questão se fez presente, de maneira que os trechos que aqui serão retratados configuram apenas um pequeno recorte do que pude observar ao longo desta pesquisa no que tange ao eixo central deste trabalho. Em vista disso, entendo que, apesar de abarcar o que poderia ser entendido como a compreensão mais específica dos profissionais acerca de tal questão, de maneira alguma estes enunciados “explicam” as delimitações discursivo-materiais deste fenômeno de forma abrangente ou totalizante. Diferentemente, sugiro que o que é proferido pelas(os) interlocutoras(es) nessas oportunidades apenas nos direciona a um entendimento possível da conformação destes limites a partir de contingências bastante específicas.

A seguir, apresento trechos provenientes das entrevistas realizadas em que a questão estética/reparadora surge de maneira bastante evidente. Proponho que através deles possamos tratar de algumas questões relativas não apenas entre o que delimita uma cirurgia plástica enquanto estética ou reparadora, mas também sobre tópicos mais gerais relativos aos limites do corpo, saúde e doença no contexto estudado.

4.1 SAÚDE ENQUANTO BEM-ESTAR FÍSICO, SOCIAL E MENTAL⁹⁵

Dentre as mais variadas formas de se aproximar de um entendimento acerca de como o estético e o reparador relativo às cirurgias plásticas têm se conformado,

⁹⁵ O título faz referência ao conceito de saúde indicado pela OMS: “A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) define a saúde como ‘um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades’ (OMS, 1946).

uma se destaca sobremaneira. A compreensão de saúde que parece conglobar aspectos “psicológicos”, “sociais” e “biológicos” e que emerge como aquilo que explicaria a constituição de fronteiras tão instáveis no que tange a esses procedimentos se fez presente de forma densa nos enunciados médicos acerca desse tema. Como já abordado anteriormente neste trabalho, autoestima, qualidade de vida e bem-estar parecem figurar como aquilo que cimentaria uma fusão entre estético e reparador. A noção de uma saúde integral, então, manifesta-se como ponto de encontro onde os discursos médicos se reúnem de maneira mais ou menos coesa. Ou seja, é a partir de um entendimento mais geral de que a saúde se trata de *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”* (OMS,1946) que se constroem boa parte dos enunciados a respeito da indissociabilidade entre estético e reparador. Ainda, o que diz respeito a noções/práticas de normalidade, funcionalidade e proporcionalidade não apenas se relacionam de forma íntima ao que foi recentemente mencionado, como também se confundem e se entrelaçam. Assim, as abordarei conjuntamente neste tópico. Estes pontos, a partir de minha leitura, parecem assumir um entendimento do corpo como algo que “deveria ser” e, em boa medida, podem ser compreendidas a partir de uma linha em comum com as noções relativas à saúde enquanto integral. Desse modo, sugiro que sigamos este eixo na leitura e análise dos excertos que seguem. Isto é, que partamos da premissa de que o que confere certa coesão aos discursos médicos apresentados neste tópico é uma compreensão mais “integradora” de saúde – que abarca noções/práticas como qualidade de vida, bem-estar e autoestima – e que parece se tornar visível também a partir de concepções/práticas de funcionalidade, normalidade e proporcionalidade. Ainda, será abordado como, a partir do que foi relatado pelos cirurgiões e cirurgiãs, estas relações estão implicadas em aspectos mais institucionais. Ou seja, como elas constituem e são constituídas por uma esfera mais formal de organização que dita como, quando e para quem estes procedimentos são oferecidos e realizados.

Dito isto, início trazendo as palavras de Vitor, Chefe de Serviço da Cirurgia Plástica do Hospital 3 e responsável pela residência médica no mesmo hospital, ao ser questionado acerca das fronteiras entre estética e reparação relativas às cirurgias plásticas:

Na verdade, é muito difícil tu dizer, tu rotular uma coisa como absolutamente estética ou absolutamente reparadora. Tu sempre tem os dois aspectos na mesma situação. Porque, por exemplo, muitas vezes tu pega uma paciente jovem que tem, por exemplo, um nariz muito feio e aquilo acaba trazendo um monte de problema psíquico pra ela, problema de autoestima. Aí tu faz uma cirurgia que pode ser, por alguns, definida como estética, mas tu provoca uma modificação muito maior na pessoa do que só o nariz que tu mexeu, entendeu?! A gente vê muito claramente isso no consultório. Poucas coisas mexem tanto com a gente do que a nossa autoestima, tá?! Todos os pontos de vista: pessoal, amoroso, relação com outras pessoas, até profissional. Então como tu pode dizer que isso é uma coisa somente estética? Não, tu tá fazendo um bem psíquico pra aquela pessoa. No meu ponto de vista, isso é uma coisa absolutamente reparadora. E o contrário também. A pessoa tem um tumor na face e aí tu faz uma reconstrução. Tu também tem um objetivo estético na reconstrução. Tu quer que ela fique o melhor possível pra ela se sentir bem, pra ela não ter dificuldade de convívio com outras pessoas, né?! Então acho que é impossível separar as duas coisas. (Vitor)

A partir do que é discorrido por Vitor acerca da temática, podemos observar a importância da autoestima na conformação dos procedimentos enquanto algo que extrapola um caráter “meramente” estético, bem como uma hierarquização dos polos em questão, de modo que o reparador parece ganhar um peso e uma prevalência maiores em relação àquilo que seria da alçada estética. Em grande medida, o que é proferido pelo cirurgião vai ao encontro do que é abordado por boa parte dos pesquisadores que trataram sobre o tema. Isto é, como categorias relacionadas à subjetividade do paciente e sua interação social figuram aquilo que “discursivamente” atrela as cirurgias estéticas ao caráter reparador, a algo que eclipsa o trivial relacionado à vaidade e passa a se localizar no amplo espectro da saúde.

Questionado sobre uma possível relação destes procedimentos com uma melhor qualidade de vida das(os) pacientes, Vitor traz à tona, o que já fora anteriormente abordado, a relação entre feminilidade e cirurgias das mamas:

Até assim, coisas que parecem muito supérfluas pra quem olha de fora, tipo prótese de mama. A gente cansa de ver meninas que chegam assim, fechadas, tímidas

porque não têm quase nada de seio e aquilo incomoda elas. Porque o seio tem uma representação muito importante na feminilidade. Pra algumas pessoas não incomoda, pra outras incomoda muito. Então a gente vê muito no pós-operatório a paciente chegar completamente diferente, entendesse? Se sentindo melhor. Tu vê que ela tá mais segura. Isso é totalmente impossível de rotular como estético, é muito mais do que deixar mais bonito, é muito mais do que isso, entendesse? (Vitor)

Se os limites entre estético e reparador se mostram diluídos no discurso do médico, as reverberações destes procedimentos também. Ou seja, de acordo com o que é proferido por Vitor, os impactos de uma cirurgia plástica não se concentram apenas em modificações corporais, mas são experienciados pelas(os) pacientes também no nível da subjetividade. Assim, a própria separação entre mente e corpo é desestabilizada se forem levados em consideração os efeitos mais abrangentes desses procedimentos. Como já abordado precedentemente nesta dissertação, a partir de noções como qualidade de vida, autoestima e bem-estar é possível perceber que algumas das demarcações que estabelecem as diferenças entre o que seria da ordem material e imaterial acabam por se desfazer, de maneira que é possível, a partir dessas categorias, explicar as repercussões das cirurgias plásticas na vida dos indivíduos de modo mais extensivo e englobante. Ainda, uma feminilidade presumida e a relação das mamas com esta questão é extremamente evidente no trecho acima e, como foi possível observar nos capítulos anteriores, parece figurar de maneira muito central quando o assunto em questão são procedimentos relativos a essa parte do corpo.

Renata, residente do primeiro ano de cirurgia plástica no Hospital 2, apresentou uma posição muito próxima àquilo que foi introduzido por Vitor e que, em boa medida, corrobora com o que será mencionado por boa parte dos entrevistados. Ou seja, a dificuldade de estabelecer limites precisos entre o estético e o reparador, principalmente quando estão em jogo as categorias acima citadas - autoestima, bem-estar e qualidade de vida.

[..] em alguns casos bem isolados até tem como se definir. Mas na maioria dos casos não, não tem. Até porque a maioria dos pacientes quer uma cirurgia estética porque alguma parte do seu corpo já não é mais como deveria ser, então isso já entra na parte reparadora. Claro, pós-tumor, pós-grandes ressecções obviamente

isso é reparadora. Mas o que todo mundo chama de estética acho que dá pra ser interrogado se realmente é estética ou se já é pra reparar alguma coisa que é idade, obesidade; enfim, vários fatores que fizeram com que o corpo desse paciente... Mas acho que não é bem dividido não.

Bom, eu sou mulher, sou jovem, acho que têm poucas coisas na vida melhores do que se olhar no espelho e estar satisfeito com o que tu vê. Acho que aumenta a autoconfiança, aumenta o desempenho no trabalho, aumenta desempenho na escola, faculdade, enfim. Eu acho que vai muito além do que a gente pensa: “ai é só mudar uma coisinha”. Não, não é só mudar uma coisinha, é mudar a vida da pessoa. Eu acho que realmente muda a qualidade de vida quando for bem indicado e bem realizado também. Eu acho que sim, que muda bastante. Por isso que eu penso em fazer [no sentido de atuar na área] cirurgia estética. Não, é uma cirurgia que é pra vida inteira. Que vai mudar, melhorar a vida da pessoa, gerar autoestima, confiança.
(Renata)

Apesar de classificar algumas cirurgias como puramente reparadoras, Renata evidencia a porosidade entre as fronteiras ao tratar sobre os benefícios, em seu entendimento, indiscutíveis proporcionados por esses procedimentos. As repercussões das cirurgias plásticas na vida das(os) pacientes, segundo a residente, tomam proporções centrais e, dessa forma, assim como foi mencionado por Vitor, se colocariam para além da estética. É possível ainda sugerir que esta última, a partir do que é abordado por Renata, se dá em relação ou nos termos daquilo que, de maneira mais ou menos estável, compreendemos/praticamos enquanto o normal relativo ao corpo. O regular, consuetudinário ou habitual, nesse contexto, aparecem como categorias instáveis e precárias para estabelecer aquilo que conformaria o estético ou reparador. Certamente elas podem sim ser utilizadas. Contudo, é necessário que compreendamos que estas, para além de auxiliarem na conformação dos limites entre reparador e estético, se constituem também a partir dos procedimentos que discursivo-materialmente ajudam a criar. Enfim, o que é – de maneira muito provisória – compreendido/praticado enquanto “normal”, se modificado a partir das intervenções cirúrgicas, auxilia na conformação destas últimas enquanto procedimentos de cunho mais estético. E o que, diferentemente, é alterado em função de consistir em algo alheio a essa “normalidade” seria, então,

reparador. Obviamente este arranjo não se dá de maneira estável ou contínua e de diferentes formas desestabiliza-se e altera possíveis reverberações.

Como aludido por Renata, “(...) a maioria dos pacientes quer uma cirurgia estética porque alguma parte do seu corpo já não é mais como deveria ser, então isso já entra na parte reparadora”. Ou seja, é possível partir da compreensão de que até mesmo o envelhecimento, em certos contextos um processo “normal” da vida, ganha contornos anômalos. O “regular” aqui se materializa através daquilo que o corpo “era”, de modo que sempre se constitui em relação - intra-ação - com uma forma anterior, hoje inexistente ou em grande medida modificada.

A complexidade inerente a uma delimitação precisa destas fronteiras, tanto no que concerne à “normalidade” quanto àquilo que seria o então estético ou reparador é, a todo momento, enfatizada pelas(os) interlocutoras(es). Abaixo, um trecho da entrevista realizada com Aline - residente de crânio-maxilo-facial no Hospital 2 - que abarca em grande medida este ponto:

É difícil assim da gente explicar. Talvez o motivo pelo qual eu tenha feito cirurgia é porque eu sou péssima com as palavras [risadas]. Mas talvez eu pense como um continuum. Talvez mais do que falar eu consiga escrever assim pra ti, uma coisa meio assim: talvez de um lado a gente tenha a estética, ou melhor, vou colocar o contrário. Aqui a reparadora, por um problema de função. Quer dizer, uma criança que nasce com uma fenda palatina ou um queimado que também é uma outra área da cirurgia plástica que o Paolo, [cirurgião plástico também entrevistado] faz bastante, lembrei dele agora. E na outra ponta, aqui, um caso de cirurgia plástica estética, uma prótese de mama. Só que no meio disso os exemplos são milhares, né?! Mas o clássico de cirurgia estética é uma otoplastia. É uma criança de seis, oito anos que não tem nenhum problema na função. Não tem nenhuma alteração auditiva por causa disso, mas tem uma orelhinha de abano. Bom, tem CID⁹⁶ pra isso, né?! A classificação internacional de doenças. Muitos convênios pagam. Os pais submetem uma criança de seis anos há uma anestesia geral, aos riscos do

⁹⁶ CID, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, ou ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, apresenta códigos referentes à classificação de doenças e aspectos anormais relacionados à saúde. Essa listagem é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está na sua décima edição, a CID-10.

procedimento, ao stress do pós-operatório, a dias sem ir na aula, enfim. Então em todos os aspectos a criança tem perdas. Os riscos do procedimento e as perdas sociais de fazer a cirurgia. Bom, porque que um pai submete uma criança a isso? É uma cirurgia que é só estética? A criança tem problema que não é só da função, ela ouve bem, pelo menos a função auditiva. Mas a face tem a sua função social. Então em algum ponto aqui do meio, entre estética e reparadora, tá a otoplastia, né?! E mesmo os nossos malformados, depois que a gente corrige uma fenda labiopalatina, alguns têm um nariz que pode ficar um pouco esticadinho ou uma cicatriz que fica um pouquinho feia. Já não tem mais nenhum problema na função mastigação, na função fala, enfim. Mas a função harmonia facial, que sempre foi procurada pelo ser humano em devido momento, de uma forma ou de outra, isso é uma função da face e também tá aqui em algum ponto desse espectro. Ninguém questiona muito hoje em dia uma moça de vinte e poucos anos que vai fazer uma prótese de mama, mas há vinte anos atrás isso era... isso aqui tava em outro ponto [do continuum]. Ou, uma menina de quinze anos coloca uma prótese de mama. Se for perguntar pro meu pai ele vai achar um horror. Então, quer dizer, esse ponto aqui ainda não é bem estabelecido. (Aline)

No segmento acima, a “função social” da face, aludida por Aline, pode ser entendida como parte do que conformaria o aspecto reparador dos procedimentos. É possível observar que a funcionalidade, desse modo, justifica e conforma grande parte das intervenções enquanto reparadoras e, certamente, se configura das mais variadas formas. No caso apresentado pela cirurgiã, o “social” coopera para a elaboração de uma das atribuições conferidas à face. Ou seja, se a socialização é parte constituinte do ser humano e uma possível anormalidade o desvia de uma interação favorável, então talvez se justifique aqui uma reparação. Evidentemente o que irá trazer à tona o que vem a ser “modos confortáveis de estar socialmente” também se conforma a partir de inúmeras outras relações. Ainda no que tange à “função social da face”, é interessante atentar para o que ela pode representar neste contexto. Ou seja, podemos observar como a noção de função se volta também para aquilo que poderia ser compreendido para além do indivíduo ou que, no mínimo, não se concentra apenas neste. A funcionalidade de determinado órgão ou parte do corpo, normalmente entendida como algo muito circunscrito a aspectos compreendidos como biológicos, passa a requerer também um aspecto social

bastante relevante. Certamente não se trata de algo novo, de modo que não demorarei nesse ponto. Contudo, compreendo ser importante frisar que, assim como as categorias *psi* – autoestima, qualidade de vida e bem-estar – o “social” também é acionado no contexto das cirurgias plásticas no sentido de prover uma justificativa mais ampla e integradora destes procedimentos.

Ademais, a ideia de continuum apresentada por Aline para descrever a forma como se apresentam os procedimentos em termos estéticos ou reparadores é bastante interessante. A noção de que não há rupturas abruptas entre o que se localiza em um ou outro aspecto, bem como uma zona em que essas categorias se fundem, foi apresentado, nestes termos, somente por essa cirurgiã. Apesar de outros entrevistados terem mencionado certa fluidez dos limites entre estético e reparador, nenhum deles se demorou ao explicar como isso poderia se dar de forma mais específica. Aline, contudo, ao me exemplificar como isso se dava na prática, desenhou uma linha contínua que, para ela, representava o espectro da natureza dos procedimentos a fim de sublinhar a não ruptura ou separação estanque entre as duas categorias.

Além do que foi brevemente mencionado, há ainda a própria posição da cirurgiã que deve ser levada em consideração. A especialização cursada pela residente - crânio-maxilo-facial - não deve de modo algum ser ignorada. Por tratar especificamente da face e ter um conhecimento bastante detalhado dos procedimentos concernentes a ela, torna-se bastante compreensível tanto seu entendimento acerca da funcionalidade desta parte do corpo quanto a centralidade conferida a ela. Ainda, o tema da face é também excepcionalmente central nas referências de Dora – graduanda de medicina e já formada em outro curso da área da saúde – acerca da questão estética/reparadora. Questionada por mim sobre a existência de certos padrões de normalidade e beleza e a forma como estes são abordados no contexto do curso de medicina, a estudante responde:

O que existe é assim: existem vários estudos com proporções faciais, né?! Existe sim uma proporção que a gente chama que seria a perfeita, os terços faciais, que seria proporcional. Só que eu lembro que a maioria dos estudos são americanos. Na verdade, a maior parte é de orientais, japoneses, que a gente usava até bem pouco tempo atrás e é uma coisa que não se encaixa no nosso meio. Nós somos descendentes de alemães e italianos. E mais pro norte do país tem uma mistura muito

maior de várias raças. Então começou a se fazer mudanças em cima desses padrões. São análises de perfil, por exemplo, softwares que tu usa pra aquilo que vai ser aplicado ao teu paciente. Tu não vai usar, por exemplo, em um paciente oriental o perfil de beleza diferente. Lá eles toleram o queixo um pouco maior porque lá a maioria tem aquele prognatismo⁹⁷. Italiano, por exemplo, eles não acham feio o nariz grande. O nariz deles é um pouco maior. Enfim, esse conceito é bem diferente de uma região pra outra. E o que tu muda no rosto de uma pessoa é aquilo que tá muito fora do que seria o padrão e que tu poderia agregar uma função. Eu vou te dar um exemplo: uma cirurgia ortognática⁹⁸ que envolve desproporções de maxila e mandíbula, sabe? Muitas vezes o paciente não tem uma oclusão boa e ele não mastiga bem. E em função de não ter uma oclusão, um encaixe bom dos dentes, acaba tendo muita dor articular e essas dores acabam até gerando dor de cabeça com o passar do tempo. Então tu acaba sim melhorando a estética quando faz essa cirurgia, mas o que tu busca é melhorar a função. E é claro que tu não tem um alvo, não são medidas fixas. O alvo não é a medida x, y, z, é uma proporção. Tu tem que levar em consideração as medidas do teu paciente e deixar proporcional. (Dora)

O trecho acima novamente confere certa centralidade à face, de maneira semelhante ao que é observado no discurso de Aline. Ademais, a proporcionalidade pode aqui ser percebida como aquilo que age na conformação de uma normalidade referente à face (possivelmente tal relação, respeitando as devidas particularidades, também pode ser estendida ao resto do corpo) e, de algum modo, também na performance do belo. Assim, medidas que podem tanto ser relativas a um padrão mais específico quanto particularizadas à raça/etnia também performam aquilo que seria o ideal para determinadas faces. Além disso, é possível observar que a função aparece como estreitamente atrelada à estética e vice e versa, de modo que visibiliza a impossibilidade de uma conformação de ambas de forma apartada. De certa maneira, um problema relativo à função afetaria também aspectos estéticos de

⁹⁷ Prognatismo é a acentuada projeção do maxilar para frente, causando a proeminência dos dentes em relação ao plano da face.

⁹⁸ Cirurgia ortognática é o procedimento comumente utilizado para tratar deformidades envolvendo os ossos da face e os dentes com o intuito de estabelecer um equilíbrio anatômico. Pode ser realizada por cirurgiãs(ões) plásticas(os) ou cirurgiãs(ões) dentistas.

modo que podemos também perceber aqui uma não dissociação em entre forma e função. A busca, conforme indicado por Dora, seria por uma melhora desta última e a estética, nesse sentido, apareceria em segundo plano, evidenciando, novamente, certa hierarquia entre as categorias.

Davi, preceptor da residência médica em cirurgia plástica do Hospital 1, refere-se de maneira muito próxima àquilo que Dora e boa parte dos entrevistados abordaram. Isto é, ao caráter sempre estético dos procedimentos reparadores:

Por exemplo, alguém que tem câncer de pele na face, que tu vai tirar um pouco de pele e tem que curar aquilo primeiro. Mas é só tirar? É só curar? Depois ele vai ficar com uma marca grande ali. Sempre tem que pensar o que tu vai fazer, qual é a melhor opção de reconstrução. É o que eu geralmente digo pros pacientes: tirar é fácil, tirar é a parte mais fácil. O difícil é tu reconstruir aquilo ali, tu pensar numa forma que aquilo ali fique mais bonito, o mais bonito possível, o mais esteticamente aceitável possível. O paciente não tá só preocupado em tirar a lesão. Ele tá preocupado em tirar a lesão, mas ele vai ficar com uma cicatriz grande pro resto da vida? Aquilo vai chamar atenção das pessoas? Então sempre que se pensa em tirar a lesão, tu pensa em como posicionar aquela cicatriz seguindo as linhas da face. Por exemplo, se eu posicionar uma cicatriz aqui [apontando para a bochecha] ela vai ficar menos aparente porque ela segue ó... Quando eu sorrio ela segue essas linhas aqui. Quem é mais velhinho, quando sorri, sorri, sorri, acaba tendo umas ruguinhas aqui nesse sentido. Então tu tenta posicionar a cicatriz nesse sentido. Se eu tirar a lesão nesse sentido aqui, a cicatriz vai aparecer mais. Se eu puder colocar no sulco natural, melhor ainda, vai ficar mais inaparente ainda. Então mesmo em uma cirurgia com um fim mais reconstrutivo não tem como separar como reparador e como estético. (Davi)

Conforme o trecho acima, a indispensabilidade de uma harmonia das formas e uma estética aceitável nos procedimentos reparadores é o que, também, acaba por fazer tão fluídos os limites entre essas categorias. Consoante Davi, a dicotomia, em termos práticos, não existe. Haveria procedimentos de caráter mais estético e outros de caráter mais próximo ao reparador. Entretanto, essas esferas se entrelaçariam na prática médica. O cirurgião explica que, se um paciente com câncer de pele se submete a uma cirurgia para a retirada do tumor, ele espera,

assim como a(o) cirurgiã(o), que a aparência da cicatriz seja a melhor possível. Assim, o procedimento se conformaria tanto como reparador - já que teria como principal função extirpar células anormais -, quanto estético, já que também teria a finalidade de harmonizar a aparência da área atingida. Davi ressalta, então, a importância da cicatriz seguir as linhas da face; ou seja, aquelas marcações “naturais”, como rugas ou linhas de expressão, que o paciente já possui ou que se formarão ao decorrer dos anos, de modo a suavizar as possíveis marcas decorrentes do procedimento. Desse modo, novamente observamos a importância de uma “normalidade” referente às formas e uma busca no sentido do “natural”.

Ainda sobre os tênues limites entre o estético e o reparador, o médico prossegue discorrendo:

“A cirurgia plástica na verdade é uma mistura de tudo, dos dois. Inclusive, desde as primeiras cirurgias, que remontam de séculos, séculos atrás. O “boom” da cirurgia plástica foi principalmente pós Primeira Guerra Mundial, com os mutilados e tal. Mas desde a época de Cristo existem inscrições de reconstrução nasal com retalho mediano - tem o nome do autor inclusive- que, por amputação da ponta do nariz, tu transfere pele da frente e isso se chamaria de cirurgia reconstrutiva. Porém, não adianta tu botar uma coisa que não fique bem no paciente, então tem que ficar bonito também. Então tem essa zona cinzenta aí”. (Davi)

Ainda no que tange à relação entre os procedimentos e categorias que englobam uma noção de saúde mais abrangente e que perfaz também aspectos psicológicos e sociais das(os) pacientes, é importante apontar que Ricardo, o único cirurgião plástico entrevistado que atende somente por meio de seu consultório particular, dispõe de um artigo publicado que se trata de uma revisão sistêmica e meta-análise de estudos que abarcam o tema da qualidade de vida em relação a cirurgias plásticas. Consoante o cirurgião, em entrevista concedida em razão deste trabalho, essa questão é um dos pontos centrais na discussão referente às fronteiras entre cirurgias estéticas e reparadoras. Uma vez que a medicina não lida apenas com casos extremos de vida e morte, mas também com patologias crônicas, o que se coloca como questão é a qualidade de vida e bem-estar das(os) pacientes. Sendo assim, o elo entre os mais diferentes tipos de intervenções realizadas por

cirurgiãs e cirurgiões plásticos seria a preservação ou aprimoramento da qualidade de vida, o que fica bastante evidente na passagem abaixo:

Dois exemplos bem básicos: doenças reumáticas, por exemplo, artrite. Ninguém morre de artrite. Vive mal a ponto que vai te limitar certas coisas. Outro tipo de tratamento: a psoríase. Ninguém morre de psoríase, mas vive mal. A cirurgia plástica, a mesma coisa. Ninguém vai morrer por ter barriga, por ter culote, ter ruga, ter orelha grande. Não morre, mas traz um problema grande pra pessoa. Só que ninguém questiona o tratamento da psoríase e nem da artrite reumatoide, mas questionam a cirurgia plástica. Então tem um preconceito contra essa área. (Ricardo)

Ainda, em consonância com o que foi aludido por outros cirurgiões, Ricardo sugere que o grande problema da diferenciação entre procedimentos é o fato de que as cirurgias de cunho estético são, muitas vezes, entendidas como apartadas do âmbito da saúde. Para exemplificar o argumento, compara a sua especialidade médica à psicologia e advoga pela premissa de que ambas estão preocupadas com o bem-estar físico e emocional das(os) pacientes. A psicologia, contudo, já teria uma maior legitimidade nesse sentido.

O problema todo que eu vejo é que se coloca a cirurgia estética como uma coisa que não visa promover saúde, que visa só mais essa parte da vaidade. Eu discordo disso porque a pessoa se sentir bem com seu corpo é promoção de saúde, independente se através de cirurgia ou através de uma terapia, é uma promoção de saúde. Se uma pessoa com algum tipo de constrangimento em se relacionar socialmente por causa de um problema com o seu corpo busca uma terapia, tu não vai dizer que ela tá fazendo psiquiatria estética. (Ricardo)

É importante atentar para a relação que fica bastante evidente a partir do que é sugerido por Ricardo e que, de diferentes formas, já se fez presente nesta dissertação. Isto é, a correspondência de justificativas atreladas a categorias psicológicas e a conformação do estético e do reparador. Tal questão é reforçada pelo médico na medida em que concentra esforços em tornar visível a semelhança entre a psiquiatria/psicologia e a cirurgia plástica. Ainda, como veremos a seguir, o

médico faz menção àquilo que é ou não abarcado pelo SUS e convênios médicos de saúde e a performance de um procedimento na qualidade de estético ou reparador. O não reconhecimento de algumas cirurgias enquanto reparadoras as apartaria de uma condição de necessidade, o que ocasionaria elas não serem oferecidas de maneira gratuita. É importante atentar para o fato de que essa diferenciação contribui para que a especialidade da cirurgia plástica se conforme de maneira bastante peculiar. Conforme alguns médicos e médicas, esta é a única área da saúde que ainda reserva uma boa quantidade de pacientes que consultam e operam somente por via particular. Assim, para os cirurgiões e cirurgiãs, não seria interessante que essa distinção se extinguisse por completo, já que é o ganho financeiro proveniente dos atendimentos particulares que os possibilita ter uma maior tranquilidade e qualidade de vida. Entretanto, no que se refere à formação das(dos) residentes, uma não distinção entre os procedimentos no contexto da saúde pública, ou uma diferença não tão rígida entre eles, parece ser mais favorável, já que seria necessário que médicos e médicas em formação operassem os mais variados tipos de cirurgias. Desse modo, quanto mais amplo for o leque de procedimentos oferecidos pelo SUS, mais integral seria a formação da(o) futura(o) cirurgiã(o) plástica(o). Em relação a este ponto, é importante ainda sublinhar que estes aspectos de caráter mais institucional estão intimamente relacionados ao eixo central deste tópico, ou seja, um entendimento/prática da saúde enquanto algo que abarca diferentes esferas da vida: "biológica", "social" e "psicológica". Estes aspectos, assim como aquilo que diz respeito à funcionalidade, proporcionalidade e normalidade, acabam por ter efeitos na esfera mais institucional e de regulamentação das cirurgias plásticas enquanto estéticas ou reparadoras. Certamente, também, o que é instituído mais formalmente - por meio de regulamentos, leis, resoluções - também auxilia na conformação daquilo que será compreendido com mais ou menos abarcado pelo rol da saúde, e assim também, pelo estético e reparador.

Em relação a esse ponto, Davi também explica que no serviço de cirurgia plástica em que é preceptor há uma discussão que surge do descompasso entre as(os) residentes e a Secretaria Municipal de Saúde. Visto que o SUS só autoriza procedimentos compreendidos como sendo de cunho reparador, se faz necessário, segundo o cirurgião, que tenham uma explicação de caráter funcional. Para tanto, é imprescindível que o paciente se enquadre em uma das categorias presentes no

CID (Classificação Internacional de Doenças). Além disso, há uma combinação prévia entre o hospital e a Secretaria de Saúde Municipal que delimita parâmetros específicos para que o procedimento seja autorizado. O cirurgião não soube precisar os critérios exatos, mas trata-se, como explicou, de determinadas medidas que expressam a normalidade ou anormalidade da situação. Abaixo, o trecho no qual Davi se refere a esse ponto:

Então tem uma série de coisas que a gente tem que encaixar pra poder autorizar a cirurgia. A mesma coisa pra fazer uma abdominoplastia. Pra fazer abdominoplastia tem que ter o abdômen em avental, que é aquele abdômen com excesso de pele, excesso adiposo, excesso de gordura que se dobra lá no sulco abdominal inferior. Aquela dobra forma um sulco que a paciente pode começar a ter infecção fúngica. Então aqui no Hospital a gente registra os pacientes com foto e discute junto ao auditor do hospital, um auditor médico. Aí, junto com ele, a gente define se vai fazer a cirurgia. A mesma coisa a rinoplastia. A rinoplastia tem que ter desvio de septo, tem que ter uma alteração funcional. Só porque o nariz não tá bonitinho, não. Tem que ter uma queixa respiratória, uma coisa que objetivamente vai melhorar a vida daquela pessoa. Então a gente faz um exame, pode ser um raio x, uma tomografia, uma larinoscopia, pra confirmar que tem um desvio de septo. Então tendo um desvio de septo confirmado por exame aí a gente consegue autorizar junto com o auditor pra paciente ser operada. (Davi)

O caso das mamoplastias redutoras também parece ser um exemplo interessante neste contexto. Conforme o médico, o excesso de volume das mamas acarreta não só problemas no que tange à estética. O sulco proveniente do tecido mamário que, em decorrência do peso, repousa sobre o abdômen da paciente ocasiona, na maioria das vezes, dermatites e infecções fúngicas. Outrossim, ainda há comprometimentos da postura e fortes dores lombares. Casos como este são registrados através de fotografias e discutidos em conjunto com o auditor do hospital, também médico, no sentido de legitimar a cirurgia como reparadora. Paulo – chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 1 explica que, sem todo esse processo, o SUS não arca com os custos da cirurgia. Ademais, a paciente que opta por se submeter a este procedimento deve ter mais do que dezoito anos e

apresentar IMC⁹⁹ (índice de massa corporal) menor do que 30, preferencialmente abaixo de 27¹⁰⁰. É importante ressaltar que é imprescindível, nestes casos, algo que ateste o cunho reparador do procedimento. Isto é, exames, laudos, fotos que comprovem que há, naquele caso, um problema funcional a ser reparado. Conforme Davi, no caso das rinoplastias, por exemplo, são solicitados exames de radiografia, larinoscopia ou tomografia que confirmem um desvio de septo¹⁰¹.

Questiono o cirurgião sobre o descompasso entre o que a maioria dos médicos e médicas tem relatado – o fato de não haver uma real separação entre cirurgias estéticas e reparadoras – e os parâmetros preconizados pelo SUS para a autorização desses procedimentos, ao que ele responde:

A gente não concorda com essa separação. Mas eu também vejo que se for uma coisa muito aberta, as pessoas vão vir querendo botar prótese mesmo já tendo um volume bom, só pra aumentar um pouquinho a mama. Talvez, num mundo ideal, se tivesse vaga pra todo mundo, talvez desse. Mas no SUS a gente tem, como eu disse, câncer de pele que tem que tirar e não tem espaço pra todo mundo. A gente tem que dar prioridade pra certas coisas. E daí na formação [residência médica], claro, tu vai fazer o tratamento para o desvio de septo, tu vai tratar o nariz do paciente e o paciente tem uma giba aqui em cima (aponta para o nariz). Aí tu vai anestesiá-lo o paciente, botar na sala cirúrgica, tem todos os riscos da cirurgia, o paciente vai ter um pós-operatório. Aí tu vai submeter ele a um procedimento só pra tratar o desvio de septo? Não, né?! Aí tu já trata aquela giba que ele tem ali. E aí que o residente consegue fazer a sua formação completa, entendeu?! Mas tem que ter uma justificativa funcional junto. Na verdade, mais do que reconstrutivo, eu não colocaria essa palavra “reconstrutivo”, eu colocaria que tem que ter uma melhora de função. (Davi)

⁹⁹ O índice de massa corporal (IMC) é uma medida internacional utilizada para calcular se a uma pessoa está no peso ideal. Foi criada no fim do século XIX por Lambert Quételet e hoje é adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como preditor internacional de obesidade. O IMC é determinado pela divisão da massa (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros).

¹⁰⁰ IMC entre 25 e 30 é considerado como sobrepeso a partir da tabela de classificação da medida. Acima de 30 considera-se obesidade grau 1.

¹⁰¹ O desvio de septo pode ser um distúrbio congênito ou resultar de processos inflamatórios, infecciosos ou alérgicos crônicos. Ou, ainda, pode ser provocado por traumatismos.

Neste último trecho do que é enunciado por Davi, é possível observar a intrincada relação entre a formação das(dos) residentes, os limites entre o que é estético e reparador e o atendimento público. Ainda, a partir do que é relatado pelo cirurgião, podemos refletir sobre o que seria a *função* neste contexto. Se levarmos em consideração alguns dos discursos pronunciados por ele e outros cirurgiões e cirurgiãs, é possível depreender que a função de determinados órgãos e membros não são determinações rígidas. Assim, uma mesma parte do corpo adquire ou perde certas funções em decorrência do sexo, idade ou mesmo contexto social/individual do paciente. Nesse sentido, para uma melhor compreensão de tais questões, é preciso que voltemos à discussão que abarca o exemplo¹⁰² - proposto por alguns dos médicos e médicas com que conversei - da mamoplastia de aumento em dois diferentes casos: o da mulher solteira de vinte anos e da mulher viúva de setenta anos. A função da mama, nesse contexto, só se compõe a partir da relação entre o estado civil da paciente, a sua idade e as concepções médicas, para citar apenas alguns dos fatores imbricados. A função sexual e reprodutiva, nesse sentido, só aparece na mulher de vinte anos, bem como a função de futuramente nutrir a prole.

Ademais, entendo ser pertinente discutirmos rapidamente o que o termo função nos suscita nesse contexto. Com origem no latim, função sugere trabalho, execução. Pode também ser considerada como *atividade natural ou característica de um órgão, aparelho, engrenagem, obrigação a cumprir, papel a desempenhar, emprego, exercício, atividade*¹⁰³. Assim, a função se pretende ativa, é o que caracteriza ou dá sentido àquele que a detém. O caráter *estético*, nesse sentido, não se qualificaria como uma função e sugiro que isso possa estar relacionado a uma compreensão de passividade que relacionamos a ele. Conforme o exemplo relatado

¹⁰² Este exemplo já foi citado no segundo capítulo dessa dissertação. Trata-se da comparação entre dois diferentes casos, ambos relacionados a cirurgias de colocação de próteses de silicones em mulheres. A diferença entre eles encontra-se nas pacientes que realizarão tais procedimentos. A primeira, uma menina de vinte anos que, consoante médicos(as), encontra-se em idade reprodutiva e possui mamas *muito pequenas*. A segunda, uma senhora de setenta anos que sofreu uma mastectomia em decorrência de um tumor na mama. Conforme os cirurgiões e cirurgiãs, o primeiro procedimento seria reparador e o segundo estético. Isto é, a prótese de silicone colocada em uma mulher de setenta anos que, segundo médicas(os), certamente não tem mais uma *vida sexual ativa* seria um procedimento de cunho muito mais estético e eletivo do que o primeiro caso, já que a mulher de vinte anos teria a função reprodutiva certamente afetada pelo pouco volume mamário, bem como a procura por um parceiro dificultada.

¹⁰³ Definição proveniente do site: <https://www.significados.com.br/funcao/> acesso em 14 de fevereiro de 2017.

anteriormente, a mama da mulher de setenta anos assume, assim, uma não função, ou uma característica puramente estética.

Ainda no que tange à natureza indivisível desses procedimentos, Paolo, cirurgião e preceptor da residência médica do Hospital 1, se manifesta da seguinte forma:

Eu compartilho da opinião da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que a cirurgia plástica é indivisível. A cirurgia plástica é ao mesmo tempo reparadora e estética, e estética e reparadora. Se tu consideras que a saúde é o bem-estar físico e emocional, e se tu considerares que uma pessoa que tá infeliz com a sua aparência está doente... Se há uma queixa plausível de ser abordada cirurgicamente, essa queixa, apesar de ser cunhada como estética, ela de maneira alguma deixa de ser uma queixa reparadora. Ao mesmo tempo que alguém que nasce com uma fissura e vai ser reparada, ela vai ser reparada para que a pessoa tenha uma forma mais natural, e não deixa de ser uma cirurgia reparadora por ter esse grande cunho de forma e grande cunho estético. (Paolo)

O que é abordado no trecho acima se refere, assim como os demais, a questões que de alguma forma já foram contempladas anteriormente neste trabalho, de modo que reitera a importância de certos pontos como, por exemplo, a noção de saúde que abarca, também, o bem-estar emocional. Além disso, o caráter indivisível das cirurgias plásticas aparece novamente como algo de grande centralidade e importância. Certamente o fato das(os) interlocutoras(es), com exceção de Ricardo, atuarem todas(os) no contexto da saúde pública auxilia no entendimento da inseparabilidade desses procedimentos, no sentido em que compreendo que a noção de saúde “universal”, em boa medida, auxiliaria na compreensão de uma abordagem mais integral do corpo. Em suma, não apenas os entendimentos dos médicos e médicas conformam e são conformados em relação à questão estética/reparadora, mas também suas localizações de atuação, formação acadêmica e profissional, aspectos pessoais e etc.

Em suma, o caráter integrador de concepções como qualidade de vida, bem-estar e autoestima parece não somente subsumir aspectos relativos ao reparador e estético em um mesmo procedimento como também auxilia na conformação da saúde como aquilo está relacionado ao “psicológico”, “social” e “biológico” referente

ao indivíduo, assim como é por ele conformado. De modo semelhante, as noções/práticas de normalidade, funcionalidade e proporcionalidade também acabam por se entrelaçar de forma íntima a um entendimento mais amplo de saúde no sentido em que também passam a justificar os procedimentos enquanto necessários. Contudo, diferentemente, parecem aludir a justificativas mais centradas naquilo que seria próprio à “biologia” e não a aspectos “subjetivos” que remetem a uma interioridade do indivíduo. Certa regularidade esperada do corpo – na forma de proporcionalidade, normalidade e funcionalidade- está fortemente coadunada ao que se localizará na esfera da saúde/doença e assim também conforma o estético e reparador relativo às cirurgias plásticas.

Ainda, todas estas questões abarcam aspectos formais e institucionais bastante densos. O fato de um procedimento ser ou não compreendido enquanto mais ou menos necessário não apenas institui políticas e regulamentações como também é constituído por estas. Assim, os efeitos mais imediatos das práticas-discursivas relacionadas ao tópico estético/reparador parecem materializar-se na forma de quem, como e quando os procedimentos são oferecidos no contexto do SUS.

Enfim, de maneira muito breve tentei apresentar algumas das relações possíveis entre o que foi abordado nos discursos médicos a respeito do estético/reparador de maneira mais circunscrita à linha do que tange à saúde a partir de um aspecto mais integrador. A seguir, trato daquilo que pode ser compreendido enquanto características mais mercadológicas e econômicas relativas a esse contexto. Obviamente a abordagem por tópicos empreendida neste capítulo não representa as realidades relativas a estes emaranhados de relações- intra-ações – que conformam o reparador/estético, de modo que servem apenas para fins de organização mais geral deste trabalho.

4.2 QUESTÕES ECONÔMICAS E MERCADOLÓGICAS RELATIVAS À CONFORMAÇÃO DO ESTÉTICO/REPARADOR

Aspectos referentes a questões mercadológicas e econômicas emergiram nos discursos médicos como um dos fatores que também auxiliariam na conformação dos procedimentos - e da própria especialidade da cirurgia plástica - enquanto mais

ou menos próximos à esfera da saúde. Ricardo, o único dentre os cirurgiões plásticos que entrevistei que atende apenas por meio de seu consultório particular, refere-se de maneira bastante evidente à natureza também mercadológica das fronteiras entre reparador e estético. O médico - cujo consultório se localiza em uma grande avenida da cidade de Porto Alegre, conhecida por abrigar edifícios comerciais luxuosos – explica que, para ele, a questão é fundamentalmente financeira. O fato dos convênios médicos custearem somente os procedimentos que são compreendidos como reparadores explicaria, em grande parte, essa divisão. Apesar de entender como problemática tal diferenciação, o cirurgião atenta para certos benefícios a ela atrelados. Isto é, as repercussões de caráter econômico. Visto que os planos de saúde não custeiam ou ressarcem procedimentos estéticos, as(os) pacientes são levadas(os), invariavelmente, a procurar os consultórios particulares e esta seria a grande diferença da especialidade em relação às demais. Alguns médicos e médicas com quem conversei, inclusive, apontaram ser esse um diferencial que leva muitas(as) graduadas(os) a procurar residências em cirurgia plástica. Isso se justificaria devido ao fato da especialidade proporcionar uma maior qualidade de vida para a(o) futura(o) cirurgiã(o) em termos econômicos e no que diz respeito ao tempo demandado na prática da profissão, já que a maioria das cirurgias plásticas realizadas em consultórios particulares, por serem eletivas, são comumente agendadas com antecedência.

Como já mencionado no tópico anterior, aqueles procedimentos que não são contemplados pelo SUS, em vista de serem de cunho estético, seria o que, em boa medida, alimentaria os consultórios médicos particulares, conferindo à cirurgia plástica uma realidade completamente diferente das demais especialidades médicas. Assim, é também necessário novamente atentar para a intrincada relação entre aquilo que é ou não abarcado pelo SUS e convênios médicos de saúde e a performance de um procedimento na qualidade de estético ou reparador. A compreensão/prática de algumas cirurgias plásticas enquanto estéticas as afastaria de uma situação de primordialidade, o que resultaria não serem oferecidas gratuitamente. Se por um lado a separação bastante provisória de que o SUS abarca as cirurgias de natureza reparadora e os consultórios particulares aquelas de cunho estético auxilia na expansão econômica da especialidade, por outro uma diferenciação menos sólida favorece, em boa medida, a formação das(os) futuras(os) cirurgiã(os) plásticas(as). Isto é, como o aprendizado prático dos

procedimentos é todo por meio de cirurgias realizadas no contexto do SUS, quanto mais abrangente for a gama de operações oferecidas, mais diversificada será a formação do residente. Assim, da mesma forma que é interessante não haver uma universalização da oferta de cirurgias plásticas, é necessário que elas ainda sejam, em alguns casos, oferecidas de maneira gratuita no contexto da saúde pública.

Seguindo uma linha semelhante a que foi apresentada por Ricardo, Davi propõe que o termo “cirurgia estética” difundiu-se em decorrência de propagandas realizadas por médicos e médicas que visam, preponderantemente, o lucro, afastando-se do real motivo da prática médica. Mercadologicamente a “cirurgia estética” seria mais rentável e, nesse sentido, o emprego de tal expressão contribuiria no quesito publicitário. Abaixo, a passagem em que Davi se refere a tal questão:

(...) hoje, cada vez mais, a Sociedade Brasileira [de Cirurgia Plástica] tem tentado tirar esse termo, essa dicotomia. Porque na verdade essa dicotomia objetivamente, pra nós médicos, não existe. Claro que tem coisas com mais caráter estético, coisas com mais caráter reconstrutivo, mas as duas coisas são juntas, são fundidas. O que a gente tem muito na cabeça como estética é porque, não adianta, é muito marketing em cima da cirurgia plástica e muito trabalho que não é sério em cirurgia plástica. Tu acaba tomando aquilo um produto, e pra vender um produto tu tem que ter todo um marketing em cima. Aí tu acaba vendendo como especialista em estética, acaba forçando esse nome de estética quando, na verdade, essas coisas mais ou menos se fundem. (Davi)

Em consonância com o que foi apontado por Ricardo e Davi, Paolo também atribui a divisão das cirurgias plásticas enquanto estéticas e reparadoras, entre tantos outros fatores, às questões mercadológicas:

Foi uma divisão especialmente criada, claro, com fins mercadológicos. Explorou muito o nome estético, claro, porque é um nome que tá muito arraigado a coisas não médicas também. A gente vê essa mega influência e essa mega invasão de não médicos nessa área, digamos, nessa área estética por assim dizer, transformando e até banalizando e espierrando na cirurgia plástica, fazendo com que banalize algo

que, antes de ter o plástico e estético, tem o nome “cirurgia”. É uma coisa invasiva, uma coisa que é tão deletério quanto benéfico. (Paolo)

Na mesma medida em que sublinha o caráter mercadológico inerente a essa divisão, Paolo aponta outra questão que já fora abordada, mas que parece estar presente de forma mais incisiva nas palavras deste cirurgião. Isto é, a natureza “invasiva” das cirurgias plásticas. Tomando como base o que foi dito por este médico, é possível também pensarmos esses procedimentos a partir de uma de suas particularidades em relação a outras intervenções médicas, ou seja, enquanto algo que fere os limites do corpo de maneira entendida por muitos como mais abrupta. Como abordado no início deste trabalho, a visibilidade dessa quebra de fronteiras entre o corpo e o mundo, a intervenção que se dá “da superfície à carne”, que pode ser compreendida como a destituição e restituição, através de cortes e suturas, dessa barreira que compreendemos encapsular o corpo, é uma das vias possíveis de se pensar as diferenças entre as cirurgias plásticas em comparação aos demais dispositivos de aprimoramento e conformação corporal. Enfim, trata-se de falar de um tipo de intervenção que expressa de maneira bastante evidente a vulnerabilidade das fronteiras entre o corpo e seu entorno, de maneira que é tida como um modo de aprimoramento dos mais radicais. Antes de tudo, estas intervenções, como mencionado por Paolo, tratam-se de procedimentos cirúrgicos, de forma que há riscos inerentes a tal atividade. Sobre este ponto, o cirurgião continua:

Dois gumes, né?! Quando tu invade o corpo de alguém, seja por um bisturi, seja por uma agulha, tu tá potencialmente podendo causar danos a essa pessoa. Às vezes os danos não são só psicológicos, mas danos físicos também. Uma cicatriz é um dano que tu causa. É um dano colateral. Pode ser que não incomode quando bem planejada, e é isso que a gente pretende sempre na cirurgia plástica. Mas efetivamente há um dano. A cicatriz ali mostrou que houve um dano e o tecido de reparação atuou. (Paolo)

A mercantilização da especialidade, conforme o que foi proferido por Paolo, parece diminuir ou menosprezar o seu caráter médico, bem como a severidade comumente atrelada a procedimentos cirúrgicos de natureza diversa. Poderíamos,

nesse sentido, sugerir que há uma relação bastante próxima entre aspectos mercadológicos relativos à divulgação das cirurgias plásticas e uma banalização destes procedimentos enquanto de cunho médico. Esse distanciamento de um caráter mais próprio de tratamento de patologias pode, em certa medida, nos guiar a um entendimento dessas cirurgias e da própria especialidade como algo apartado daquilo que diz respeito à esfera médica, adentrando um campo que em pouco se relaciona com a o binômio saúde/doença. Compreendo que neste ponto seja possível, inclusive, sugerirmos que, em alguns casos, as cirurgias plásticas não requerem qualquer tipo de justificativa atrelada ao tratamento de um estado de adoecimento (“psicológico” ou “físico”) anterior, mas refere-se, de maneira mais próxima, a um aprimoramento de aspectos pontuais. E isto, seguramente, pode ser lido por meio de suas relações com a questão estética/reparadora. Se já não é mais necessário, em alguns contextos, uma justificativa que trate todos os procedimentos, em alguma medida, enquanto reparadores – como vimos anteriormente-, também parecem se distanciar os melindres na justificação das cirurgias enquanto “apenas” aprimoramento corporal. Conforme Edmonds (2002), esse parece ser um movimento que tem se expressado de maneira mais evidente desde a Segunda Guerra Mundial, onde a beleza parece desvincular-se de discursos de cunho moral, tornando-se cada vez mais individualizante.

Mostrando-se contrário ao poderia ser entendido como uma “trivialização” destes procedimentos, Paolo frisa que os riscos intrínsecos às cirurgias plásticas dizem respeito a essa “invasão” cometida pelos cirurgiões e cirurgiãs por meio dos bisturis e que, podemos sugerir, nos rememora o entendimento do corpo como algo inviolável, como se pretendia nas concepções vigentes na Idade Média mencionadas no primeiro capítulo desta dissertação. Nesse sentido, é importante novamente atentarmos para a discussão mais central a que este trabalho se propõe, mas não só. Além de discutirmos os limites entre o estético e reparador no contexto das cirurgias plásticas, tratamos também dos limites do corpo enquanto tal. Assim, falar dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos é também tratar sobre o que seria compreendido/praticado como uma intervenção mais ou menos intensa e, também, o que é ou não tratado enquanto intervenção. E, ainda, quais procedimentos são ou não entendidos como mais ou menos necessários, o que nos leva, novamente, a separação entre estético e reparador. Sobre este ponto, o médico prossegue:

A minha opinião é que a cirurgia plástica é indivisível. Eu procuro nunca usar “cirurgia plástica estética” nas minhas propagandas pessoais porque eu acredito que ninguém faz algo reparador pra ficar feio, e muito menos alguém faz algo estético pra ficar sem função. Senão, ao em vez de colocar botox, se faria paralisia facial nas pessoas, seria muito mais barato. Mas ninguém faz isso aí. (Paolo)

Por fim, ao de sublinhar a indivisibilidade da cirurgia plástica, ou seja, a não separação da especialidade enquanto estética ou reparadora, e tratar sobre os perigos inerentes a uma divulgação meramente mercadológica, Paolo faz referência às suas próprias “propagandas pessoais”. Isto é, não se coloca contra a publicização de sua prática médica, mas frisa a importância de, ao fazê-la, não atentar para uma diferenciação entre estético e reparador. A divulgação do trabalho médico, conforme o cirurgião, deve sempre aludir à natureza médica e à seriedade dos procedimentos. Tratar puramente de “estética”, nesse sentido, seria minorar a especialidade e o trabalho dessas(es) profissionais, bem como a complexidade inerente às cirurgias.

A seguir, abordo o que compreendo ser uma perspectiva historicizada acerca do binômio estético/reparador a partir do que também pôde ser observado ao longo das entrevistas realizadas com cirurgiãs e cirurgiões. Como veremos, a intrincada relação entre o pós-guerra e a conformação das cirurgias plásticas enquanto uma especialidade que também trata de aspectos relacionados à beleza é algo que novamente será enfatizado, dessa vez, por meio dos enunciados médicos.

4.3 HISTORICIZANDO AS DIFERENÇAS

Uma das maneiras possíveis de tratar acerca da conformação dos limites entre o estético e o reparador relativo às cirurgias plásticas é a partir de um entendimento histórico a respeito de como, ao longo do tempo, a especialidade tem se construído. No início desta dissertação, empreendi a tentativa de uma compreensão nesse sentido e, nessa mesma linha, Paolo, chefe do serviço de cirurgia plástica do Hospital 2, ao abordar as fronteiras entre estético e reparador, apresentou um breve apanhado histórico sobre o tema, reforçando a importância da Segunda Guerra mundial na conformação dessa área da medicina. Ao ser

questionado sobre esse tópico, o cirurgião plástico – um profissional bastante renomado e com mais de vinte anos de carreira – sublinhou a importância de uma compreensão deste ponto a partir de uma abordagem histórica da especialidade, trazendo a relevância de alguns profissionais e a precedência de procedimentos reparadores – ou o que hoje compreenderíamos enquanto tais - em relação aos estéticos. Abaixo apresento o trecho em que médico discorre sobre o assunto:

Esse é um debate que é muito antigo, já perdura há décadas. A cirurgia plástica como especialidade distinta da cirurgia geral só surgiu nas guerras mundiais. Por isso, ali na Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, os pilotos da força aérea britânica tinham graves lesões e ali que cirurgiões gerais começaram a se especializar pra fazer a reparação, principalmente de pilotos que caíam e tinham graves lesões. Pra formar um piloto leva muito tempo, então eles tinham que ter um jeito de recuperar o pessoal pra voltar ao trabalho. Então foi o Sir. Harold Gillies e outros - todos foram condecorados Sir, Gillies, Mackindon e outros cirurgiões - que na Inglaterra, digamos assim, abriram esse novo braço da cirurgia, que antes era cirurgia geral. Então surgiu a especialidade da cirurgia plástica. Plástica é que a palavra meio mágica, né?! A gente fala em matéria plástica uma coisa que se possa modelar, uma coisa que se possa mudar a forma ou criar a forma. E, claro, os mesmos cirurgiões que faziam essas grandes reparações - de nariz, cabeça, pescoço, orelhas, membros, escara de decúbito¹⁰⁴ - também faziam outras coisas, né?! Daqui a pouco opera uma barriga muito grande, deixa um rosto mais bonito ou uma pele da pálpebra que tá sobrando, ou uma orelha que tá em abano. (Paulo)

Conforme o cirurgião, essa não é uma questão recente e, para explicá-la, traz à tona questões históricas pertinentes à conformação da disciplina e o crescimento das cirurgias plásticas “eletivas” na época da Segunda Guerra Mundial. Como abordado no primeiro capítulo desta dissertação, a aproximação de dados históricos a respeito destes procedimentos nos auxilia no entendimento mais situado de como se dão os limites entre estético e reparador atualmente. Se antes estas cirurgias

¹⁰⁴ Escaras de decúbito, também chamadas de úlceras de pressão ou úlceras de decúbito, são um tipo especial de lesões da pele, de extensão e profundidade que variam. A principal causa da formação de escaras é a deficiência prolongada na irrigação de sangue e na oferta de nutrientes em determinada área do corpo. Isso se dá em decorrência da pressão externa exercida por um objeto contra uma superfície óssea ou cartilaginosa.

eram utilizadas fundamentalmente na recuperação dos feridos pela guerra, com o decorrer do tempo aqueles que tinham formação passaram também a operar civis e “modelar” corpos, mesmo que sem a presença de uma justificativa médica para tanto. Nesse sentido, seria possível, inclusive, partirmos do entendimento de que não haveria, no período aludido pelo cirurgião, argumentos de autoridade médica que justificassem procedimentos que não tinham como objetivo sanar doenças. Isto é, categorias como autoestima, bem-estar e qualidade de vida não teriam o mesmo peso que hoje parecem ter e, assim também, as fronteiras entre estético e reparador se conformavam de maneira completamente diferente. Possivelmente mais demarcados, estes limites acionavam, certamente, materialidades distintas das que hoje observamos. Aqui, refiro-me, também, aos limites do corpo. Em relação a isso, outro ponto que me parece bastante central na abordagem do cirurgião trata-se da plasticidade e maleabilidade do corpo. Ou seja, fica bastante visível o entendimento das cirurgias plásticas enquanto procedimentos que mudam e até mesmo criam formas, o que nos sugere uma compreensão desse corpo como totalmente passível de mudanças e a forma enquanto estado, não como algo permanente.

Sobre o que ocorre atualmente a respeito destes procedimentos e a maneira como assumem diferentes formas, o cirurgião apresenta exemplos e, inclusive, um comparativo entre hoje e algumas décadas atrás:

Há 40, 30 anos atrás se falava em vaidade, de querer operar ser um luxo, uma coisa supérflua. No mundo da pós-graduação eu já participei de mais de 15 bancas de doutorado e mais de 30 de mestrado. Várias dessas teses são a respeito de qualidade de vida, autoestima e capacidade funcional, que são coisas hoje em dia mensuráveis. No mundo da antropologia tu pode ver isso. Então não é mais: “Eu acho que fulano tá fazendo uma cirurgia só porque ele não-sei-o-quê, só porque é um luxo, só porque é supérfluo, só porque é vaidosa”. Não! Se tu pegar o pré-operatório e fizer uma entrevista validada, com um questionário validado, internacionalmente validado... Então tu faz a entrevista no pré, faz a entrevista no pós-operatório e tu observa a estatística de melhora de qualidade de vida, melhora de autoestima, melhora de capacidade funcional. (Paulo)

Os dois exemplos mais contundentes são, por exemplo, a paciente que tem um problema na mama - que foi a aula que eu dei aquele dia lá na Liga - e ela vai fazer

uma reconstrução de mama por quê? Ela não vai ganhar nenhum dia de vida. Ela não vai tratar o câncer de mama porque operou a reconstrução de mama, mas ela quer melhorar a qualidade de vida. O outro exemplo, muito moderno, é a cirurgia pós-obesidade. Paciente tinha 150 quilos, fez uma cirurgia bariátrica, perdeu 70 e agora tá cheio de pelanca. Então o que é estético, o que é reparador aí? Tem um caso que a pele tá cobrindo o joelho dele, então a cirurgia plástica tira esse excesso. Vai ficar mais bonito, então é plástica e estética ao mesmo tempo. (Paulo)

Os pontos abordados por Paulo, ao ser questionado sobre os limites entre estético e reparador, se diferenciam sobremaneira das abordagens dos demais cirurgiões sobre o tema. Talvez por ser o mais experiente entre os(as) médicos(as), trouxe aspectos contextuais referentes à qualidade de vida, bem-estar e caráter médico relacionados aos procedimentos. Se para alguns dos(as) entrevistados(as) as justificativas que englobam algo para além da vaidade e ancoram-se em um entendimento de saúde em termos “sociais”, “psicológicos” e “físicos” são trazidas enquanto dados, para Paulo isto parece ter uma história bastante específica e trata-se de algo que foi se construindo ao longo do tempo. Enfim, através do que é sugerido pelo médico é possível nos aproximarmos de uma compreensão historicamente mais situada acerca destes fenômenos e de um entendimento menos estático daquilo que produzem. Apesar de utilizar as mesmas “justificativas” ao tratar da fluidez destes limites, o cirurgião parece partir de um local diferenciado e que, por sua extensa experiência, engloba contingências históricas de maneira mais aprofundada. Ainda, no que tange à realidade atual destes procedimentos, trata sobre aquilo que já foi, de diferentes modos, mencionado neste trabalho, isto é, a peculiaridade do contexto brasileiro no que tange à realização de cirurgias plásticas por meio do Sistema Único de Saúde.

Então, nenhum convênio paga esse tipo de cirurgia. Convênio privado, né?! Mas no SUS a gente faz. No SUS a gente opera orelha de abano. A Unimed, o IPE ou o Bradesco não pagam, mas o SUS paga. Então tu perguntou como é que é. Não sei como é no Uruguai, na Argentina, nem na Suécia, mas aqui a gente faz. (Paulo)

Enfim, o depoimento de Paulo é extremamente detalhado e abarca, além de questões históricas relativas às cirurgias plásticas, pontos atinentes ao que já fora

anteriormente abordado por demais médicos e médicas em razão desta pesquisa. Contudo, entendo que a riqueza do que é proferido pelo cirurgião se encontra mais precisamente em uma abordagem que possibilita um melhor entendimento, inclusive, do que foi precedentemente expressado por outros profissionais entrevistados. Além disso, a presença explícita da autoestima e qualidade de vida novamente como entidades que auxiliam na conformação dos procedimentos enquanto algo mais próximo do campo da saúde aparece como algo bastante significativo. Ademais, o que o médico chama de “capacidade funcional” parece abarcar não apenas aquilo que está relacionado à função propriamente dita, mas também um entendimento de bem-estar. Este último, assim como qualidade de vida e autoestima, - semelhante ao que emerge através dos discursos de outros profissionais – surge de maneira explicativa, de modo que auxilia em certa justificativa dos procedimentos enquanto necessários e, dessa forma, reparadores.

Por fim, apesar de em todas as entrevistas realizadas ser abordada, ao menos em algum momento, a questão que é eixo central deste trabalho, ou seja, os limites entre as cirurgias estéticas e reparadoras; nem todos os trechos referentes a esse ponto foram apresentados e discutidos neste capítulo. Alguns deles, por tratarem de maneira muito próxima o que já havia sido contemplado de forma mais aprofundada por outro cirurgião entrevistado, não se farão presentes neste tópico. Ainda assim, compreendo ser pertinente sublinhar que nenhum dos profissionais abordou estas fronteiras de maneira estanque ou partiu da compreensão de que assim deveria ser. O entendimento das cirurgias plásticas enquanto procedimentos que tratam tanto da estética quanto da reparação de forma bastante fluida parece ser a tônica que rege os discursos médicos a que tive acesso por meio das entrevistas realizadas em função desta pesquisa.

Ainda, compreendo ser pertinente rememorar os pontos que se fizeram presentes de maneira mais insistente neste capítulo, mas não somente. Abarcados também ao longo de toda dissertação, as questões que emergem através dos discursos médicos em boa medida corroboram com o que já havia sido tratado ao longo dos dois capítulos precedentes. Enfim, chamo atenção para as seguintes questões que parecem estar intimamente relacionadas à conformação e

desestabilização das fronteiras entre estético e reparador e que emergem de maneira mais explícita nesta última parte da dissertação: 1) a centralidade da autoestima, da qualidade de vida e do bem-estar; 2) noções normalidade, funcionalidade e proporcionalidade; 3) aspectos institucionais relacionados às residências médicas e ao funcionamento do SUS; 4) aspectos mercadológicos e financeiros; 5) abordagem histórica da formação da disciplina. Todos estes pontos de forma mais ou menos profunda auxiliam na conformação dos limites entre estético e reparador, bem como são por esses produzidos. Além disso, eles relacionam-se entre si de maneira que se torna difícil uma abordagem que não leve em consideração todos estes de forma indissociada. Obviamente eles não se dão do modo como aqui estabelecido, ou seja, delimitados por pontos específicos; mas conformam-se juntos em relação uns aos outros.

Finalmente, na sessão seguinte, “Considerações Finais”, trarei de maneira mais demorada o que compreendo ser um apanhado mais geral de boa parte do que foi abordado ao longo dessa dissertação e que nos auxilia na construção de em um entendimento possível acerca das fronteiras entre estético e reparador. Assim, o que foi tratado ao decorrer de todos os três capítulos e o embasamento teórico-metodológico apresentado na Introdução serão novamente pincelados com o intuito de estabelecermos algumas relações e entendimentos provisórios acerca da narrativa que foi construída ao em razão desse trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 REVISITANDO OS CAPÍTULOS

Retomarei no presente tópico questões que foram abordadas ao longo de cada um dos três capítulos dessa dissertação a fim de que seja possível estabelecermos algumas relações provisórias entre aquilo que elenquei como eixo central, as referências teórico-metodológicas e o que emergiu através das entrevistas, eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica e pontos relativos à história dessa especialidade médica. Certamente uma diversidade de questões não será contemplada, mas creio que aquilo que se refere à espinha dorsal desse trabalho poderá ser melhor compreendido a partir desta etapa de fechamento.

O primeiro capítulo ocupou-se, mais detidamente, de um conteúdo relativo à conformação da cirurgia plástica enquanto especialidade médica. Tal disciplina, que hoje trata dos mais diferentes tecidos e partes do corpo humano, caracteriza-se por ser a área de maior abrangência em termos de tipos de procedimentos cirúrgicos. Entretanto, como foi possível observar ao longo dessa dissertação, esse domínio da medicina parece, de certo modo, escapar de um entendimento mais recorrente sobre saúde. Isto é, por realizar também operações eletivas de cunho estético e de aprimoramento corporal, a cirurgia plástica é, em grande medida, entendida como uma medicina acessória. Contudo, o que seriam então cirurgias plásticas estéticas? De que forma elas colaboram para a conformação do que vem a ser a cirurgia plástica enquanto especialidade médica? Estas foram algumas das questões que guiaram a construção deste trabalho. Apesar de não serem respondidas, nem ao longo dos capítulos nem no presente tópico, elas nos auxiliam em uma aproximação do que vem a ser, de maneira bastante provisória e contingente, a realidade acerca desses procedimentos. Ou seja, independentemente de não haver pretensões de se empreender um fechamento coeso e acabado, é possível estabelecermos alguns apontamentos acerca do que foi discorrido ao longo deste estudo.

Como abordado no capítulo de abertura, o desenvolvimento da cirurgia plástica se entrelaça fortemente com a evolução dos procedimentos relativos à cirurgia geral, de maneira que é complexo precisar quando as duas especialidades

tomam rumos diversos. Entretanto, como já tratado anteriormente, podemos nos referir a essa distinção por meio da criação das associações médicas de cirurgia plástica, já que estas acabaram por instituir, em boa medida, os procedimentos que ao longo do tempo passaram a ser entendidos como domínio de uma ou outra disciplina. Mas não somente isso. Há certamente inúmeras outras contingências que se relacionam a tal tópico. Contudo, entendo que a institucionalização da disciplina se deve de maneira mais densa ao advento dessas associações.

Ao nos debruçarmos sobre alguns pontos relativos ao histórico das cirurgias, se torna também mais viável o estabelecimento de questões mais certas a respeito dos limites entre o estético e reparador. Desse modo, retomo alguns tópicos abarcados no capítulo de abertura que compreendo serem de fundamental importância para essa discussão, quais sejam: 1) A relação entre a epidemia de sífilis no século XVI e o aumento do que foi designado como *chirurgia decoratoria* - procedimentos que se destinavam à reconstrução do nariz daqueles acometidos pela sífilis com o propósito de tornar menos perceptíveis os danos recorrentes da doença (GILMAN, 2001). 2) O incremento das técnicas relativas à cirurgia plástica, nos séculos XIX e XX, devido à Guerra da Criméia (1853 -1856) à Primeira (1914 - 1918) e à Segunda Guerra (1939 - 1945). É também nesse período que a especialidade começa a se afastar da fama que a relacionava somente aos males relativos à sífilis e passa a simbolizar uma área da medicina que trata daqueles que servem à nação (DAVIS, 1995). 3) Como também já mencionado, devido ao grande número de profissionais que haviam se especializado em decorrência da guerra e que, com o seu findar, não possuíam uma demanda satisfatória de pacientes cujas necessidades se restringiam a procedimentos que se preocupavam em sanar lesões provocadas por guerras ou patologias, a cirurgia estética acaba tornando-se um novo nicho de mercado para os cirurgiões plásticos (FELDMAN, 2004). Entretanto, novamente reitero que não se trata de afirmar que é neste momento histórico que as cirurgias plásticas aparecem pela primeira vez no rol de aprimoramentos estéticos, mas sim que é neste estágio que os procedimentos dessa natureza passam a ganhar uma proporção massificada, certamente como muitos outros produtos no pós-guerra. 4) É também nesse período que, ainda conforme Feldman (2004), a psicologia e a cirurgia plástica aproximam-se de maneira mais contundente, de modo que os procedimentos até então eletivos passam a ganhar justificativas

amparadas em uma noção de saúde que extrapola um entendimento embasado apenas em aspectos orgânicos.

No que tange ao contexto brasileiro, elenco as seguintes questões como sendo as principais abordadas por este trabalho: 1) A década de quarenta como especialmente significativa no que tange à institucionalização da disciplina no país, já que é no ano de 1940, por iniciativa de cirurgiões brasileiros, que é fundada a Sociedade Latino Americana de Cirurgia Plástica. 2) Em 1949 Ivo Pitanguy começa a atender no Pronto Socorro do Hospital Souza Aguiar e em 1954 funda o serviço de Cirurgia Plástica Reparadora da Santa Casa de Misericórdia. Com a criação da 38ª enfermagem da Santa Casa, em 1959, Pitanguy passa também a proporcionar cirurgias plásticas para classes menos favorecidas economicamente, o que, compreendo, auxiliou em grande medida nos rumos que a especialidade tomaria no contexto nacional. 3) No ano de 1992 é proposta a mudança de nome da SBCP, que passa então a se chamar Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora (SBCPER). A modificação perdurou até o final da década de noventa, quando a instituição voltou a se chamar Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (ANTONIO, 2012, p.133). 4) Em 16 de maio de 2001, através da resolução nº 1621/2001¹⁰⁵, o Conselho Federal de Medicina trata sobre a integralidade da disciplina. Conforme o art. 1º: “A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente”. Ou seja, sugere-se que não há diferenciação explícita ou institucional entre cirurgias plásticas estéticas e reparadoras.

Os pontos elencados precedentemente apontam pistas no sentido de um entendimento a respeito da realidade dos limites entre reparador e estético. Sugiro que eles evocam as tensões relativas a esse binômio e nos levam a uma compreensão destas fronteiras enquanto algo que se conforma a partir de múltiplas contingências “históricas”, “sociais”, “econômicas”, “políticas”, “materiais”, entre tantas outras, de maneira indissociada. Reforço novamente que esses limites não apenas performam o estético, o reparador ou a ausência destes, mas, sobretudo, as cirurgias plásticas enquanto tais.

¹⁰⁵ Para acesso da resolução na íntegra:
http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm> acesso em 14 de fevereiro de 2017

No segundo capítulo, discorri sobre a formação das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os) e de que forma questões pertinentes a esta temática estão mais ou menos relacionadas à conformação das cirurgias plásticas enquanto estéticas ou reparadoras. O objetivo central daquele tópico foi tratar sobre o tema a partir do que presenciei durante os eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica e nas entrevistas concedidas por profissionais da área. A partir destes dois eixos compreendo que foi possível traçar alguns pontos de encontro entre a formação médica e a conformação do estético e reparador no âmbito dessa especialidade da medicina. Retomo, mais uma vez, que o que foi apresentado ao longo do capítulo não se caracteriza por uma abordagem englobante a respeito de uma realidade mais geral referente a essa área. Trata-se, porém, de um recorte bastante delimitado que de acordo com minha compreensão nos propicia questões pertinentes para pensarmos tanto as cirurgias plásticas quanto nossos entendimentos acerca de corpo, saúde e fronteiras.

Dividido em duas grandes partes, o segundo capítulo tratou, basicamente, sobre a formação das(os) cirurgiãs(ões) a partir das Ligas de Cirurgia Plástica, das residências e daquilo que, segundo as(os) profissionais, conforma suas justificativas pela escolha da área. Após, foram abordadas algumas das temáticas tratadas no contexto dos eventos promovidos pelas Ligas, onde se torna ainda mais evidente de que forma o reparador e o estético têm se relacionado tanto à formação das(os) médicas(os) quanto à instituição da disciplina como tal.

No que concerne às Ligas de Cirurgia Plástica, é necessário novamente reiterar o motivo pelo qual compreendo ser viável pensarmos a temática central deste trabalho a partir destas iniciativas. O estético e o reparador, como foi possível visualizar a partir dos temas abordados nas aulas e palestras das quais participei, são entendidos e praticados de formas diversas e é por meio destes ambientes de formação que os alunos, desde o início da graduação – já que somente terão contato com as especialidades cirúrgicas no sétimo semestre de curso -, também têm acesso às suas conformações.

Relativo às residências, é importante mencionar, mais uma vez, que esta etapa de formação é quando as(os) cirurgiãs(ões) de fato realizarão cirurgias plásticas e, o mais significativo em relação a isso, no âmbito do SUS. É em boa

medida em função do contexto específico da saúde pública que os limites entre estético/reparador têm adquirido tais definições. Ou seja, deve-se também ao fato das(os) residentes terem de exercer a mais variada gama de procedimentos ao longo dos três anos de formação que cirurgias que até então seriam alocadas como estéticas são oferecidas no âmbito da saúde pública. Obviamente isso não se conforma de maneira tão simples e não se explica em termos duais de causa e efeito. Contudo, é sim possível e profundamente viável pensarmos as continuidades entre essas questões. Além disso, como foi possível observar ao longo do segundo capítulo, nas residências existe uma organização institucionalizada de quem são os responsáveis por determinados procedimentos e essa divisão se dá, em grande medida, a partir da dicotomia estético/reparador.

Ainda na primeira parte deste capítulo, tratou-se a respeito de como as(os) profissionais da área se relacionam com a escolha da profissão, como entendem seu fazer médico. A intenção, ao abordar alguns tópicos relativos ao que levou as(os) entrevistadas(os) a escolherem a área da cirurgia plástica dentre várias outras, é apenas listar pontos que nos auxiliam na compreensão do que, de acordo com elas(es), configuram-se como especificidades da disciplina. Tangencialmente a isso, entendo ser possível atentarmos para como a questão estética/reparadora pode ser melhor compreendida a partir do que as(os) entrevistados relatam sobre a especialidade em si. Dentre todas as temáticas abordadas em relação à escolha da profissão, a que mais se destaca em relação ao eixo central deste trabalho é a que se refere à “qualidade de vida” e “resolutividade” próprias dessa área. Ou seja, esta última, quando abordada no contexto das entrevistas, aludia àquilo que estabelece uma diferenciação básica na medicina – entre práticas clínicas e cirúrgicas – e, sugiro também, que entre os diferentes tipos de aprimoramentos corporais, sejam eles médicos ou não, como anteriormente abordado na introdução deste trabalho. Já a “qualidade de vida” - que emerge também no sentido de justificar as cirurgias plásticas como procedimentos que tratam da saúde da(o) paciente de maneira mais ampla, levando em consideração aspectos “sociais” e “psicológicos” – aparece aqui, em conjunto com outras questões, como aquilo que conformaria a disciplina em termos do que a diferencia das demais áreas cirúrgicas, tanto em ganhos financeiros para as(os) médicas(os), quanto no que diz respeito a uma melhor organização dos horários profissionais destes últimos. Enfim, a partir destes dois pontos –

“resolutividade” e “qualidade de vida” - podemos então visualizar algumas das relações possíveis entre o que conforma a cirurgia plástica e seus limites.

Na segunda parte deste mesmo capítulo foram abordadas de forma mais demorada algumas das temáticas abarcadas nas aulas e palestras promovidas pelas Ligas de Cirurgia Plástica. Através destas foi possível evidenciar alguns dos pressupostos médicos que embasam a prática das(os) profissionais e o que ganha maior ou menor peso na formação destas(es). Os tópicos abordados (Enxertos e retalhos; Psicologia e cirurgia plástica; Queimados e reconstrução mamária; Beleza e Harmonia; Otoplastia; Cirurgia estética das mamas) relacionam-se de diferentes modos à temática estético/reparador. Ou, ainda, podemos sugerir que é também nestes momentos que se materializa o estético e o reparador enquanto tais, bem como aquilo que vem a ser a própria Cirurgia Plástica de maneira geral.

Sobre o que foi apresentado nessa segunda parte, retomo as seguintes questões: 1) em alguns momentos específicos o caráter reparador da cirurgia vem acompanhado de uma patologia anterior e, desse modo, a reparação se dá em razão do restabelecimento de certa função. Nessas circunstâncias, as cirurgias estéticas seriam aquilo que teria como objetivo apenas aprimorar determinadas formas. Se em algumas ocasiões o que confere o caráter reparador é a restauração de uma função perdida ou ausente, em outras é o recobrimento de uma forma objetivando uma maior harmonia, equilíbrio ou normalidade do órgão ou tecido. 2) Aspectos “psicológicos”, “emocionais” e “sociais” podem ser drasticamente modificados em decorrência das cirurgias plásticas. Como também mencionado na Introdução e no terceiro capítulo deste trabalho, questões psicológicas estão fortemente imbricadas às justificativas relativas às cirurgias plásticas, sejam elas reparadoras ou estéticas. Categorias como *qualidade de vida*, *autoestima* e *bem-estar* parecem estar fortemente atreladas à conformação de certa fluidez entre o limite estético e reparador. 3) Observa-se uma ênfase na natureza inevitavelmente estética das cirurgias reparadoras e seu inverso. O “bom senso” e o “caráter aceitável” almejados nos resultados desses procedimentos cirúrgicos podem ser entendidos também à luz da questão estética/reparadora. Isto é, a compreensão de uma desarmonia estética como algo disfuncional pode ser um caminho para pensarmos tais questões. 4) A mama enquanto aquilo que, fundamentalmente, conferiria feminilidade à mulher é algo que pôde ser observado e entendido, até mesmo, como uma função. A funcionalidade dessa parte do corpo parece se moldar

de acordo com a idade e o estado civil da paciente, de modo que poderíamos refletir de que maneira um mesmo procedimento vem a ser performed enquanto reparador em um caso e estético em outro.

Desde o capítulo introdutório empreendo a tentativa de demonstrar, de diferentes maneiras, como os limites entre reparador e estético têm se apresentado neste contexto que optei por estudar. Apesar de a todo o momento essa divisão e as categorias concernentes a ela parecerem fictícias e meramente “enunciativas”, elas têm uma realidade “discursivo-material” que parece ficar mais evidente ao desenrolar do terceiro capítulo deste trabalho, o qual retomarei a seguir.

O terceiro e último capítulo volta-se inteiramente para a discussão estético/reparadora de maneira muito evidente. A partir das entrevistas com profissionais, este tópico discorre, basicamente, sobre a forma como estes últimos declaram entender este binômio. A compreensão das cirurgias plásticas a partir de procedimentos que tratam do domínio do estético e do reparador de forma bastante fluida é de grande centralidade nestes discursos médicos. Entretanto, há nuances em relação a isso para as quais devemos novamente atentar. Assim, elenco os pontos que se fizeram presentes de maneira mais densa: 1) a centralidade da *autoestima*, da *qualidade de vida* e do *bem estar* mais uma vez enquanto aquilo que cimentaria uma noção de saúde mais relacional; 2) Normalidade, funcionalidade e proporcionalidade como aspectos que também “justificariam” o caráter reparador de boa parte dos procedimentos; 3) aspectos institucionais relacionados às residências médicas e ao funcionamento do SUS e sua intrincada relação com a formalização e comprovação de cirurgias como estéticas ou reparadoras; 4) questões mercadológicas e financeiras relacionadas à área de atuação profissional; 5) a historicidade da conformação do estético/reparador. Enfim, todos estes pontos já haviam irrompido de alguma maneira ao longo deste trabalho. Todavia, é nesse último capítulo que parecem erigir de forma mais coesa. Isso se deve, certamente, à forma pela qual eu, enquanto pretensa pesquisadora e autora, fui construindo e descobrindo estas questões ao longo do processo de pesquisa e escrita, de modo que, assim como a realidade relativa à conformação destes limites, este trabalho não estava dado.

Sugiro, por fim, que nos voltemos novamente para alguns embasamentos teórico-metodológicos nos quais me ancorei na tentativa de construir uma narrativa mais coesa acerca do que foi proposto como temática medular dessa dissertação.

5.2 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

No que tange à perspectiva teórico-metodológica na qual essa dissertação está ancorada, sugiro que a seguinte passagem de Donna Haraway expressa algumas das intenções aqui presentes na mesma medida que justifica boa parte das escolhas operadas na construção deste. Nas palavras da autora: “(...) o enfoque que tento defender é rigorosamente comprometido com testar e atestar. Com se engajar e compreender que este é um empreendimento sempre interpretativo, interessado, contingente, falível. Não é nunca um relato desinteressado” (HARAWAY, 2015, p.67). Isto é, as questões tratadas no contexto desse estudo são parte também de um objetivo e estratégia políticos. O conhecimento¹⁰⁶ enquanto algo que se conforma através de práticas discursivo-materiais (nos termos de BARAD, 2003) é também algo central para esse empreendimento acadêmico e que, se ainda não abordado de tal forma ao longo da escrita dessa dissertação, agora o é.

Volto-me novamente para aquilo que em boa medida é o objetivo mais geral dessa pesquisa. Ou seja, tratar sobre simplificações a partir de seu caráter produtivo. Conforme Mol e Law (2002), o entendimento de dicotomias e generalizações como meras reduções da complexidade real dos objetos enfraqueceria demasiadamente a potencialidade de nossas críticas. O propósito do trabalho aqui empreendido pautou-se, em boa medida, nestas premissas, partindo do entendimento que as histórias que contamos devem tratar, primariamente, sobre o que ocorre com as complexidades (no plural) no contexto das práticas.

Conforme destacado por esses mesmos autores (MOL e LAW, 2002), o entendimento a partir de uma única ordem acaba por não fazer mais sentido quando este esquema passa a ser compreendido enquanto múltiplo. Isso ocorreria, sobretudo, em razão de que múltiplas ordens acerca de objetos semelhantes nem

¹⁰⁶ O “conhecimento” que aqui me refiro é tanto aquele que está institucionalmente relacionado ao domínio da medicina e que fora abordado de diferentes formas ao longo deste texto, quanto aquele que está sendo construído ao longo da escrita dessa dissertação, nunca esquecendo do entendimento de que ambos se conformam mutuamente em intra-ação.

sempre reforçam as mesmas simplificações ou decretam os mesmos silêncios, o que me parece bastante evidente a partir das mais variadas formas pelas quais o estético e o reparador, bem como a fluidez entre essas fronteiras, se declararam a partir das diferentes abordagens empreendidas ao longo dessa dissertação. Ainda em relação a isso, outro ponto me parece medular para uma compreensão mais situada acerca da questão estética/reparadora. Ou seja, a compreensão mais comum de que cada domínio do conhecimento revela diferentes perspectivas de um mesmo objeto/corpo/questão deve, consoante Mol e Law (2002), dar lugar a um entendimento de que cada área tem a seu próprio objeto/corpo/questão. Nesse sentido, torna-se primordial que partamos do seguinte ponto: como esses objetos se associam na prática? Isto é, como se mantêm coordenadas essas múltiplas versões? Ainda segundo os autores (2002), isso não se deve ao fato de uma coesão inerente a elas preceder o conhecimento acerca das próprias, mas por motivo de diferentes articulações agirem em prol de um reagregamento dessa multiplicidade de realidades. Em suma, é por meio de questões “políticas”, “econômicas”, “materiais”, “discursivas”, entre tantas outras, que se conforma o estético e o reparador. Cada uma delas, certamente, evidencia uma realidade distinta e auxilia na conformação das demais e na coerência expressa do que entendemos por essas fronteiras. No que tange a essas últimas, elas parecem se fazer mais visíveis em locais em que diferentes modos ou ordens se encontram, de maneira que é nessa região emaranhada e povoada de interferências que é possível, de forma mais manifesta, presenciar suas múltiplas conformações. Ou seja, quanto mais confusas parecem as delimitações do estético/reparador, mais evidentes são as suas multiplicidades e o trabalho de coordenação exercido por suas diferentes versões. Algo que me parece bastante evidente, sobretudo, ao longo do terceiro e último capítulo.

Ainda, no que se relaciona às múltiplas versões de um mesmo objeto, trago questões contempladas pelas autoras Annemarie Mol e Amade M'charek que nos auxiliam a estabelecer algumas últimas relações acerca da temática central desse trabalho. Para Mol (2008), “Política Ontológica” relaciona-se com a perspectiva que compreende que a realidade não antecede as práticas, mas que estas últimas auxiliam na sua conformação. Desse modo, a realidade é compreendida como algo aberto e permeável, passível de controvérsias e contestação. As novas realidades que emergem através de tecnologias podem ser compreendidas como ontologias que, nos termos de Mol (2008), são concebidas como produzidas histórica, cultural e

materialmente e, desse modo, resultam em multiplicidades. A realidade enquanto múltipla baseia-se, conforme a autora, na metáfora da performance e da intervenção, no sentido em que essas imagens nos sugerem algo que é passível de constantes interferências. Não há, então, o entendimento da realidade enquanto algo que possa ser “visto” de diferentes ângulos e por olhares diversos, mas sim algo que é manipulado através de práticas e instrumentos que lhe conferem formas mais ou menos estáveis e duradouras. Assim, novamente reitero que Mol (2008) sugere diferentes versões de objeto e não apenas diferentes perspectivas acerca deste.

A partir do que foi destacado acima e apoiada no que é proposto por M'charek (2010), sugiro, com base nas entrevistas e observações de eventos realizadas, que uma mesma intervenção cirúrgica pode ser performada de múltiplos modos. Ou seja, materialmente ela assume diferentes variações que se relacionam entre si. Isto é, provisoriamente podemos propor um entendimento das cirurgias plásticas como algo que extrapola uma mera modificação material do corpo que repercutiria na subjetividade daquela(e) que passa por esses procedimentos. Em vez disso, podemos compreender estas práticas como algo que performa uma realidade material do corpo enquanto múltipla.

Nesse sentido, poderíamos nos engajar na tentativa de refletir sobre as cirurgias plásticas e certas padronizações corporais e estéticas em termos de materialização de investimentos ideológicos e não apenas como *construção social*. Assim, os limites relativos às intervenções cirúrgicas - aqui entendidos também enquanto práticas discursivo-materiais - não são sedimentados. Eles podem não apenas ser desfeitos através de outras intervenções e relações, como também podem ganhar múltiplas formas ao decorrer das associações que estabelecem (M'CHAREK, 2010). O que é proposto acima, sublinho, não se trata de uma afirmação de que as perspectivas de Mol (2008) e M'charek (2010) podem ser meramente “aplicadas” a uma análise das cirurgias plásticas, mas sim que algumas questões abordadas pelas autoras nos indicam caminhos possíveis e conexões interessantes e menos óbvias.

Volto-me novamente para outras duas autoras que foram essenciais na condução do que foi realizado em razão dessa pesquisa. Ou seja, da forma como as entrevistas, os temas abarcados nos eventos e os pontos relativos ao histórico da disciplina foram abordados ao longo da escrita dessa dissertação. As proposições

de Donna Haraway e Karen Barad nos fornecem subsídios para uma compreensão também a partir dos aparatos e tecnologias de visão. Ou seja, uma abordagem que leva também em consideração os meios pelos quais o conhecimento se dá – teorias, instrumentos tecnológicos, diferentes atores imbricados. A partir da metáfora da difração, proposta inicialmente por Haraway, ambas autoras tratam da natureza do aparato e também do objeto. Conforme a leitura de Barad (2012), a difração não é apenas uma questão de interferência, mas uma questão ética/ontológica/epistemológica, ponto esse que seria crucial, no sentido em que reforça o conhecimento como um compromisso material. Se a difração não apenas reflete uma realidade, mas, por meio do aparato, evidencia seus efeitos e também a modifica; estamos tratando de uma aproximação que não apenas considera o que está posto, mas as contingências que promovem dada realidade e como estas se arranjam e ganham forma por meio de diferentes ordenações. Partindo dessas proposições, já abarcadas na Introdução dessa dissertação, sugiro que os conhecimentos técnicos, práticos, teóricos relativos às cirurgias plásticas que foram tratados ao longo de todo esse trabalho são não apenas efeitos da difração proposta por Haraway, mas também aparatos por meios dos quais esse fenômeno é propiciado. Isto é, assim como produzem conformações diversas no que tange à realidade relativa, por exemplo, aos limites estéticos/reparadores, também são, por si só, resultado daquilo que essas fronteiras performam. Enfim, como proposto por Barad (2003), é também por meio dos padrões de difração que podemos nos aproximar dos limites e fronteiras que constituem, mesmo que de maneira provisória, diferentes entidades.

Ainda, cabe novamente acentuar que aquilo que é proposto por essa última autora também guia as abordagens teórico-metodológicas que este trabalho seguiu no que tange aos enunciados médicos. Antes de serem percebidos enquanto “discursos”, estes últimos são compreendidos enquanto práticas discursivo-materiais que se dão somente através da intra-ação. Essa, por sua vez, abarca tanto “discurso” quanto “prática”, já que parte do entendimento que as entidades não preexistem independentemente. Em suma, a intra-ação é o que faz emergir tanto os limites quanto as coisas em si, de maneira que não há “entidades” fora do contexto de um fenômeno.

Mesmo correndo o perigo de soar repetitiva sublinho, mais uma vez, que esse trabalho se ocupa de uma discussão não apenas sobre as fronteiras relativas ao

estético/reparador, mas, sobretudo, sobre os limites mais ou menos definidos que fazem emergir aquilo que entendemos como corpo. Não se trata, porém, apenas dos “contornos”, mas do corpo em toda a sua carnalidade e fisicalidade, como aquilo que é sugerido por Barad (2003). Ou seja, trata-se de uma abordagem *da superfície à carne*.

Por último, se faz oportuno mais uma vez mencionar que essa dissertação somente foi possível, também, devido às circunstâncias de como se dá o acesso à saúde em nosso país. O SUS, enquanto um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, abrange de maneira gratuita desde o atendimento ambulatorial até procedimentos cirúrgicos de extrema complexidade. E é especificamente neste contexto que se centram as reflexões e apontamentos que constroem o presente trabalho. Enfim, novamente trago a centralidade da dimensão política de nossas abordagens enquanto pesquisadoras(es). O conhecimento produzido, e as escolhas efetuadas ao longo de nossas narrativas, em maior ou menor medida, têm efeitos profundamente políticos. Os limites e fronteiras, antes de delimitações, são produtores de realidades diversas e contingentes sobre as quais precisamos nos responsabilizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABLAM – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS DA MEDICINA. **Diretrizes Nacionais das Ligas Acadêmicas de Medicina**. Disponível em: <http://heufpel.com.br/sites/educacao/site/arquivos/arquivo_20130624140717.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2016.

ADLER, Alfred. **A Ciência da Natureza Humana**. 6. Ed. São Paulo: Nacional, 1967.

_____. **A Educação das Crianças**. Salvador: Arte em Palavras, 2003.

ALONSO, Nivaldo. Residência em Cirurgia Plástica. **Rev Med**, São Paulo, v. 91, n. 1, p.21-22, 2012. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59003/61991>>Acesso em: 14 fev. 2017.

ALVES, Geísa Pereira. **Corpos no Espelho: Um estudo antropológico sobre as construções corporais através das cirurgias plásticas na cidade de Natal**. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ANTONIO, Andrea Tochio de. **Corpo e Estética: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica**. 2008. 153f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

_____. **O Psicólogo com o Bisturi na Mão: um estudo antropológico da cirurgia plástica**. São Paulo: Annablume, 2012.

BACKSTEIN, Richard; HINEK, Anna. **War and Medicine: the origins of plastic surgery**. Univ. Toronto Med J, v. 82, n. 3, p. 217-219, 2005.

BARAD, Karen. **Matter Feels, Converses, Suffers, Desires, Yearns And Remembers**. New Materialism: Interviews and Cartographies, p. 48-70, 2012.

_____. **Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter**. Signs: Journal Of Women In Culture And Society, Chicago, v. 3, n. 28, p.802-831, jan. 2003.

BERGER, Mirela. **Corpo e Identidade Feminina**. 2006. 295 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia, Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CALLON, Michel. **Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos**. Sociologias, n. 19, p. 302-321, 2008.

CARRARA, Sérgio. **Tributo à Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 339 p.

CASTRO, Oswaldo de. **Princípios e Prioridades em Cirurgia Plástica**. São Paulo: Findo Editorial Byk, 1997. 176 p.

DATAFOLHA. **Cirurgia Plástica no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2012/11/pesquisa2009.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

DAVIS, Kathy. **Reshaping The Female Body: the dilemma of cosmetic surgery**. New York: Ed. Routledge, 1995.

EDMONDS, Alexander. **Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil**. Durham: Duke University Press, 2010.

_____. **No Universo da Beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro**. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). Nu e Vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 189-262.

_____; SANABRIA, Emilia. **Entre Saúde e Aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil**. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.193-210, jan.2016.

FELDMAN, Ellen. **Before and After**. American Heritage, v. 55, n. 1, p. 60-71, 2004.

FERREIRA, Pedro Peixoto. **O Dentro e o Fora**. 2005. Disponível em: <https://pedropeixotoferreira.files.wordpress.com/2010/05/ferreira_2005_o-dentro-e-o-fora_efqdi.pdf>. Acesso em: 1 dez 2005.

GERMEK, Octavio A. **A Liga de Combate à Sífilis**. Revista de Medicina, São Paulo, v.1, n. 87, p.9-14, mar. 1941.

GILMAN, Sander. **Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery**. Princeton: Princeton University Press. 1999.

GONÇALVES, Isabela Lopes. **Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, PPGAS/UFRJ, 2001.

HARAWAY, Donna. **The Haraway Reader**. New York: Routledge, 2004. 352 p.

_____. **Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX**. Antropologia do Ciborgue – as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte, Ed. Autêntica, 2000.

_____. **Promises of Monsters: A regenerative politics for inappropriate/d others**. Grossberg L, Nelson C and Treichler P (eds) Cultural Studies. New York and London: Routledge, 1992. P. 295–337.

_____. **Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. In Cadernos Pagu (5): 1995. P. 07-41.

_____; GOODEVE, Thyrza Nichols. **Fragmentos: Quanto como uma folha: Entrevista com Donna Haraway**. Mediações: Dossiê - Tecnologia, corpos e sexualidade, Londrina, v. 20, n. 1, p.48-49, jan. 2015.

HERRERA CAICEDO, Casandra Paola. **Cuerpos en Re-construcción: un estudio sobre la práctica de la cirugía estética en la ciudad de Ambato**. Quito: FLACSO, 2012. 111 p. Maestría en Ciencias Sociales con mención en Antropología Visual y Documental Antropológico, FLACSO - Sede Ecuador, Quito, 2012.

HIRD, Myra J. et al. **Feminist Engagements With Matter**. 2009.

INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC. **ISAPS 2009**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2019.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

_____. **ISAPS 2010**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2010.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

_____. **ISAPS 2011**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2011.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2016.

_____. **ISAPS 2013**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

_____. **ISAPS 2014**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

_____. **ISAPS 2015**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/ISAPS-Results-Procedures-2015.pdf>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.

LATOURE, Bruno. **What is the Style of Matters of Concern?** Assen: Van Gorcum, 2005.

LAW, John. **After Method: Mess in social science research**. New York: Routledge, 2004. 188 p.

M'CHAREK, Amade. **Fragile Differences, Relational Effects: Stories about the materiality of race and sex**. European Journal of Women's Studies.17(4). 2010, P. 1 –16.

M'CHAREK, Amade. **Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error**. Theory, Culture & Society, November 2014, v.31, n.6, P. 29-56.

MARTIRE Jr., Lybio. **O Alcance atual da Cirurgia Plástica**. 21. ed. São Paulo: Astúrias, 2005. 120 p.

_____. **História da Cirurgia Plástica**. São Paulo: Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em: <<http://sbhm.webnode.com.br/products/historia-da-cirurgia-plastica1/>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MOL, Annemarie. Política Ontológica: Algumas ideias e várias perguntas In: NUNES, João Arriscado e ROQUE, Ricardo (org.). **Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2007. Tradução de Gonçalo Praça. Publicado originalmente como "Ontological Politics. A word and some questions", in Law, John e Hassard, John (org.) 1999. Actor Network Theory and After, Blackwell/The Sociological Review.

MOL, Annemarie. **The Body Multiple: Ontology in medical practice**. Duke: Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie; LAW, John. **Complexities: an introduction**. Duke: Duke University Press, 2002. P. 1-22.

NAIDIN, Sílvia. **Fabricando Corporalidades: Usos e Discursos sobre Cirurgia Plástica no Rio de Janeiro**. Desigualdade e Diversidade: Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio, Rio de Janeiro, n. 12, p.191-204, jan. 2013.

_____. **(Bio)tecnologias do corpo e do gênero: Uma análise da construção de corporalidades femininas**. 2016. 194 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências Sociais, Departamento de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

POLI NETO, Paulo. **A Medicalização da Beleza**. 2006. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PRIMM, Aralyn. **11 Weird Old-School Plastic Surgery Techniques**. New Richmond: mental_floss, 2013. Disponível em: <<http://mentalfloss.com/article/49223/11-weird-old-school-plastic-surgery-techniques>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

REZENDE, Joffre M. de. **Cirurgia e patologia**. *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 346, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2017.

RIBEIRO, Liliane Brum. **Anatomia da Diferença: corpo, gênero e subjetividade na experiência da cirurgia plástica estética**. *Revista Artemis*, v.4, p.1-14, jun. 2006.

ROHDEN, Fabíola. **Vida saudável versus vida aprimorada: tecnológicas biomédicas, processo de subjetivação e aprimoramento**. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.29-60, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0029.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2001.

SANABRIA, Emilia. **From sub-to super-citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil.** *Ethnos*, v. 75, n. 4, p. 377-401, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Edital Especialista 2015.** São Paulo: SBCP, 2014. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2014/11/EDITAL-EXAME_DE_ESPECIALISTA_EM_CIRURGIA_PLASTICA_2015.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

STRATHERN, Marilyn. **Partial connections.** Rowman Altamira, 2005.

TUBINO, Paulo; ALVES, Elaine. **História da Medicina. Medicina no antigo Egito.** Disponível em: <http://www.unb.br/fm/hismed/arquivos/medicina_no_antigo_egito.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2017.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928.** Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999. (BCOC)

WEINZWEIG, Jeffrey. **Segredos em Cirurgia Plástica.** Porto Alegre: Artmed, 2001. 822 p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic Documents.** 48. Ed. Geneva: WHO Press, 2014. P. 1-19. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.