

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

**Corpo e estética:
Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica**

Autora: Andrea Tochio de Antonio

Orientadora: Prof^a Dr^a Guita Grin Debert

2008

ANDREA TOCHIO DE ANTONIO

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas sob a orientação da Profa. Dra. Guita Grin Debert.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 21/02/2008

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Guita Grin Debert (Presidente)

Profa. Dra. Mirian Goldenberg

Profa. Dra. Heloísa Buarque de Almeida



Campinas

Fevereiro 2008

200805295

Resumo

Esta Dissertação analisa a construção contemporânea dos padrões de beleza femininos, tendo como referência o ideal corrente de “supervalorização do corpo”, por meio de uma das técnicas de sua produção: a cirurgia plástica de caráter estético.

Para tanto, a pesquisa de campo foi realizada no Hospital das Clínicas da Unicamp, especificamente no Setor de Cirurgia Plástica tendo como objetivo a observação da dinâmica dos atendimentos que engloba as consultas pré e pós-operatórias e os curativos pós-cirúrgicos. Entrevistas com pacientes e cirurgiões plásticos também foram realizadas, assim como o acompanhamento das cirurgias e de reuniões mensais onde os médicos residentes discutem os casos e dados científicos com os médicos responsáveis.

Através da observação participante da pesquisadora a intenção foi apreender o cotidiano do Serviço de Cirurgia Plástica de um Hospital de ensino que é público e no qual, a princípio tal serviço é voltado para as camadas populares. Com isto, procura refletir acerca das concepções e significados do uso do corpo por parte de mulheres de classes populares, privilegiando as dimensões de classe social, faixa etária e gênero.

Palavras-chave: Antropologia Social, padrões de beleza, corporalidade, gênero, cirurgia plástica estética, Serviço de Cirurgia Plástica.

Abstract

This essay provides an analysis of the construction of contemporary female beauty patterns, having as a reference the current ideal of “body super valorization” by means of one of the techniques used in producing results fitting such standards: the aesthetic plastic surgery.

To achieve this, the field research was carried out at Unicamp’s Hospital das Clinicas, specifically at the Plastic Surgery Division, having as the main objective to observe and study the dynamics of all procedures, including patient and physician interaction, the pre and post operative appointments, as well as the post-surgery removal of stitches and dressings. Interviews with patients and the plastic surgeons were conducted. The actual surgeries and the monthly meetings where the resident doctors discussed the cases with the attending physicians, were also carefully observed. Through the participative observation, the researcher’s goal was to learn about the daily activities and routine work of a Plastic Surgery division belonging to a public teaching hospital, in which its primary attention is aimed at citizens who cannot afford care at private health facilities. With all those data gathered, a discussion was done on the concepts and meanings of the female body usage by the working and poor classes, with special attention to social class, age group and gender.

Keywords: Social Anthropology, beauty patterns, corporality, gender, aesthetic plastic surgery, Plastic Surgery Division.

Dedicatória

*“Enquanto houver você do outro lado
Aqui do outro eu consigo me orientar
A cena repete, a cena se inverte
Enchendo a minha alma daquilo que outrora eu
Deixei de acreditar
Tua palavra, tua história
Tua verdade fazendo escola
E a tua ausência fazendo silêncio em todo lugar
Metade de mim
Agora é assim
De um lado a poesia, o verbo, a saudade
Do outro a luta, a força e a coragem para chegar no fim
E o fim é belo incerto, depende de como você vê
O novo, o credo, a fé que você deposita em você e só
Só enquanto eu respirar
Vou me lembrar de você
Só enquanto eu respirar”*

(Fernando Anitelli)

Dedico este trabalho a você, meu irmão, Edison Tochio de Antonio Filho, por me ensinar a olhar para dentro com coragem e fé, acreditando que cada dia é o recomeço de um eterno aprendizado.

Agradecimentos

A realização desta dissertação não finaliza apenas uma fase de minha formação, mas ao término dela, fica a certeza da etapa rica de crescimento pessoal que envolve a dedicação que deve ser dada a qualquer trabalho, inclusive e, talvez, principalmente, aqueles cuja dedicação é intelectual. Expresso aqui meus agradecimentos à todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indireta na execução e finalização deste trabalho.

Assim, sou extremamente grata à minha família: pelo apoio incondicional dos meus pais, Edison Tochio de Antonio e Elizabete Aparecida Tochio de Antonio, que sempre estiveram ao meu lado apoiando-me e proporcionando as condições necessárias, sejam elas materiais ou emocionais para a condução desta pesquisa. Ao meu irmão, Edison Tochio de Antonio Filho, pessoa singular e especial não apenas nesta etapa da minha vida, mas em tantas outras, sempre preocupado em me motivar a dar o meu melhor, mesmo diante das minhas incertezas e descaminhos. É com muita tristeza que não esteja fisicamente presente para ver este trabalho finalizado, que sem dúvidas, leria com muito orgulho, mas foi na sua ausência e no apoio que sempre me ofereceu que encontrei a força para conseguir levar adiante a escrita da dissertação após sua partida. Obrigada por todo o apoio durante a seleção de mestrado, em dividir seu pequeno quarto comigo em Barão Geraldo quando vim de São Carlos para Campinas, obrigada por me apresentar a Dra Juliana Guarizze que gentilmente “abriu as portas” para minha pesquisa de campo no HC e a me ensinar que “nada é por acaso”.

À Guita Grin Debert, obrigada por ter sido você a orientadora desta pesquisa, pelo acolhimento e estímulo, pela leitura e comentários sempre atentos sobre meus escritos. E, principalmente, pela paciência frente as minhas inseguranças e ansiedades. Sou grata por contribuir

em minha passagem pelo Programa de Mestrado em Antropologia Social como uma experiência de crescimento não apenas intelectual, mas também rico e transformador no âmbito pessoal. Agradeço também, as professoras Mariza Côrrea e Heloísa Buarque de Almeida por me ajudarem a “olhar” meus dados etnográficos, por acrescentarem a esta pesquisa valiosos comentários e apontamentos em meu exame de qualificação.

Aos residentes de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Unicamp: Igor Henrique Noda, Petrônio Fleury Neto, Bruno Marino Claro, Leonardo Luiz Mendes de Oliveira, Renata Mariotto, Juliana Cristina Vieira de Freitas Rezek Ajub que sempre foram muito solícitos e gentis, contribuindo, sempre que possível, com a pesquisa, mostrando-me e explicando os casos, pedindo para que o paciente não fosse embora logo que terminasse a consulta para que eu pudesse entrevistá-lo, acompanhando-me nas cirurgias e permitindo minha entrada no Centro-Cirúrgico, a minha permanência durante as consultas, pelo convite para as reuniões científicas da especialidade, pela disponibilidade em darem as entrevistas, enfim, por me fazerem sentir tão à vontade para circular em um espaço que não era o meu.

Aos professores responsáveis do Serviço de Cirurgia Plástica da Unicamp, que sempre demonstraram interesse pela temática da pesquisa Dr Marco Antonio de Camargo Bueno, Dr Marcelo de Campos Guidi, Dr Paulo Henrique Fachina Nunes e, em especial, Dr Jorge Miguel Psillakis.

Agradeço a minha turma de mestrado e aos amigos queridos que fiz: Emanuela Patrícia de Oliveira, Taniele Rui, Amanda Marques, Marcella Beraldo, Isa Gama, Daniela Araújo Silva, Luís Vitagliano, Daniela Do Carmo, Felipe Vander Velden, Laura Santonieri e aos amigos queridos que revi: Érika Figueiredo, Fabiana Jordão, João Veridiano (Tom, duas vezes meu ‘bixo’ de graduação e de mestrado), Ângelo Silva. Ao Daniel Pereira Ramiro, querido Tixa, amigo da graduação em São

Carlos e que dividimos o “mesmo teto” em Barão Geraldo, ao Paulo Müller que também morou conosco, obrigada meninas, pelo companheirismo, pelas conversas antropológicas, pelo apoio, pelas risadas, pelos momentos de descontração.

À todas as pessoas que foram entrevistadas durante a pesquisa de campo por compartilharem suas expectativas, seus sonhos, medos, traumas, decepções, vergonha, felicidade, por contarem de suas relações pessoais ou familiares com marido, namorado, esposa, mãe, enfim, um pouco das suas vidas comigo. Espero ter conseguido mostrar com respeito suas histórias, vezes de sofrimento vezes de intensa alegria, porque durante todo este tempo, vocês foram a fonte de inspiração deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Ao Daniel Shammás Morel, que desde que entrou em minha vida, está sempre ao meu lado demonstrando carinho, dividindo as preocupações, acreditando em mim e torcendo pelas minhas conquistas.

Expresso também, meus agradecimentos aos funcionários da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, em especial, ao Rogério José por contribuir na resolução burocrática para viabilização da defesa desta dissertação.

Por fim, sou grata à CAPES pela bolsa de mestrado.

Sumário

Introdução.....	1
Capítulo 1: “Etnografando” o Serviço de Cirurgia Plástica.....	13
<i>Primeiros Contatos.....</i>	<i>13</i>
<i>O Serviço de Cirurgia Plástica.....</i>	<i>16</i>
Capítulo 2: Os Pacientes.....	31
<i>Quem são.....</i>	<i>31</i>
Capítulo 3: As Consultas.....	43
Capítulo 4: Cirurgia Plástica... projetos corporais.....	69
<i>Ela está decepcionada!.....</i>	<i>84</i>
Capítulo 5: O psicólogo com bisturi na mão: a falta de auto-estima como doença.....	89
Capítulo 6: Estética e Reparadora.....	103
<i>Masculinidades, Feminilidades.....</i>	<i>115</i>
<i>Envelhecimento e o Curso da Vida.....</i>	<i>128</i>
Considerações Finais.....	135
Glossário.....	140
Anexos.....	143
Bibliografia.....	149

Introdução

O tema que proponho compreender por meio desta pesquisa originou-se, inicialmente, de uma preocupação minha a respeito da condição feminina na sociedade ocidental contemporânea. Essa preocupação surgiu após eu ter participado de uma conferência ministrada por Joana Pedro "A Trajetória da Pílula Anticoncepcional no Brasil: Questões Políticas e Relações de Gênero" durante o I Seminário Brasileiro e III Jornada Paranaense de Antropologia da Saúde em novembro de 2002.

Meu primeiro questionamento decorreu do fato de que, atualmente e, talvez como nunca, a condição feminina aponta para "conquistas" nos âmbitos comportamentais, no trabalho, na sexualidade e na família. Porém, tais conquistas que pressupõem certo grau de liberdade nos comportamentos e atitudes femininas aparecem como contraditórias e ambíguas frente a uma submissão ao culto ao corpo representado pelos padrões de beleza femininos atuais nos quais se baseiam em modelos corporais que associam juventude, beleza e saúde.

Neste sentido, alguns autores refletem acerca dos padrões de beleza e suas formas de construções corporais. Goldenberg (2006) analisa a singularidade do corpo da brasileira e ressalta a idéia de "equilíbrio de antagonismos" de Gilberto Freyre (2002) para compreender um paradoxo que se encontra evidente em nossa sociedade, pois o corpo da brasileira de um lado, emancipou-se das antigas servidões como as sexuais, procriadoras ou indumentárias, porém, de outro lado, encontra-se, atualmente, submetido a coerções estéticas mais regulares e imperativas, ou seja, embora, consista em um dos "*momentos de maior independência e liberdade femininas é também aquele em que um alto grau de controle em relação ao corpo e à aparência se impõe à mulher brasileira*"¹.

¹ Goldenberg, 2006: 122.

O ponto de partida da pesquisa empreendida são as colocações de Goldenberg e Ramos (2002) sobre a nova moralidade que desde o final do século XX e início do XXI é associada ao atual culto à aparência e à forma física e que, por trás dos indícios de uma aparente liberação física e sexual, prega a conformidade a determinado padrão estético de “boa forma”.

Tal culto exige dos indivíduos o autocontrole de sua aparência física fazendo com que invistam na sua força de vontade e autodisciplina para obterem um corpo “trabalhado”, “cuidado”, sem rugas, estrias, gorduras localizadas ou flacidez. Assim, a intenção da pesquisa é refletir acerca dos dilemas envolvidos na construção contemporânea dos padrões de beleza femininos tendo como referência o ideal de supervalorização do corpo através de uma das técnicas de sua produção: a cirurgia plástica de caráter estético.

No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP)², em 2004 foram realizadas aproximadamente 616.287 mil cirurgias plásticas, sendo 365.698 mil consideradas estéticas, o que caracteriza o Brasil como o segundo país onde mais se fazem cirurgias plásticas ao lado dos EUA, com quem competimos não somente em número de cirurgias realizadas mas também, como gostam de dizer os médicos que entrevistei, na qualidade da formação dos médicos e das técnicas cirúrgicas empregadas.

Partindo do pressuposto de que os padrões de beleza femininos, no que diz respeito às cirurgias plásticas, constroem-se por meio de um conjunto de técnicas de intervenção corporal, medicamente informadas, às quais estão associados determinados valores, padrões comportamentais e estéticos, torna-se interessante verificar que a operacionalização médico-terapêutica relaciona-se também com valores morais contemporâneos tais como “auto-estima” e o compromisso de mantê-la sempre em grau elevado.

² Dados retirados do site público da SBCP: www.cirurgioplastica.org.br/publico/novidades02.cfm em 20/03/2007.

A leitura da bibliografia sobre cirurgia plástica, sobretudo de pensadoras feministas, evidenciou que a maioria das análises refletem os padrões de beleza femininos como exemplos da submissão e opressão das mulheres no que diz respeito à sua aparência física. Del Priore (2000) afirma que o modelo corporal das sociedades ocidentais encontra-se caracterizado por meio da associação entre beleza, saúde e juventude e das práticas de aperfeiçoamento do corpo tais como o “fitness”, o “body building”, as cirurgias plásticas estéticas. Assim, *"a imagem corporal da mulher está longe de desembaraçar-se dos esquemas tradicionais, ficando longe da propalada liberação dos anos 70 (...) mais do que nunca a mulher sofre prescrições (...) no início do século XXI, as mulheres são obrigadas a se colocarem a serviço de seus corpos"*³.

Ilana Löwy (2003), em seu estudo sobre a permanência da desigualdade dos papéis estéticos entre homens e mulheres, enfatiza que as sociedades ocidentais continuam a adotar uma atitude radicalmente diferente em relação à beleza masculina e à beleza feminina, ou seja, há em nossa sociedade, uma obrigação que impõe às mulheres uma maior preocupação com sua aparência física quando comparadas aos homens. Segundo a autora, a cirurgia plástica estética é vista como a técnica médica que oferece aos indivíduos, tanto homens quanto mulheres, a possibilidade de mudar seu aspecto físico e, portanto, seu destino. Porém, o destino das mulheres estaria muito mais ligado à sua aparência física, fato este que comprovaria a predominância de mulheres que buscam a realização de uma cirurgia plástica estética.

Alexander Edmonds (2002) também se refere ao fato dos padrões de beleza serem mais exigentes para as mulheres as quais vinculam a decisão de fazerem uma cirurgia plástica estética à experiência tanto social quanto psicológica de serem mulheres. O autor reflete sobre um novo conceito democrático de beleza como um “direito” que é essencial para o bem-estar psicológico e que no Brasil, a cirurgia plástica teria sofrido uma “democratização” e “popularização” de seu uso.

³ Del Priore, 2000: 15.

Porém, tais modelos interpretativos tendem a utilizar a categoria “mulher” sem que se tome tal categoria em sua complexidade. A tendência destes modelos é utilizar “mulher” como uma categoria genérica, tomando o que se considera próprio das mulheres de classe média ou alta como equivalente de todas as outras mulheres de outras classes sociais sem levar em conta outras clivagens que marcam a experiência feminina. A fim de evitar as explicações essencialistas e generalizações apressadas, a intenção deste estudo é tornar complexo o uso da categoria “mulher”, questão esta tão cara aos estudos antropológicos de gênero. Para tanto, o objetivo do trabalho é, a partir de uma situação específica e através de pesquisa etnográfica, oferecer elementos para a compreensão da construção contemporânea dos padrões de beleza feminino, bem como refletir acerca das concepções e significados do uso do corpo por parte de mulheres de classes populares, através de uma das técnicas de sua produção: a cirurgia plástica de caráter estético, privilegiando as dimensões de classe social, faixa etária e gênero.

Marcel Mauss (1979), em seu clássico ensaio a respeito das “técnicas corporais”, atenta para a necessidade de se pensar o corpo enquanto ferramenta, agente e objeto: é, ao mesmo tempo, a ferramenta original com a qual os indivíduos moldam o seu mundo e a substância original a partir da qual o mundo é moldado. Assim, o corpo humano em todas as sociedades é um objeto privilegiado de investimentos culturais, e por meio do conceito de *habitus*, o autor evidencia que toda a expressão corporal é apreendida e que o corpo nunca poderia ser encontrado num “estado natural”, pois seria por intermédio dele que a cultura molda e inscreve, criando as diferenças culturais. Dessa maneira, seguindo tal modelo interpretativo, abre-se a questão de saber o que é específico das sociedades ocidentais contemporâneas e qual seria o significado do uso da cirurgia plástica por setores específicos da sociedade brasileira.

Neste sentido, torna-se relevante compreender o uso que as classes populares fazem de tais intervenções, se possuem o mesmo significado para homens e mulheres de diferentes faixas etárias. Além disso, é importante analisar como tais técnicas seriam acionadas perante grupos de idades distintos e quais seriam as intervenções mais procuradas por tal classe social.

Gonçalves (2001) define a cirurgia plástica como instrumento de “autonomização do indivíduo” em relação ao seu próprio corpo, que funcionaria para pôr fim ao sofrimento de não possuir o corpo desejado e alcançar, sob essa forma, a "felicidade" e "harmonia". Neste aspecto, a cirurgia plástica viria a ser um alívio para o sofrimento internalizado de não corresponder às expectativas corporais ideais da sociedade⁴.

O papel da mídia escrita- revistas femininas ou masculinas, cartazes nas ruas, “outdoors”, propagandas e programas de televisão, é inquestionável na propagação de valores e atributos voltados para a construção dessas noções que aparecem vinculadas ao padrão estético de "beleza". Valores estes que dão ênfase ao corpo belo, jovem, magro, à necessidade de praticar exercícios físicos, ao cuidado com alimentação, à aquisição de hábitos saudáveis e de produtos e serviços adequados, à modelagem da aparência. A utilização de tratamentos estéticos contra estrias ou celulite, lipoaspiração ou lipoescultura, impõem uma constante construção do corpo, que teria por finalidade a conquista do ideal do corpo embelezado. Conquista esta, para a qual não se deve hesitar ou medir esforços, estando ao alcance de todos, como no caso da personagem transexual no filme “Todo sobre mi madre” (1999), de Pedro Almodóvar, que realizou inúmeras intervenções plásticas: “ *Custa muito ser autêntica. Nessas coisas não se pode economizar porque se é mais autêntica quanto mais se parece com o que se sonhou para si mesma*”.

Sander Gilman (1999), historiador da cultura, realizou um estudo acerca da história da cirurgia plástica estética. Segundo ele, a cirurgia plástica teve sua origem a partir das invenções de técnicas

⁴ Gonçalves, 2001: 20.

cirúrgicas de enxerto de pele a fim de reparar a degeneração do nariz dos sífilíticos na epidemia do século XVI. Tais técnicas cirúrgicas foram sendo gradualmente aprimoradas e no século XIX, Gilman, destaca a figura do médico judeu alemão Jacques Joseph que desenvolveu uma técnica para corrigir um tipo particular de “doença”, o nariz semita, visto como uma condição estigmatizante.

De acordo com Gonçalves (2001), é com o desenvolvimento do individualismo ao longo do século XIX que as cirurgias plásticas possuem seu maior desenvolvimento devido às mudanças de valores, tais como a lógica do livre arbítrio (pois não é mais necessário conviver com aquilo que não se gosta em seu corpo ou com algum defeito), além do franco desenvolvimento do processo de industrialização na Europa, de onde emerge o “ethos” burguês, tendo como um de seus principais elementos o fenômeno do consumo. Sendo assim, a “consciência de si” aumenta e com ela o mundo subjetivado passa ter maior importância: *“Essa nova pessoa (burguesa) se caracterizava justamente por ser ‘construída’, ‘adquirida’, culturalmente ‘renascida’, contra o modo atribuído, dado, da pessoa aristocrática”*⁵.

Segundo Featherstone (1992), o corpo considerado “belo” tem poder de troca nas sociedades de consumo, conferindo status, passando a imagem de juventude, beleza, felicidade, atratividade sexual e longevidade. Os indivíduos anseiam por corpos belos e esculpidos, seja através de ginástica, tratamentos estéticos, dietas alimentares ou cirurgia plástica.

A vaidade é apresentada, geralmente, como característica inerente à mulher: *Mulher 24 horas, batom idem*⁶. Das 300.000 cirurgias realizadas no Brasil em 1999, 80% do total foram em mulheres⁷, fato que vem confirmar uma exigência desigual às mulheres.

Porém, esta tendência desigual posta às mulheres deve ser relativizada, ou seja, refletida de maneira negativa em relação a qualquer tipo de essencialismo à categoria mulher⁸. Deve-se levar em

⁵ Duarte, apud Gonçalves, 2001:10.

⁶ Revista Corpo a corpo, maio, 1998.

⁷ Segundo o presidente nacional da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

conta as diferenças entre as mulheres, analisando clivagens sociais como as de classe social, faixa etária e gênero. Seguindo tais questões, o interesse nesta pesquisa é refletir a temática citada a partir de um grupo específico de mulheres de classes populares e por isso a escolha de realizar a etnografia num Hospital Público onde o acesso privilegiado é dado para tal segmento social.

A metodologia utilizada foi basicamente qualitativa, valendo-se da realização de entrevistas e análise dos discursos dos pacientes e residentes de cirurgia plástica do HC. A prática etnográfica foi realizada no setor de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Unicamp. Tal método, clássico da investigação antropológica, fornece dados para que se possam compreender determinados fenômenos de ordem sociológica no registro da cultura enquanto um conjunto de sistemas simbólicos nos quais se fundamenta a prática social. Sendo assim, a ênfase encontra-se no sistema de representações ou categorias pelas quais se pode apreender o sentido de determinadas práticas sociais, que no caso em questão, têm por objeto as referências estéticas, valores e tendências comportamentais atribuídos associados, especialmente, a uma das técnicas de intervenção corporal- a cirurgia plástica estética.

O trabalho de campo foi realizado no setor de cirurgia plástica do HC- Unicamp, desde os meses de abril e maio de 2005 quando obtive meus primeiros contatos e realizei um pré-campo onde

⁸ O conceito de gênero se desenvolveu no marco dos estudos sobre “mulher” e desde da década de 1980, vem se disseminando a partir de reformulações que buscam superar problemas relacionados à utilização de algumas categorias centrais nos estudos sobre mulheres. A crítica ao essencialismo é uma das pedras de toque das teorias de gênero e são várias as autoras feministas que tratam desta discussão; Haraway (1991), aponta para a necessidade de relativizar e historicizar as categorias tais como- sexo, corpo, biologia, raça de modo a criticar a oposição binária e universalizante entre sexo e gênero. Outra importante autora que discute a distinção sexo/gênero é Butler (2006), que faz uma discussão crítica sobre os modos de operação das relações binárias- gênero/sexo, homens/mulheres, sujeito/outro, confrontando as conceitualizações que pensam as identidades como fixas, além de refletir sobre os meios através dos quais sexo e gênero passaram a ser considerados como “dados”. Dessa maneira, conforme afirma Heilborn e Sorj (1999:201), estas posturas críticas em relação às reformulações do conceito de gênero, sustentou-se pois, este conceito havia sido criado sobre um ‘pilar problemático: ‘natureza’, também uma idéia historicamente produzida’. Debert (2005) em seu artigo sobre os estudos de gênero na Unicamp ressalta que a categoria gênero foi promovida pelo feminismo para criticar e rejeitar a definição tradicional da natureza da mulher através do sexo biológico e propor que as feministas abdicuem da categoria geral mulher ou de gênero feminino, suspeitando das propostas que tomam as mulheres como um grupo coerente, naturalmente constituído com interesses e desejos idênticos, independente de clivagem como as classe, étnicas ou raciais.

pude verificar a viabilidade de uma etnografia no local. Durante o período de campo, tive a oportunidade de acompanhar a dinâmica dos atendimentos aos pacientes, os retornos e curativos pós-operatórios. E ainda, pude acompanhar algumas cirurgias e participar de reuniões mensais onde residentes, em conjunto com os médicos responsáveis, discutem casos de pacientes do ambulatório e apresentam artigos científicos da especialidade. Foram acompanhadas as consultas médicas e entrevistados 73 pacientes, sendo 12 homens e 61 mulheres de faixas etárias distintas, sendo que o público que procura tal serviço, em sua maioria, é composto pelas camadas mais pobres da população ou setores com uma possibilidade maior de consumo, mas que não têm condições de custear suas cirurgias em consultórios particulares.

A escolha do Hospital das Clínicas da Unicamp enquanto local onde a etnografia foi realizada, se deve, principalmente, ao interesse em compreender o significado do uso de práticas médicas contemporâneas; neste caso, a cirurgia plástica, no que se refere às classes populares. Conforme ficará mais claro ao longo da dissertação, o público que procura este serviço no HC é variado- são homens e mulheres de distintas faixas etárias, e alguns desses indivíduos nem sempre podem ser identificados como provenientes de classes populares por serem estudantes de nível superior, parentes ou amigos de médicos e funcionários do Hospital. Contudo, é a gratuidade do serviço e a falta de recursos econômicos que levam à escolha deste hospital para o pleito de uma cirurgia plástica.

Saliento que para a análise do objeto, recorri também à monografia de conclusão de curso em Ciências Sociais, defendida em dezembro de 2004 na UFscar⁹. Nela, iniciei o estudo de tal temática por meio de uma revisão bibliográfica sobre o assunto e entrevistas feitas entre os meses de abril e maio de 2004, com cirurgiões plásticos e mulheres que realizaram cirurgia plástica em consultório particular na cidade de São Carlos. Na época, foi realizada uma entrevista com um renomado

⁹ Monografia intitulada *Corpo e estética: a construção do feminino pela cirurgia plástica*, sob a orientação da profa Dra Marina Denise Cardoso.

cirurgião da cidade, com o qual quase todas as mulheres entrevistadas realizaram suas cirurgias, e cinco entrevistas com mulheres da faixa etária dos 29 aos 67 anos, de diferentes classes sociais.

A pesquisa no HC da UNICAMP deu um novo contorno à dissertação. Se de início, o interesse era compreender as concepções sobre o corpo e beleza da clientela que recorre ao HC, o material levantado dirigiu nossa atenção para o tipo de relação que é estabelecida entre médicos- sobretudo, residentes- com seus pacientes. Atentar para essa relação abriu um novo leque de questões. Como, num hospital público, tomam-se decisões de modo a atender a demanda da clientela que recorre ao serviço? Como demandas de ordem estética repercutem num hospital que deveria tratar de doenças? Quais são as estratégias adotadas pelos médicos num contexto em que é o paciente que, em princípio, determina a intervenção a ser realizada? Em que condições o atendimento é realizado? Quais são as estratégias postas em ação pelos pacientes para conquistarem o direito às cirurgias pleiteadas?

De modo a apresentar os dados levantados dividi essa dissertação em seis capítulos. No primeiro capítulo, descrevo detalhadamente o funcionamento do serviço de cirurgia plástica do HC/ Unicamp: a equipe médica, acesso e pleito da cirurgia no local, tipos de cirurgias que são realizadas e os cuidados pré e pós-operatórios. Mostro ainda, como foi a minha entrada em campo e o tipo de relação que pude estabelecer com os médicos residentes, os professores e a clientela que recorre ao hospital.

É no segundo capítulo que apresento os pacientes, através da análise do perfil social dos sujeitos entrevistados no hospital de modo a dar uma idéia do universo pesquisado em termos de profissões, estrato social, sexo e faixa etária. As facilidades que obtive para a realização da pesquisa permitiram que um número relativamente grande de entrevistas pudessem ser realizadas. Contudo, não se trata de uma amostra representativa do ponto de vista numérico e o interesse não é oferecer um quadro do público que recorre ao serviço de cirurgia plástica do HC, nem do uso desse tipo de cirurgia pelo que tem sido descrito como as classes populares brasileiras, paulistas ou do interior de São Paulo. Pela

mesma razão, as correlações que procurei fazer entre tipos de cirurgias, sexo e idade nem sempre se mostraram frutíferas, posto que exigiriam um universo mais amplo para a análise. Os dados apresentados, no entanto, são importantes porque mostram a diversidade dos sujeitos de quem estamos falando.

No terceiro capítulo, por meio da etnografia das consultas dos pacientes, procuro descrever o atendimento médico no ambulatório. A questão que orientou a descrição foi a de compreender o que leva os residentes a realizarem ou não a cirurgia demandada. Ficou evidente que a oposição entre cirurgia reparadora e cirurgia estética é um elemento importante na tomada das decisões. O ponto de partida é o de que num hospital público a demanda por cirurgias reparadoras deve ter prioridade. Contudo, como procuro mostrar, essa oposição na prática não funciona, é antes parte de uma retórica - que chamarei de a “ideologia da reparação” – utilizada pelos médicos para justificarem o não atendimento da cirurgia pleiteada pelos pacientes. A tendência dos médicos nas entrevistas é, por um lado, dissolver a oposição entre estética e reparação e a dos pacientes, por outro, é associar problemas que eles supõem que poderiam ser tidos como exclusivamente estéticos com sintomas próprios de doenças como dores e outras sensações desagradáveis de modo a merecer a cirurgia reivindicada. O que, no então, parece ser uma condição para a realização do desejo cirúrgico é a apresentação de um “eu” moralmente comprometido com uma verdadeira batalha para a conquista da beleza e do bem-estar.

O quarto capítulo está voltado para a análise das justificativas e motivações dos pacientes para as cirurgias e que se relacionam com a visão eles possuem de seus corpos e da forma como agem em função delas - as corporalidades. Nesse capítulo procurei opor duas imagens do corpo que muitas vezes aparecem mescladas nas entrevistas e nas observações de comportamento realizadas. A visão do corpo como uma máscara que encobre o “eu verdadeiro”, máscara essa que deve ser dissolvida por

meio da cirurgia; e a visão do “eu verdadeiro” que só poderia ser plenamente realizado com a experiência da cirurgia plástica.

No quinto capítulo discuto a principal motivação para as cirurgias plásticas - o “aumento da auto-estima”, e o modo como esse valor é acionado pelos candidatos às cirurgias e pelos médicos. Impressiona, em primeiro lugar, o modo como “auto-estima” é parte do vocabulário corrente do público que recorre ao Hospital das Clínicas. Do ponto de vista dos médicos, a falta de auto-estima tende a se transformar numa doença que a cirurgia plástica estética pode curar. Desse ponto de vista, a oposição entre cirurgia estética e cirurgia reparadora perde significado. A oposição entre corpo e mente é, nesse movimento, dissolvida de modo que todo tipo de cirurgia plástica passa a ser, no limite, também reparadora. A questão, então, é compreender quando a oposição entre estética e reparação é acionada de modo a recusar ou adiar a demanda pela cirurgia que é, então, definida como estética e, portanto, não é uma intervenção prioritária num hospital público. Tomando como base a oposição feita por Edmonds (2002) entre “puritanismo ostentatório” e “hedonismo” sugiro que essa pode ser uma forma de classificar bons pacientes que merecem a cirurgia em oposição aos maus que não terão seu pleito atendido.

O sexto capítulo é constituído pela análise da maneira como as categorias nativas “estética” e “reparadora” são utilizadas pelos cirurgiões plásticos em seu cotidiano e o drama que esse uso traz para os portadores de convênios de saúde. O uso dessas categorias oferece também elementos importantes para a reflexão sobre o corpo na sua relação com gênero e com o envelhecimento que apresentamos nesse capítulo final.

Por fim, nas considerações finais, busco levantar as principais questões que se mostraram importantes durante o desenvolvimento da dissertação.

Antes de passar para os capítulos, é importante dizer que todos os nomes dos entrevistados foram trocados de modo a preservar o sigilo médico e a privacidade dos sujeitos pesquisados.

Capítulo 1:

“Etnografando” o Serviço de Cirurgia Plástica

“Todo dia é assim. Os trabalhadores entram no laboratório, trazendo na mão sacolas de papel pardo com o almoço. Os técnicos começam imediatamente a preparar os biotestes, limpam as mesas de dissecação ou pesam produtos químicos.

Recolhem as páginas de dados que saem dos contadores e das calculadoras que ficaram funcionando durante toda a noite (...) No final do dia, manuscritos, cópias e algumas amostras de substâncias caras embaladas em gelo seco foram remetidas pelo correio (...) Agora um empregado filipino lava o chão e esvazia as latas de lixo. É um dia como os outros. O laboratório fica vazio. Só permanece o observador, que se interroga, com espanto, a respeito do que aconteceu diante dos seus olhos e pergunta-se como chegou até ali”

(Latour, 1997: 11)

• *Primeiros Contatos*

A idéia de pesquisar o setor de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Unicamp surgiu de uma conversa com minha orientadora, durante o primeiro semestre de 2005. A intenção, naquele período, era a de realizar um ‘pré-campo’ onde se pudesse atestar a viabilidade de uma etnografia no local¹⁰. A justificativa de realizar a pesquisa de campo no Hospital das Clínicas se deu, principalmente, por tratar-se de um hospital referência no interior do Estado de São Paulo, que atende uma população de mais de 6 milhões de habitantes de diferentes municípios e oferece

¹⁰ O “pré-campo” foi realizado nos meses de abril e maio de 2005. Tive a possibilidade de retornar à pesquisa de campo em março de 2006, onde permaneci até outubro do mesmo ano.

assistência médica a todas as camadas da população e, em especial, às camadas populares, pois é mantido por recursos do Sistema Único de Saúde e da UNICAMP¹¹.

Fui na mesma semana ao Hospital das Clínicas procurar informações sobre o serviço de cirurgia plástica, ou seja, onde se localizava dentro do Hospital, como funcionava seu atendimento, horários, quem eram os médicos, os residentes. Num primeiro momento, achei que, pelo fato do HC tratar-se de um Hospital-Escola da Unicamp, seria significativo e me ajudaria ter acesso ao local, o fato de eu ser aluna da instituição, esclarecendo que a idéia inicial era apresentar-me como pesquisadora à equipe médica. Porém, ao chegar no Hospital das Clínicas, percebi que meu acesso ao campo não dependeria apenas deste ‘requisito’ e, conhecer um dos residentes do Hospital das Clínicas foi imprescindível para estabelecer meus primeiros contatos no setor de cirurgia plástica¹². Conforme explicita Da Matta (1985), no Brasil ninguém escapa dos laços de família e dos elos de algumas amizades. E com a pesquisadora não foi diferente.

Chegando ao Hospital das Clínicas, fui até o balcão de informações para saber a respeito da localização do setor de cirurgia plástica. Conforme a explicação do funcionário, encaminhei-me até a faixa cinza¹³ no segundo andar do hospital, onde havia algumas cadeiras e pessoas em fila, na frente de um guichê com uma placa informativa: Urologia e Cirurgia Plástica. Entrei na fila. Ao chegar minha vez, perguntei à funcionária sobre a possibilidade de conversar com algum residente ou responsável da equipe médica da plástica. Ela respondeu-me, de maneira um pouco seca, que o ambulatório da plástica funcionava às segundas e quintas-feiras pelas manhãs, e que naquele dia estava funcionando o de Urologia. Depois, chamou rapidamente o próximo paciente.

¹¹ De acordo com o site www.hc.unicamp.br, visitado em 16/04/2005.

¹² Este contato pessoal é uma amiga do meu irmão que é residente da anestesia do HC.

¹³ A localização das especialidades, ambulatórios e demais serviços médicos oferecidos no HC são disponibilizados através de faixas coloridas coladas no chão do Hospital, cada cor refere-se a um determinado serviço.

Voltei para casa um pouco chateada, pensando como conseguiria o acesso ao campo, sendo que, ao conversar com meu irmão sobre o ocorrido, ele comentou que tinha uma amiga residente do HC. Telefonei para ela e expliquei sobre a pesquisa. Então, ela me disse que tinha alguns amigos residentes da plástica e que entraria em contato com um deles, retornando a ligação naquela semana. Felizmente, a resposta foi positiva e marcamos para a próxima segunda-feira bem cedo a ida ao Hospital das Clínicas para que ela me acompanhasse até o ambulatório da plástica e me apresentasse ao seu amigo, residente de cirurgia plástica.

Nosso encontro ocorreu em frente à entrada principal do Hospital das Clínicas. Ela me trouxe um jaleco branco que foi dela durante sua graduação em Ciências Médicas na Unicamp, disse para eu vestir enquanto estivesse no ambulatório. Vestida de jaleco branco com bordado da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecia uma residente, e isto facilitava tanto minha entrada no Hospital quanto o livre acesso dentro do Hospital das Clínicas: ambulatórios, centros-cirúrgicos, enfermarias e visitas aos pacientes que estavam internados após a realização de suas cirurgias.

Na companhia de uma residente e vestida como uma “residente”, o olhar dos outros em relação a mim e meu acesso ao local havia mudado. Naquele instante, senti que minha pesquisa de campo estava começando. Entramos por uma porta de acesso restrito para ir ao ambulatório da plástica, era por onde entravam os médicos, residentes e funcionários, e foi por onde comecei a entrar a partir daquele dia. Como estava bem cedo, a maioria dos residentes não havia chegado. Fui apresentada a uma das residentes que me disse que poderia estar iniciando minha observação naquele momento mesmo. Ela foi muito simpática enfatizando que tudo era ‘muito corrido’ por lá, mas que eu estivesse “à vontade” para conversar com os pacientes e acompanhar as consultas.

Aos poucos, foram chegando os demais residentes, alguns me olhavam com curiosidade, davam um sorriso, outros perguntavam quem eu era e me apresentava como antropóloga, dizia que

iria acompanhar o trabalho deles, o cotidiano do Ambulatório de Plástica, quem eram as pessoas que procuravam e eram atendidas por aquele serviço. Foram chegando, também, os professores que acompanham o ambulatório e são requisitados pelos residentes para a avaliação dos casos e os pacientes do pré e pós-operatório começaram a ser chamados para as consultas. Meu campo havia começado.

- ***O Serviço de Cirurgia Plástica do HC***

A área de saúde da Unicamp é liderada pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) que integra o Complexo Médico Hospitalar da Unicamp, sendo formado pelo Hospital das Clínicas (HC), Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo (Gastrocentro), Hospital Estadual de Sumaré (HES) e o Centro Gabriel Porto. Juntos, tais centros formam a maior área médico-hospitalar do interior do Estado de São Paulo e uma das mais importantes do País, tendo como finalidade proporcionar a formação de profissionais da área médica, fomentar pesquisa e realizar o atendimento médico da comunidade de forma gratuita pelo SUS, ou seja, implementos provenientes de recursos públicos, impostos e contribuições sociais.

O Hospital das Clínicas trata-se de um hospital universitário associado à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, tendo como objetivo servir de campo de ensino aos residentes e estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem da FCM, como também prestar assistência médico-hospitalar universal, colaborar para o exercício da medicina preventiva e educação sanitária da comunidade e, para tanto, integram-se o corpo técnico-administrativo do HC e os vários departamentos da Faculdade de Ciências Médicas.

O Hospital das Clínicas iniciou suas atividades juntamente com a criação da Faculdade de Ciências Médicas em dezembro de 1962, sob o governo de Carlos Alberto de Carvalho Pinto que criou a Universidade Estadual de Campinas. O treinamento clínico e cirúrgico dos alunos era realizado nas enfermarias do prédio da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, mediante convênio firmado com esta instituição. A construção do Hospital das Clínicas dentro do campus universitário foi se desenvolvendo e, em fevereiro de 1979 foram inaugurados alguns ambulatorios, assim, os serviços instalados na Santa Casa foram sendo transferidos para o campus, à medida que as obras foram sendo concluídas. Em fevereiro de 1986, o convênio com a Santa Casa foi cancelado ocorrendo a transferência total das enfermarias e departamentos para o HC.

A Faculdade de Ciências Médicas funcionou na Santa Casa até fevereiro de 1986, sendo transferida para o campus da Unicamp com suas próprias instalações, incluindo o HC, em março de 1986. O Serviço de Cirurgia Plástica da Unicamp iniciou suas atividades nas dependências da Santa Casa, sendo transferido para o HC também em março de 1986.

Atualmente, o HC conta com uma capacidade física para 403 leitos numa área de 65.000 m² onde, em média, circulam 10 mil pessoas diariamente. São 375 leitos ativos (30 de UTI), 38 enfermarias, 17 departamentos médicos, 22 unidades de procedimentos especializados, 15 salas cirúrgicas gerais, 8 salas cirúrgicas ambulatoriais, 8 serviços de laboratório e 5 serviços de diagnóstico. É distribuído por sete blocos interligados: Bloco A- ambulatorios, Bloco B- Unidade de Urgência e Emergência (UER), centro de imagenologia, centro cirúrgico ambulatorial e procedimentos especializados, Bloco C- Enfermarias, Bloco D- Caixa d'água e elevadores, interligação entre os blocos A e C, Bloco D2- UTI Adulto, UTI transplantes e SAM, Bloco E- Áreas de apoio técnico e administrativo, enfermarias, centro cirúrgico, UTI e central de materiais, Bloco F- Laboratórios.

O Serviço de Cirurgia Plástica/Unicamp ocorre atualmente no HC e consiste numa atividade ligada à FCM, mais especificamente ao Departamento de Cirurgia, que possui oito especialidades cirúrgicas: cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia cardiovascular, cirurgia Geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia do trauma, cirurgia vascular e a de cirurgia plástica¹⁴. Em especial, o setor de cirurgia plástica do HC oferece o atendimento e realização de cirurgias plásticas tanto estéticas quanto reparadoras, de forma inteiramente gratuita pelo Serviço Único de Saúde (SUS). As principais cirurgias plásticas realizadas¹⁵ são: correção de cicatrizes localizadas em regiões aparentes ou que haja comprometimento funcional, correção de deformidades mamárias em casos de deformidades mamárias congênitas ou adquiridas, correção de ginecomastia, correção de prognatismo no caso acentuado da mandíbula, correção de ptose palpebral, correção de sindactilia em casos de malformações congênitas em mãos e/ou pés, fissuras lábio-palatinas, fraturas nasais e de ossos da face, lesões benignas de pele (exérese) como verrugas, cistos sebáceos e adenomas, paralisia facial, queimaduras (enxertia de pele), reconstrução mamária, reconstrução nasal, tumores de pele, úlceras crônicas de pele e de decúbito, abdominoplastia, blefaroplastia, lifting de coxas e braços, lipoaspiração, mamoplastia redutora, otoplastia, rinoplastia, lifting de face, ritidoplastia, prótese de silicone.

As consultas, os atendimentos aos pacientes, retornos pré e pós-operatórios e curativos pós-cirúrgicos são realizados no ambulatório da Plástica, que funciona no segundo andar do Bloco A do HC, às segundas e quintas-feiras das 8:00 às 12:00 horas. A equipe do serviço de cirurgia plástica do HC é formada por 6 residentes da plástica (2 R3, 2 R4, 2 R5), 1 ou 2 residentes do primeiro e/ou segundo ano em Cirurgia Geral, 4 médicos cirurgiões plásticos responsáveis e que são professores

¹⁴ Dados retirados do site: www.hc.unicamp.br, visitado em 16/04/2005.

¹⁵ As definições das diversas cirurgias plásticas realizadas no HC estão no Glossário da dissertação.

da FCM (sendo um deles o regente do Corpo Docente do Serviço), 2 enfermeiras, 3 técnicas em enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem e 1 secretária.

O ambulatório consiste num longo corredor com várias salas dispostas lateralmente. Estão presentes, nas segundas-feiras, 2 professores, 1 R5, 1 R4, 1 ou 2 R1 e/ou R2. Nas quintas-feiras, estão presentes 1 professor, 1 R4, 2 R3, 1 ou 2 R1 e /ou R2. São 8 salas para consultas, sendo que cada uma contém uma pequena mesa de madeira, uma cadeira para o médico, duas para os pacientes, uma cama onde o paciente é examinado, uma pia onde os médicos freqüentemente fazem a higienização das mãos, luz para visualizar raios-X, medidor de pressão e em cima da mesa ficam vários blocos de papéis que são utilizados durante as consultas para requisição de exames laboratoriais, solicitação de agendamento, requisição de exames anátomo-patológicos, orientação aos pacientes para cirurgias, ficha de atendimento ambulatorial, laudo médico e o termo de consentimento de autorização para a cirurgia plástica ¹⁶. Uma das salas utilizadas para consultas possui também um pequeno estúdio fotográfico improvisado, com uma lona azul estendida como fundo para serem tiradas as fotos pré e pós-cirúrgicas dos pacientes. São os próprios residentes com suas máquinas digitais que tiram as fotos dos pacientes que irão operar ou que já operaram.

Logo após as salas de consultas, há um balcão onde a secretária separa as fichas dos pacientes que serão atendidos no dia. Assim, os residentes pegam as fichas, vão até uma porta ao lado que dá acesso ao local de espera das consultas e chamam pelos nomes, os pacientes para as consultas, levando-os até as salas para o atendimento. Na disposição das fichas dos pacientes já está escrito quais residentes atenderiam certos casos, pois o atendimento e realização das cirurgias são feitos de forma hierarquizada conforme ficará mais claro adiante.

¹⁶ Segue no Anexo da dissertação uma cópia do “Termo de Consentimento Livre Esclarecido de Autorização para a Cirurgia Plástica” que deve ser assinado pelo paciente que fará a cirurgia.

O atendimento aos pacientes é realizado pelos residentes do primeiro ao quinto ano, porém os residentes do primeiro e segundo anos que não são específicos da especialidade de cirurgia plástica, costumam atender os pacientes em suas primeiras consultas onde fazem a ficha dos mesmos, perguntam o motivo da consulta e os examinam e a partir disso, solicitam que o residente do quarto ano da especialidade lhe diga qual a conduta correta a seguir naquele caso; assim eles anotam na pasta a conduta indicada para os residentes da especialidade a realizarem. Já os residentes do terceiro, quarto e quinto anos da plástica atendem os pacientes que “possuem pasta”, ou seja, os retornos, alguns encaixes¹⁷ e casos de pacientes que já sofreram alguma intervenção.

Há uma sala para funcionários com uma mesa e um armário e que está sempre com a porta fechada. Outra sala possui uma mesa extensa no centro com cadeiras e sofás encostados nas paredes, estantes e 2 computadores para uso dos residentes. Ela fica em frente à sala de curativos e quando não está sendo usada para “reuniões da Gastro”, que são reuniões para obesos mórbidos que irão realizar cirurgia de redução de estômago, ou por algum grupo de médicos, é utilizada como sala de espera dos acompanhantes dos pacientes que vão para o curativo. Também há uma cozinha para os médicos e funcionários, com geladeira, filtro de água, café, uma pia grande e algumas cadeiras. Há dois banheiros, um feminino e outro masculino, para uso dos funcionários, médicos e residentes, sendo que eles ficam sempre trancados e a chave fica em cima de um armário na cozinha. Encostada à parede do corredor há uma estante baixa, onde fica um telefone que os residentes e demais funcionários utilizam para se comunicarem com as outras enfermarias e Centros Cirúrgicos para saber, por exemplo, se há leito para algum paciente que será internado um dia antes da cirurgia. Há também vários blocos de papéis utilizados durante as consultas, como autorizações de exames e atestados médicos.

¹⁷ Os encaixes são os pacientes que passaram pela consulta com o residente e este pede para que ele retorne, sem que haja a necessidade de marcar uma nova consulta para ser atendido.

A sala dos curativos possui na entrada uma mesa para o residente do quarto ano, com uma cadeira para o paciente, duas macas nos lados opostos da sala, sendo, a mesma separada por portas móveis de lona. Ao lado da mesa do residente, há uma pia grande de alumínio e uma outra mesinha onde ficam as fichas dos pacientes que serão atendidos. A enfermeira é a encarregada de chamar os pacientes e trazê-los até a sala, onde o residente vai atendê-los; são chamados dois pacientes por vez. A enfermeira ajuda o residente com o material utilizado para os curativos, também ajuda o paciente a se despir e vestir a roupa novamente, pois como está recente a cirurgia, encontra-se com dores, hematomas, inchaços e não consegue se mexer direito devido aos pontos. Logo ao lado, há outra sala de curativos, com uma grande escrivaninha, cadeiras e uma maca. A próxima sala é a de “pós-consulta” onde a secretária é encarregada de agendar os retornos dos pacientes pelo computador.

No fim do corredor, há uma porta que dá acesso à secretaria da plástica, com salas dos professores que são responsáveis pelo serviço da plástica. São quatro cirurgiões plásticos responsáveis, que são contratados e estão toda semana no Ambulatório. Eles alternam os dias em que estão presentes- um deles só está presente às quintas-feiras, outro às segundas, quartas e sextas-feiras, outro às segundas e quartas-feiras, o outro às segundas e terças-feiras. E estão em processo para contratar mais um cirurgião, neste caso, uma mulher que estará presente às quintas-feiras. Eles supervisionam os casos, dão opiniões, explicações, tiram dúvidas dos residentes, conversam com os pacientes, e vez ou outra, fazem o acompanhamento caso a caso com a “Liga de Cirurgia Plástica”, que é formada por alunos da graduação em Medicina da Unicamp os quais pretendem seguir a carreira de cirurgia plástica. Os cirurgiões plásticos são professores da FCM, membros da preceptoria do Serviço de Cirurgia Plástica da FCM/Unicamp e possuem também seus próprios consultórios particulares.

Como já foi exposto, são os residentes que realizam o atendimento aos pacientes, bem como as cirurgias plásticas, pois estão em processo de aprendizado e quanto mais operam, mais benéfico é para sua formação enquanto cirurgiões plásticos, conforme eles mesmos enfatizam.

O Programa de Residência Médica do HC é o terceiro do país, com 472 residentes em estágio regular, distribuídos em 44 especialidades da Medicina. Assim, é realizado em conjunto com os departamentos da FCM da Unicamp, buscando promover o treinamento e qualificação de médicos para o futuro exercício de sua especialidade. No caso da residência em plástica do HC, ela está associada ao Departamento de Cirurgia da FCM. Após os seis anos de graduação em medicina, o interessado presta uma prova de residência para cirurgia geral, passando durante dois anos por estágios de no mínimo um mês em todas as especialidades da cirurgia geral, ou seja; cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia cardiovascular, urologia, gastrocirurgia, proctologia, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia do trauma, cirurgia vascular e cirurgia plástica. Fazem estágios em UTI para avaliarem pacientes em caso grave. Em algumas especialidades como urologia, os estágios são de dois meses, em gastrocirurgia são quatro meses e em cirurgia do trauma também são quatro meses de estágio.¹⁸

No fim do segundo ano na residência em cirurgia geral, vão prestar outra prova que denominam “prova para o R3”; sendo esta, dentre as especialidades existentes, aquela que escolheram seguir. A residência em plástica do HC é vinculada ao Serviço de Cirurgia Plástica da FCM da Unicamp e encontra-se credenciado na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

São oferecidas duas vagas anuais, num total de seis residentes (2R3, 2R4, 2R5) e o programa de residência inicia-se em 01 de fevereiro, com três anos de duração. Os residentes têm direito à Bolsa de Estudo- FUNDAP e auxílio-moradia. O processo seletivo consta de duas fases: na

¹⁸ Dados retirados do site: www.hc.unicamp.br, visitado em 16/04/2005.

primeira, fazem uma prova com testes de múltipla escolha elaborada pela CONVEST- UNICAMP para todos os candidatos, já com dois anos de cirurgia geral. A segunda fase é uma prova com dez questões dissertativas sobre Cirurgia Geral elaboradas também pela CONVEST para os candidatos aprovados na primeira fase. Também é feita a análise de currículo com pontuação elaborada pela COREME e uma entrevista com o candidato à vaga.

A residência em plástica funciona durante toda a semana no HC: às segundas-feiras funciona o ambulatório no período da manhã, das 8:00 às 12:00 horas, no período da tarde, a partir das 14:00 horas os residentes operam no Centro Cirúrgico Ambulatorial. Às terças-feiras no período da manhã, das 7:30 às 13:00 horas, os residentes operam tanto no Centro Cirúrgico quanto no Centro Cirúrgico Ambulatorial, no período da tarde as operações são realizadas no Centro Cirúrgico. Às quartas-feiras, tanto no período da tarde quanto da manhã, as operações são realizadas no Centro Cirúrgico e, neste dia, geralmente, encontra-se presente também, o regente do Serviço, que é um cirurgião de São Paulo muito conceituado e reconhecido no exterior. Às quintas-feiras, no período da manhã há o atendimento no ambulatório e no período da tarde são realizadas as operações relacionadas com a Odontologia no Centro Cirúrgico. Às sextas-feiras, no período da manhã, ocorrem cirurgias tanto no Centro Cirúrgico quanto no Centro Cirúrgico Ambulatorial, e no período da tarde ocorrem cirurgias no Centro Cirúrgico Ambulatorial. Como podemos ver, o trabalho é composto pelo atendimento no ambulatório, pela realização das cirurgias nos Centro Cirúrgico Ambulatorial e no Centro Cirúrgico e também pela discussão de casos clínicos e artigos das revistas científicas da especialidade. Tais ações acontecem semanalmente durante reuniões entre os residentes, os cirurgiões plásticos responsáveis e cirurgiões convidados.

Conforme foi especificado, existe uma hierarquia estabelecida entre os residentes no atendimento, nas consultas dos pacientes e na realização das cirurgias. Os R3 em suas consultas

sempre recorrem aos residentes do quarto e quinto anos para esclarecer qual a conduta mais correta a seguir, em relação às cirurgias, ou seja, quais as cirurgias no Programa da Residência que eles podem executar como: enxertos, retalhos, exérese de tumores, correções de cicatriz sendo estas cirurgias consideradas menores, mais simples e realizadas no Centro Cirúrgico Ambulatorial, com anestesia local. Os R4 realizam as cirurgias maiores, são eles que agendam e escolhem as que serão realizadas, respeitando as cirurgias crânio-faciais e as de face. Os R5 são os que realizam as cirurgias crânio-faciais, as de face e auxiliam muitas vezes os professores nas cirurgias consideradas mais complexas e também orientam os R4 nas cirurgias por eles realizadas. Assim, cada residente, de acordo com o ano em que se encontra dentro da especialidade, atende certos casos de pacientes e realiza determinadas cirurgias.

Os Hospitais utilizados no treinamento dos residentes são: Hospital de Clínicas da Unicamp, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Caism/ Unicamp, Hospital Estadual de Sumaré- HES, Hospital Sanatorinhos de Itu- Unidade de Queimados da Santa Casa de Itu. Os residentes além de atenderem os pacientes e realizarem cirurgias plásticas no HC, em complemento à sua formação, vão fazer estágios em outros Hospitais. Os residentes do terceiro ano vão às quintas-feiras no ambulatório do HC e também, vão ao HES às segundas e quartas-feiras. Os residentes do terceiro, quarto e quinto anos passam 6 meses fazendo estágios na Unidade de Queimados da Santa Casa de Itu. Os residentes do quinto ano também fazem estágios no Caism sobre os casos de reconstrução de mama e além disso, possuem a opção de fazer estágios de 2 meses em clínicas particulares.

A cada dia no ambulatório, de acordo com uma das residentes entrevistadas, são atendidos de 60 a 80 pacientes. Sendo os casos divididos entre novos, retornos e curativos pós-operatórios. Em média, são 30 casos estéticos e o restante de reparadores¹⁹. Pelo fato do HC tratar-se de um Hospital Público que oferece atendimento médico via SUS, imaginei a princípio que o objetivo do

¹⁹ Este dado da quantidade de casos estéticos e reparadores me foi dada em entrevista com os residentes.

atendimento seria privilegiar as cirurgias consideradas reparadoras. Porém, ao longo da pesquisa de campo, pude presenciar uma grande demanda e conseqüente realização de cirurgias estéticas, conforme irei discutir a seguir.

De maneira generalizada, os residentes defendem a importância da realização das cirurgias estéticas no HC. Neste caso, é ressaltada a necessidade perante a formação enquanto cirurgiões plásticos:

“Teoricamente aqui é um lugar onde deveria predominar as cirurgias reparadoras. A gente até tenta fazer mais reparadora, até porque chega muito- fraturas de face, mandíbula, de órbita, deformidades crânio-faciais, fissuras lábio-palatinas, queimaduras, tudo isso é reparador. Por outro lado, quando você se forma cirurgião plástico e vai trabalhar lá fora o que vai para o consultório, 95 % é paciente que quer operar estética. Então aqui é o nosso espaço para aprender e a gente tem uma espécie de uma cota que a gente opera de cirurgia estética para poder aprender. Dentro de um serviço que é um hospital escola, a gente tem que fazer para aprender também por isso que você viu aqui abdominoplastia, rino, lifting de face, mamoplastia de aumento com prótese, mamoplastia só pra levantar, abdômen, lipoaspiração.”

A residência em cirurgia plástica é vista como um período de formação e aprendizagem que preparará o cirurgião para exercer sua profissão quando estiver no mercado de trabalho, no caso, um consultório particular onde a demanda, de forma distinta do HC, é composta principalmente de cirurgias estéticas, conforme enfatizou um dos residentes entrevistados²⁰:

²⁰ Segue no Anexo da dissertação o roteiro de entrevista aos residentes.

“São realidades completamente diferentes. Numa clínica particular, você tem em torno de 4 a 5 grupos de cirurgias que vai te procurar na cirurgia plástica. Quais são: lipoaspiração, mamoplastia tanto de aumento quanto redutora, abdominoplastia, rinoplastia e ritidoplastias. São 5 grandes grupos que vai movimentar um consultório particular. Isso corresponde a 90, 95 % dos casos em um serviço particular. No serviço público, não vem esses 95%, se a gente abrir as portas sim, com certeza. Mas existem as restrições, as prioridades do serviço”.

O atendimento do setor de cirurgia plástica, como qualquer outro serviço médico do HC, é estabelecido pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, que, por intermédio de uma reguladora do Estado- a Divisão Regional de Saúde (DIRS) do município de Campinas distribui os encaminhamentos médicos feitos pelos postos de saúde (chamadas de unidades primárias) para os hospitais terciários, no caso, o HC.²¹ O atendimento padrão acontece por meio do direcionamento realizado pelo SUS, onde o interessado recorre ao Posto de Saúde de sua cidade e pede um encaminhamento, passando assim, por um clínico geral, ou um cirurgião plástico se houver no hospital de sua cidade. O médico entrega uma guia ao paciente e este vai até o guichê e se cadastra deixando um número de telefone. O Posto de Saúde entra em contato com a DIRS e, havendo a possibilidade de vagas, agenda uma consulta e retorna ao paciente que deverá comparecer no dia indicado. Também são encaminhados ao serviço de cirurgia plástica os pacientes que utilizam outros serviços do HC, como os pacientes do gastrocentro da Unicamp (aqueles que realizaram cirurgias de redução de estômago e posteriormente são encaminhados para fazer várias cirurgias plásticas) e os do Caism, geralmente mulheres que tiveram câncer de mama e poderão fazer reconstrução mamária.

²¹ No caso do município de Campinas, a DIRS tem a possibilidade de enviar pacientes a outros serviços públicos de cirurgia plástica, além do HC/ Unicamp, como o Hospital Mário Gatti e o Hospital da Puccampinas.

Os pacientes encaminhados pelo SUS através do Posto de Saúde passam por uma triagem²², que possui como objetivo a avaliação médica do paciente, atestando a necessidade do acompanhamento no ambulatório e a efetivação ou não da cirurgia plástica.

No caso das cirurgias estéticas, além do atendimento padrão via SUS, a outra maneira de acesso para a realização da cirurgia consiste em possuir algum contato com os residentes ou médicos cirurgiões, seja porque é aluno da Unicamp, funcionário do HC ou foi como acompanhante de alguém que já realizou ou irá realizar alguma cirurgia. Assim, os interessados vão pleitear diretamente com os profissionais a respeito de suas operações e acabam não passando pelo atendimento padrão e, muitas vezes conseguem mais rapidamente a cirurgia.

Os critérios de avaliação utilizados no serviço de cirurgia plástica do HC para indicação ou não da cirurgia são distintos em relação às cirurgias estéticas e as reparadoras, conforme afirma um dos residentes:

“O de estético, a gente tem liberdade de você poder escolher o caso que você quer operar. Você vai ver que tem casos que são mais difíceis e casos que são mais fáceis em qualquer cirurgia, tanto abdômen, mama, rinoplastia. Que nem eu comecei, escolhendo umas mamas mais fáceis pro começo, porque a gente tem uma curva de aprendizado também, a gente está aprendendo a operar. Então você tem que começar pelas coisas mais fáceis mesmo que aí no caso, para você começar com mama têm que ser aquelas mamas de paciente jovem, umas mamas mais durinhas, que não tem tanta sobra de pele. Rinoplastia a mesma coisa, hoje é a minha primeira rino que eu vou fazer, então eu peguei um caso muito tranquilo, um nariz bonito que é só para raspar o dorso da menina. Então, na estética a gente tem liberdade para escolher os pacientes, a gente escolhe os casos que a gente quer operar, então não tem assim

²² A cada ambulatório, às segundas e às quintas-feiras, são realizadas 8 novas triagens.

uma lista de espera, isso não tem. Isso a gente meio que fala para os pacientes para eles não brigarem com a gente. No fundo, é a gente que escolhe os casos.

Na reparadora não, é um pouco diferente. Em plástica, não tem tanta urgência que você tem que falar ah, esse paciente aqui precisa operar esse mês, senão vai morrer, a não ser, nos casos que tem de crânio-facial (...) Mas, nas reparadoras a gente acaba fazendo quando realmente tem indicação pra fazer. Aí, você vê quando tem indicação e são várias indicações. Mas é uma indicação médica, clínica mesmo. Você vai lá, vê o paciente que precisa operar, então você agenda a cirurgia dele.”

Diferentemente dos casos considerados reparadores, onde a indicação é baseada nos agravos à saúde física do paciente, nos casos estéticos, os residentes possuem a liberdade de escolherem os casos que irão operar, iniciando pelos casos considerados mais fáceis até os casos mais complexos de cada cirurgia. Iniciam, por exemplo, com as mamas de mulheres mais jovens, com pouca flacidez e sobras de pele até os casos de “mamas gigantes” ou gigantomastia. O quarto ano de residência consiste no ano em que mais operam, e são eles que escolhem, dentro de uma cota estabelecida, quais cirurgias serão realizadas. Por estarem em formação, geralmente, operam um certo número de mamas, abdômens, narizes, e assim por diante, até aprenderem e passarem para outros tipos de cirurgias. Assim, os casos estéticos são escolhidos a partir do processo didático, ou seja, do que precisam ainda aprender ou das técnicas que querem aprimorar.

Semanalmente, são realizadas em média 20 cirurgias entre estéticas e reparadoras²³. Dentre as cirurgias estéticas, as mais procuradas e realizadas, segundo os residentes, são abdominoplastia e mamoplastia. As cirurgias são realizadas no Centro Cirúrgico e no Centro Cirúrgico Ambulatorial. No Centro Cirúrgico Ambulatorial, ocorrem as cirurgias de pequeno porte com anestesia local,

²³ Dado recolhido durante entrevista com uma das residentes da especialidade de cirurgia plástica.

como blefaroplastia, exérese, retirada de pintas, algumas rinoplastias. São operações onde a paciente não precisa ser internada nem antes e nem após a cirurgia, ela chega no mesmo dia da cirurgia e toma alta logo após. É obrigatório trazer acompanhante e providenciar transporte de ida e volta para cirurgia²⁴. Tais informações são dadas ao paciente durante a consulta, e consta num dos papéis que ele recebe, o qual terá que trazer no dia da cirurgia, senão não é operado²⁵.

As cirurgias no Centro-Cirúrgico Ambulatorial ocorrem às segundas no período da tarde, às terças e sextas de manhã. Os residentes do quarto ano revezam dentre 15 dias entre o Centro-Cirúrgico e o Centro Cirúrgico Ambulatorial. Já o Centro-Cirúrgico são onde ocorrem as médias e grandes cirurgias, como mamoplastia, abdominoplastia, lipoaspiração, rinoplastias, cirurgias de face, como ritidoplastia ou *facelift*. Ocorrem às terças à tarde, quartas o dia inteiro, quintas à tarde e sextas de manhã. São cirurgias realizadas com uso de anestesia geral, costumam durar cerca de 4 ou 5 horas cada cirurgia. Estão presentes 1 enfermeira, 1 anestesista, 1 R4 que, na maioria das cirurgias é ele quem opera, 1 R3 que faz a instrumentalização da cirurgia para ir aprendendo. Dependendo da cirurgia também está presente 1 R5 que ou instrumentaliza a cirurgia ou orienta o R4. Os professores raramente ficam presentes durante a cirurgia inteira, eles entram, ficam um pouco, dão opiniões, saem, voltam mais tarde.

As pacientes que irão operar no Centro-Cirúrgico chegam um dia antes no HC para serem internadas, passam a noite, e no dia seguinte, serão operadas. Não tomam alta de imediato, chegam a ficar internadas em observação durante três dias após a cirurgia, quando são dispensadas.

²⁴ No caso de pacientes do HC que são provenientes do SUS, as prefeituras dos mais diversos municípios como Socorro, Sumaré, Paulínia, entre outras, disponibilizam ônibus, vans e microônibus para os pacientes realizarem seus tratamentos médicos no local, pelo fato de serem pessoas carentes de recursos econômicos que utilizam tais serviços. É estabelecido um horário para ida ao HC pela manhã e outro para volta ao município no final da tarde.

²⁵ No caso das cirurgias que são realizadas no CCA, ao final da consulta o residente entrega ao paciente um papel de autorização da cirurgia que deve ser carimbado pela assistente social que se localiza na faixa azul do HC. É ela que dá informações ao paciente sobre a necessidade de transporte de ida e volta e acompanhante para que seja realizada a cirurgia.

Os cuidados pós-operatórios variam conforme a cirurgia realizada, sendo que cada uma possui cuidados específicos. Estes cuidados vão sendo gradualmente passados aos pacientes em vários momentos, como nas consultas de retorno pós-cirúrgico que acontecem na sala de curativos, na consulta em que o residente agenda a cirurgia, e também nas visitas ao paciente quando este fica internado. Em geral, é recomendado repouso completo nos primeiros quinze dias após a cirurgia, não realizar atividades como exercícios físicos, alguns trabalhos manuais como tarefas domésticas até o terceiro mês, também se deve evitar fazer sexo, não ingerir álcool, banhos de vapor, piscina, saunas, e tomar cuidados especiais com o sol usando bloqueador solar para que as cicatrizes dos pontos não se aprofundem. São indicados medicamentos para dor.

Capítulo 2:

Os Pacientes

“Os pacientes aqui são mais pobres, não poderiam fazer uma cirurgia plástica particular. Mas o sentimento é muito parecido. Muito parecido, independente da classe social da paciente. Aquela sensação de que ah, não estou feliz com isso, queria mudar! Tem paciente que chega no ambulatório e fala; ah, queria mudar do pé à cabeça!”

(Trecho de entrevista com uma residente da cirurgia plástica)

• *Quem são...*

O público que procura o serviço de cirurgia plástica do HC é variado- homens, mulheres, jovens e até crianças de diferentes faixas etárias. São indivíduos que sofreram acidentes, queimaduras, crianças com má-formação congênita, problemas crânio-faciais, síndromes lábio-palatinas, mulheres com lipoma no abdômen, úlcera de pele ou quelóide nas cicatrizes das cesárias, cirurgias estéticas realizadas em outros lugares ou no HC que não foram bem sucedidas e estes indivíduos retornam para amenizar as cicatrizes, casos de ex-obesos mórbidos que realizaram gastroplastia e são encaminhados com a indicação de realizarem várias cirurgias plásticas devido aos excessos de pele deixados pelo emagrecimento, mulheres jovens que sonham em aumentar os seios com próteses de silicone, ou outras que querem diminuir o tamanho deles e reclamam dos ‘incômodos’ tanto psicológicos quanto físicos de possuir “seios grandes demais”. Outras ainda, reclamam das rugas na face, dos “sinais da idade”, da pele enrugada “caindo sobre os olhos”, ou casos onde o “incômodo” ou o “complexo”, como afirmam, centra-se no abdômen caído e flácido após a gravidez.

Há também casos de homens que, ou devido à herança genética ou a outros fatores, como a ingestão de anabolizantes, tiveram um aumento de suas mamas. Casos de reconstrução de alguns órgãos como orelha ou nariz. Reconstrução mamária em casos de câncer de mama. Ou ainda, pessoas que querem diminuir o tamanho do nariz, “afiná-lo um pouco”, ou aumentar o tamanho de seus lábios, ou consideram suas orelhas grandes e por isso, são alvo de zombarias- “olha a portinha do fusca aberta”, conforme o relato de uma de minhas informantes.

Durante o período da pesquisa de campo, tive a possibilidade de acompanhar os casos médicos e entrevistar 73 pacientes através da minha permanência durante as consultas de pós, pré-operatórios e da observação da sala de curativos. Em relação às entrevistas com os pacientes, elas ocorreram em diversas situações- após a consulta na qual eu estava presente e ao final dela pedia permissão para o diálogo com o paciente, outras vezes, durante a própria consulta onde o residente estava escrevendo algum papel de autorização para cirurgia e me permitia iniciar a entrevista, ao longo da consulta, quando o médico saía da sala para chamar outro residente ou professor para discutir o caso, no corredor do ambulatório, na sala de curativos, enquanto o paciente esperava o residente ou enfermeira para ser atendido ou em alguma sala que estivesse vazia após a consulta do paciente²⁶.

Minha intenção, neste sentido, não foi fazer uma amostra representativa dos pacientes que utilizam o serviço de cirurgia plástica do HC, mas sim oferecer um retrato ilustrativo dos pacientes aos quais pude entrevistar e acompanhar o processo de pleito e realização ou não da cirurgia plástica neste local.

Desses 73 pacientes entrevistados que realizaram ou buscavam realizar alguma cirurgia plástica no HC, no momento da pesquisa, 12 são homens e 61 mulheres. Dentre eles, a maioria é proveniente de Campinas (42), o restante é de São Paulo capital (3), interior paulista (25) e algumas

²⁶ Segue no anexo da dissertação a tabela que mostra quem são os 73 pacientes entrevistados bem como o sexo, idade, profissão e os tipos de cirurgias plásticas pleiteadas.

idades de Minas Gerais (3). A faixa etária varia dos 17 aos 77 anos, sendo 1 caso de uma jovem de 15 anos com queimaduras em todo o corpo, devido a um acidente quando era recém-nascida. Já entre os 12 homens, a faixa etária é dos 18 aos 40 anos, sendo que há 1 caso de um senhor de 79 anos com câncer de pele e outro de um menino de 12 anos que sofreu cortes na perna, ficando com problemas de cicatrização.

A maior parte das pessoas pode ser classificadas como de classes populares²⁷ por ocuparem profissões pouco qualificadas como cabeleireira (1), trabalharem em fábricas (3), cozinheira (1), serviços gerais (1), babá (1), vendedora (2), manicure (2), área de segurança (1), autônomo (2). Há também pessoas afastadas do trabalho, aposentadas, donas-de-casa, desempregadas ou que não trabalham (20). Já os estudantes universitários, sejam da Unicamp (4) ou de outras faculdades (9), bem como algumas pessoas com grau superior completo (4), podem ser entendidas como de classe média, juntamente com os funcionários do HC (8)- atendentes, secretárias, técnicos e os contatos pessoais dos médicos e residentes.

As justificativas alegadas pelos pacientes para a realização das cirurgias plásticas centram-se no “aumento da auto-estima”, nos “incômodos”, “complexos”, “traumas” e “vergonha” de possuírem partes do corpo de uma determinada maneira- seios grandes ou pequenos demais, abdômens flácidos e caídos após a gravidez, estar com as “pálpebras inchadas e caídas sob os olhos”. Ser alvo de “zombarias” devido às orelhas, narizes grandes ou sofrer “preconceito de ser gordinho” e, associado a isto, são relatados os sofrimentos psicológicos que são causados pelo aspecto corporal. Outros motivos também ganham relevância como as dores nas mamas, nas costas

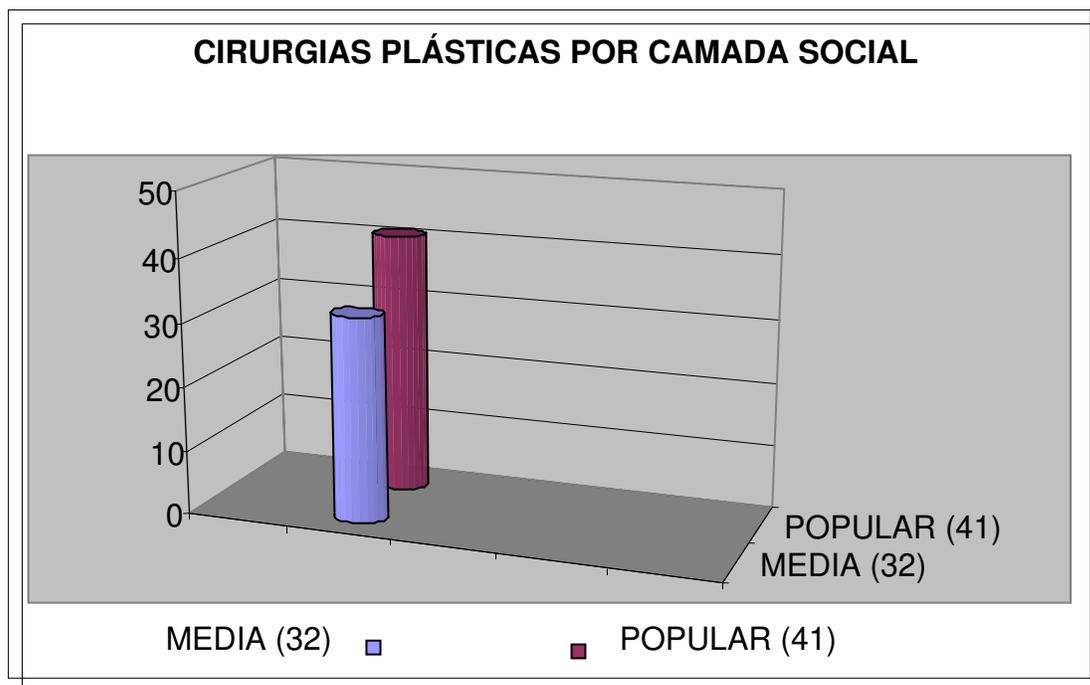
²⁷ Para a classificação dos indivíduos em diferentes camadas sociais; levei em conta a profissão, nível de escolaridade, local de residência e história de vida.

e os problemas de visão que as pálpebras flácidas trazem ao indivíduo. Além do fato de não poder usar determinados tipos de roupas.²⁸

Durante o período da pesquisa de campo, os 73 pacientes demandaram 87 cirurgias plásticas neste serviço médico, dentre as quais 55 foram avaliadas como positivas e agendadas para a futura realização, 17 cirurgias já haviam sido realizadas e os pacientes estavam em consulta pós-cirúrgica e 15 foram as cirurgias negadas ou adiadas porque instruíam-se o paciente para retornar aproximadamente um ano após a primeira consulta ou pedia-se para que ele/a emagrecesse e retornasse em uma próxima consulta, para nova avaliação da necessidade da cirurgia.

Conforme ficou explícito, a intenção desta pesquisa é refletir acerca das concepções e significados do uso do corpo por parte de mulheres de classes populares, através da cirurgia plástica estética, de modo a privilegiar as dimensões sócio-econômica, sexo e faixa etária. Assim, o perfil dos pacientes que procuram o serviço de cirurgia plástica no HC, no que se refere a tais marcadores são variados, o que remete a uma análise mais detalhada do perfil social destas pessoas levando em consideração as diferenças entre tais dimensões. Diante disso, por meio dos dados qualitativos recolhidos nas entrevistas realizadas, o intuito era compreender se havia uma relação entre os perfis sociais dos pacientes entrevistados, certos tipos de cirurgias plásticas realizadas no hospital estudado e as justificativas alegadas para as cirurgias.

²⁸ Não poder usar certas roupas é uma justificativa recorrente para a realização da cirurgia plástica tanto em homens quanto em mulheres. Neste sentido, Goldenberg (2006) refere-se a uma especificidade do corpo brasileiro na questão de aparência pessoal- o corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (celulite, rugas, manchas) e sem excessos (gordura ou flacidez) é o “único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido”, pois o corpo é muito mais importante do que a roupa, sendo que é o corpo que deve ser exibido, moldado, manipulado, trabalhado e imitado sendo a roupa, apenas um acessório de valorização e exposição deste corpo da moda. Diferentemente das mulheres francesas, como destaca a autora, que a produção da aparência pessoal é centrada na roupa, no Brasil, é o corpo que está no centro das estratégias de vestir. Na opção pela cirurgia plástica, é o corpo que deve ser manipulado e trabalhado para vestir determinadas roupas e não a roupa que deve se adequar ao corpo.

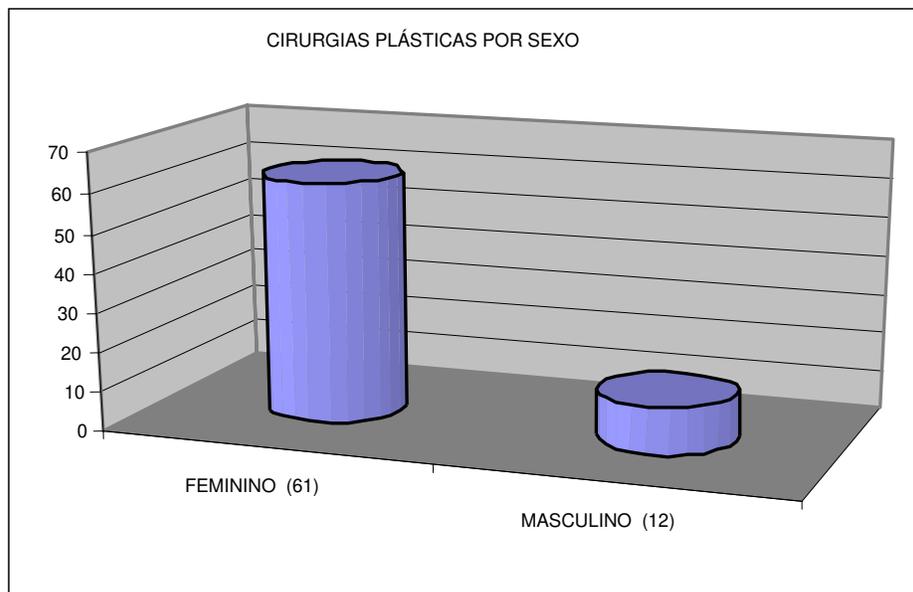


Foi visto que não são apenas os indivíduos de classes populares que utilizam o serviço de cirurgia plástica do HC. Houve também a recorrência de indivíduos de classe média, porém, dos 73 casos de pacientes, a maioria pode ser caracterizada como de classes populares que chegam ao HC por meio do encaminhamento do posto de saúde de seu município. Comparativamente, dentre o universo dos dados qualitativos recolhidos, o histórico de cirurgia plástica no que se refere à classe social diferenciou-se da seguinte forma: foram 41 indivíduos²⁹ de camadas populares e 32 da camada média. A procura por cirurgias consideradas estéticas foi alta tanto para os indivíduos de classes populares quanto os de classe média, mas os indivíduos de classe média realizaram menos cirurgias que podem ser consideradas reparadoras.

²⁹ Vale aqui lembrar que muitos indivíduos fizeram mais de uma cirurgia, podendo ser uma considerada estética e a outra reparadora ou mais de uma estética.

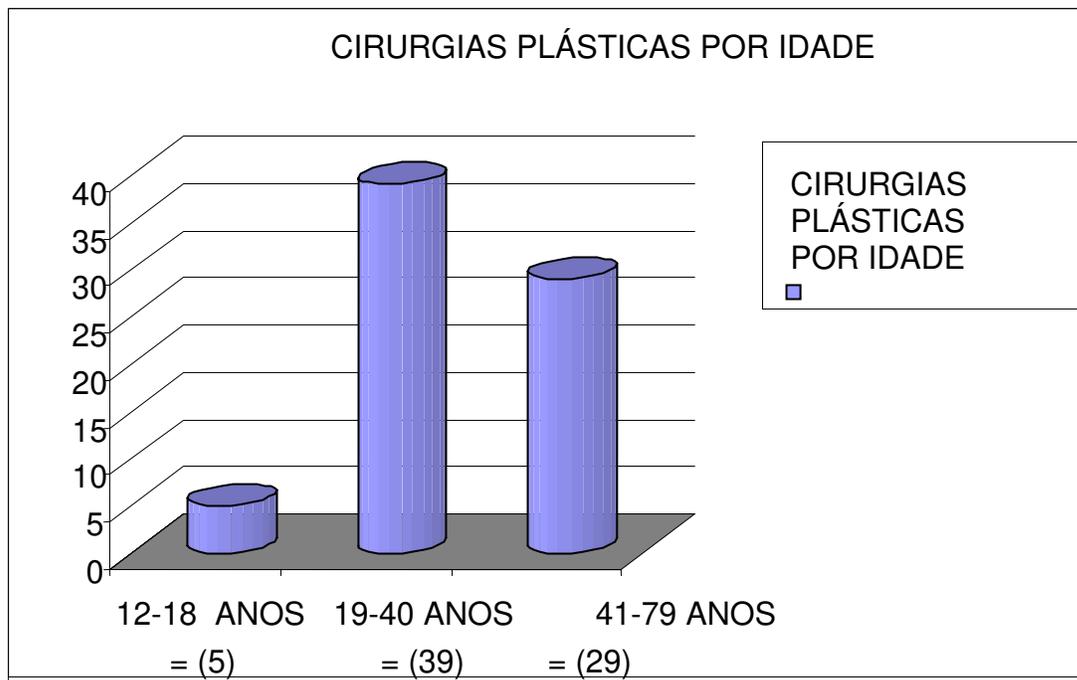
Em relação aos tipos de cirurgia: dentre a camada média as cirurgias plásticas mais procuradas foram, primeiramente, a prótese de silicone (8) e logo após as cirurgias de mamoplastia (6) e abdominoplastia (6). Na camada popular a cirurgia mais procurada foi a abdominoplastia (10) e também os casos de mamoplastia (8) e blefaroplastia (8) foram recorrentes. Os motivos alegados não se distinguiram entre as classes sociais e foram, basicamente, associados a “auto-estima”, “complexos”, “traumas”, “incômodos”, satisfação pessoal como veremos a seguir.

O que difere entre as cirurgias é que os “incômodos”, “complexos”, “traumas”, “aumento da auto-estima” apareceram como justificativas tanto para aquelas que possuíam “pouco peito” e querem colocar prótese para aumentá-los (12), quanto o “trauma”, o “complexo” é associado ao fato da mama ser “grande demais e caída” no caso das cirurgias de mamoplastia. Aqui também entram as dores na coluna pelo fato de possuir mamas grandes e não poder usar certos tipos de roupas (14). A abdominoplastia aparece associada com a gravidez, que fez com que a barriga ficasse flácida e os “incômodos” psicológicos que isso trouxe, além de não poder usar biquínis ou certos tipos de roupa (16). Já, a blefaroplastia encontrou sua justificativa no envelhecimento, nas peles flácidas das pálpebras que começaram a cair sob os olhos e muitas apontaram o incômodo na visão que isso traz (9).



Dentre os 73 pacientes analisados, foi visto que 61 são mulheres e 12 são homens de diferentes faixas etárias que se subdividem em camadas populares e média. A classificação das cirurgias destas 61 mulheres deu-se da seguinte maneira: as cirurgias plásticas mais procuradas foram de mamas- as cirurgias de prótese de silicone (12) e mamoplastia (15). Foram recorrentes os casos de ex-obesas mórbidas (em número de 9) que realizaram a cirurgia de redução de estômago no gastrocentro da Unicamp e foram encaminhadas ao setor de cirurgia plástica, com a indicação de várias cirurgias que são consideradas reparadoras: a abdominoplastia (6), a mamoplastia (3), lifting nos braços (6) e lipoaspiração no culote e virilha (2). No caso dos 12 homens acompanhados durante o campo, um deles foi uma otoplastia, o outro, uma rinoplastia e os demais foram 12 casos de cirurgias consideradas reparadoras. A cirurgia plástica mais recorrente nos homens foi a ginecomastia, o restante foram casos de ex-obesos mórbidos (1), queimaduras (2), reconstrução de órgão (1), tumor de pele (1) e cicatriz queloidiana (1).

As justificativas tanto dos homens quanto das mulheres para as cirurgias também foram centradas nos aspectos psicológicos como “traumas”, “vergonha”, “baixa auto-estima”; porém, nos discursos das mulheres apareceram outras categorias como “razão ou motivos estéticos”, “ vaidade” que foram associados com ‘bem-estar’ pessoal. Algumas mulheres apontaram suas cirurgias como o “grande sonho” de suas vidas, outras chegaram a comparar-se com modelos de revistas de moda. Já, no discurso dos homens, não apareceram estas categorias mais claramente ligadas à beleza, e sim, os incômodos pessoais, psicológicos, dores nas mamas nos casos de ginecomastia, serem alvos de “zombaria” quando possuem mamas ou orelhas grandes. Entretanto, os discursos dos homens tenderam a ser mais reservados e, daqueles que entrevistei, dificilmente associaram suas cirurgias com os motivos de estética, não da maneira direta como encontrei em alguns discursos femininos, como vou mostrar a seguir.



A distribuição da faixa etária dos pacientes foi variada, pois foram encontradas pessoas dos 12 aos 79 anos. Na faixa dos 12 aos 18 anos foram realizadas 2 cirurgias consideradas reparadoras: uma de cicatriz quelóideana e outro caso de uma menina de 15 anos que sofreu queimaduras ainda bebê e realiza acompanhamento para amenizar as cicatrizes deixadas pelo acidente. Nas cirurgias estéticas, foi realizada 1 cirurgia de prótese de silicone em uma moça de 18 anos que veio acompanhada pela mãe que havia feito algumas cirurgias estéticas no HC. A cirurgia mais recorrente entre os mais jovens foi a otoplastia³⁰, que pude acompanhar 2 casos, um de uma moça de 18 anos e outro de um moço também de 18 anos. Dentre a faixa etária dos 19 anos aos 40 anos, foi verificada a seguinte distribuição das cirurgias plásticas: dentre os tipos de cirurgia- em primeiro lugar a prótese de silicone (10) e logo após a mamoplastia (8). Já na faixa etária dos 41 aos 79 anos, verificou-se a recorrência das seguintes cirurgias: mamoplastia (6) e abdominoplastia (6) e verificou-se, também, uma segunda subdivisão dentro desta faixa etária das pacientes a partir dos 47 anos aos 73 anos que recorreram às cirurgias de face como blefaroplastia (9) e ritidoplastia (2) para amenizar os sinais de envelhecimento e flacidez da pele da face. Da faixa etária dos 47 aos 57 anos a maioria das mulheres realizou primeiramente as cirurgias de mama (2) ou abdômen (3) e posteriormente as de pálpebras (5). Já da faixa etária a partir dos 62 anos, a procura foi pelas cirurgias de face, como o lifting facial ou ritidoplastia (2), rinoplastia (1) e pálpebras (4) relatando uma preocupação com o rosto e o envelhecimento, embora mulheres mais jovens da faixa etária a partir dos 40 anos também relatem as mesmas preocupações mas como forma de prevenção da velhice, como se fosse uma espécie de doença que mereça tratamento prévio envolvendo futuros riscos.

³⁰ De acordo com os Drs João e Zulmar Vasconcellos (2005), a indicação para cirurgia de otoplastia geralmente ocorre entre os quatro e quatorze anos, pois normalmente, as orelhas já cresceram plenamente até os 5 ou 6 anos de idade.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) que congrega cerca de 4 mil cirurgiões plásticos credenciados no Brasil, realizou uma pesquisa SBCP- GALLUP³¹ na qual quantificou os números e as características da cirurgia plástica em nosso país. A pesquisa retrata a situação brasileira no que diz respeito à realização, tipos de cirurgias, regiões geográficas e profissionais atuantes.

Em 2004, o Brasil realizou 616.278 mil cirurgias plásticas³², sendo: 59 % estéticas, 41% reparadoras, 69% em mulheres, 31% em homens. Dentre as regiões apontadas como as que mais realizam cirurgia plástica estética e reparadora, segundo um ranking nacional, está São Paulo-capital com 126.815 mil cirurgias e, logo em seguida, o interior de São Paulo com 85.309 mil cirurgias plásticas realizadas, sendo 63% em hospitais, 24% em clínicas particulares e 13% utilizando tanto hospitais quanto clínicas. O Hospital estudado é uma referência no interior de São Paulo, indicado pela pesquisa como a segunda região em que mais se realizam cirurgias plásticas no país.

A pesquisa da SBCP aponta ainda quais as cirurgias estéticas mais realizadas no Brasil são: lipoaspiração- 54%, mamoplastia- 32%, blefaroplastia- 16%, otoplastia- 5% , prótese de silicone- 32% e abdominoplastia- 23%. Já no HC, a situação se distingue através das seguintes estatísticas: lipoaspiração- 9%, mamoplastia- 23%, blefaroplastia- 9%, otoplastia- 5%, prótese de silicone- 23% e abdominoplastia- 16%³³.

O marcador social de raça também é importante na análise deste trabalho juntamente com os de classe social, faixa etária e gênero. Porém, durante a pesquisa de campo, não presenciei nenhum caso em que a dimensão de raça fosse evidenciada como, por exemplo, as cirurgias para “correção”

³¹ A GALLUP consiste numa organização que realiza pesquisas de opinião pública, mais informações a respeito pelo site <http://brasil.gallup.com>.

³² De acordo com o site de acesso público da SBCP- <http://cirurgiaplastica.org.br/publico/novidades02.cfm>.

³³ De acordo com a análise dos dados qualitativos sobre os pacientes entrevistados.

de nariz negróide ou as cirurgias nas pálpebras de indivíduos orientais com a finalidade de ‘ocidentalização dos olhos’. Talvez, isto possa estar relacionado ao que aponta Edmonds (2002) no que diz respeito às diferenças de aceitação e concepção da cirurgia plástica estética no Brasil e nos Estados Unidos. Embora a cirurgia plástica estética tenha conquistado uma grande aceitação pública nos Estados Unidos, tal processo foi acompanhado de retrocessos, dúvidas morais e críticas políticas como, por exemplo, o uso de implantes de silicone nos seios, que provocou controvérsias prolongadas, levando, em 1922, à proibição temporária dos implantes pelo FDA (Food and Drug Administration) e ao maior acordo de indenizações de um produto na história do país. Já no Brasil, os implantes de silicone nunca foram considerados um assunto politicamente delicado da saúde feminina e não houve casos de proibições.

Outra diferença, conforme o autor, é que nos Estados Unidos a rinoplastia foi muitas vezes vinculada à ocultação da origem étnica ou racial. Desde 1880, quando um cirurgião plástico de Nova York desenvolveu um procedimento para "curar" o "nariz amassado" dos irlandeses, a cirurgia plástica vem sendo utilizada para "corrigir" traços étnicos ou raciais. Não só os judeus, como os italianos, armênios, gregos, e iranianos que temiam ser confundidos com os judeus recorreram à cirurgia plástica para corrigir o chamado "nariz judeu". Assim, nos Estados Unidos, a beleza tornou-se um problema político, pois aqueles que decidem fazer plástica podem ser vistos como desejosos de negar sua herança para adequar-se às normas raciais dominantes. No Brasil, Edmonds (2002) considera que a aparência é considerada um problema puramente estético e individual, desligado da opressão de grupo. Enfim, em nosso país, houve uma intensa aceitação e popularização da cirurgia plástica para fins estéticos, sem que houvesse alguma relação com questões políticas, morais ou raciais. Pelo contrário, no Brasil, teria ocorrido uma "explosão da indústria da beleza".

No caso desta pesquisa, o número de rinoplastias verificadas foi pequeno e não foi possível identificar uma correlação entre raça/cor e a demanda por um determinado tipo de cirurgia plástica.

Capítulo 3:

As Consultas

Entram na sala uma moça, estudante universitária de 18 anos e sua mãe acompanhadas pelo residente. Eles se sentam e o residente inicia a consulta perguntando sobre a queixa da paciente. Ela responde que é o tamanho de suas orelhas, que são grandes demais, e isso a incomoda:

R- Desde quando está querendo operar?

P- Desde menina.

R- Com 12, 13 anos a gente faz.

A orelha continua crescendo internamente, mas é muito pouco.

Uma criança de 10 anos, está com 95 % da orelha do tamanho formado.

Fala uma coisa pra mim, tem algum problema de saúde?

P- Não.

R- Já fez alguma cirurgia?

P- Não.

R- Alergia a algum remédio?

P- Acho que não.

O residente pede para que ela se sente de maneira ereta na cama e prenda seu cabelo. Ele começa a olhar e mexer em suas orelhas. Realiza a avaliação comentando que ela possui a orelha direita mais aberta, devido a um “defeitinho de formação” por sua orelha não ter a “hélice e a anti-

hélice”. Fala rapidamente sobre os procedimentos da cirurgia que fará um pequeno corte atrás da orelha, descolando por dentro e dará “uns pontinhos” para fazer a curva.

Terminada a avaliação, o residente pega a agenda para verificar uma data para a cirurgia, que ficaria para 17 de novembro. Diz que a cirurgia é feita no Centro Cirúrgico Ambulatorial, com anestesia local, e recomenda o uso de uma faixa compressora nas orelhas antes e após a cirurgia. No dia da cirurgia, ela deve chegar às 7:30 horas no Centro Cirúrgico Ambulatorial com acompanhante e, assim que terminar, poderá ir embora sem que haja necessidade de internamento no HC.

A mãe da paciente pergunta quanto tempo duraria a cirurgia e o residente responde que levará em média uma hora para cada orelha. Ele inicia o preenchimento dos papéis para a autorização da cirurgia. Neste momento, aproveito para perguntar à paciente sobre sua motivação em fazer a cirurgia e ela responde:

“Primeiro é por estética, para ficar bonito. Mas o que incomoda: - ah, olha a portinha do fusca aberta. Ah, não prende o cabelo na educação física, só a Laura com o cabelo solto. Meus irmãos: - ai, a macaquinha branca! Então vi que pessoas conseguiram fazer isso, daí eu tentei e deu certo.”

O residente termina de preencher os papéis e os entrega à paciente, pergunta se ela não tem dúvidas e finaliza a consulta pedindo para que se encaminhe à faixa azul do HC para a assistente social carimbar os papéis da autorização da cirurgia e lhe informar à respeito de transporte e acompanhante para o dia da cirurgia.

Este foi um relato de uma das inúmeras consultas que tive a possibilidade de acompanhar no período de campo. Durante o tempo em que estava presente, procurava acompanhar os residentes dos diferentes anos. Na maioria das vezes, no final das consultas os próprios residentes pediam para

que o paciente não fosse embora porque eu gostaria de conversar com ele e então, ou eu pedia permissão para continuar naquela sala mesmo, se possível, ou pedia para que fôssemos para uma outra sala que estivesse vazia.

Algumas vezes, na hora em que o residente saía para pegar algum papel ou chamar outro residente ou professor para discutir o caso, eu que já estava presente desde o início da consulta, apresentava-me como pesquisadora e perguntava se podíamos conversar após a consulta. Outras vezes, quando já havia terminado a entrevista com alguma paciente em outra sala, voltava para frente das salas de consulta e entrava naquela que estivesse com a porta aberta, com a paciente esperando o residente, que muitas vezes demorava a voltar. Eu, então, aproveitava para me apresentar e iniciar uma conversa. Perguntava o nome, o motivo da consulta e iniciava a conversa.

A grande maioria dos pacientes são receptivos, perguntam do que se trata a pesquisa, o que uma antropóloga faz e o que eu estava fazendo num hospital, e falam de suas vidas pessoais, de outras cirurgias que realizaram, e principalmente, da mudança que tiveram em suas vidas após a cirurgias, seu estado emocional, família, marido, namorado, profissão. Algumas mostram os locais em que foram realizadas as cirurgias, no caso de prótese de silicone, por exemplo, algumas pacientes entrevistadas perguntam se eu não queria pegar, sentir como é a prótese. Outras que não ficaram satisfeitas com a cirurgia reclamam, mostram as cicatrizes, falam dos problemas do serviço de saúde pública no Brasil, “falam mal” de certos residentes, contam das dores horríveis por que passaram e também, afirmam que se tivessem dinheiro para pagar uma clínica particular pela cirurgia realizada, não seria daquela maneira. Já os homens que entrevistei, tendem a ser mais reservados e dificilmente contam de suas vidas pessoais e quando pergunto dizem o mínimo. A maioria elogia muito o serviço, os residentes, considerando que foram bem atendidas- “tratadas como gente” -de acordo com uma de minhas informantes.

Nas consultas, a maioria dos pacientes vão desacompanhados. Nos casos em que levam algum acompanhante, geralmente, levam amigas que já realizaram alguma cirurgia naquele serviço e possuem contato com os residentes por este fato. Outras levam os esposos, neste caso, as mulheres com a faixa etária de 50 anos ou mais. Outras, especialmente, as que estão na faixa etária entre os 17 aos 25 anos levam as mães. No caso dos pacientes homens, cujas consultas acompanhei as consultas, apenas 2 deles estavam acompanhados- um senhor de 72 anos que estava com a esposa para fazer tratamento de tumores de pele, e o outro, um moço de 21 anos, obeso, acompanhado da mãe. E o restante, estava sem acompanhante.

Algumas das pacientes vão bem arrumadas, unhas pintadas, maquiadas, jeans, sandálias de salto, blusinhas, camisetas³⁴. Para mim, no início da pesquisa, esse fato servia para distinguir quais as pacientes de estética, pois quando via uma mulher vestida assim, ia logo conversar com ela. Foi, no entanto, necessário relativizar esta ocorrência, porque nem todas as mulheres que estavam presentes no HC com a finalidade de fazer uma cirurgia considerada estética vestia-se dessa maneira, pois, há também senhoras em idade avançada, moças com jeans, camiseta e tênis, mulheres de saia longa e cabelos mais compridos por serem evangélicas, mulheres mais gordinhas com roupas largas, estudantes da Unicamp e funcionárias do HC com roupas de serviço.

As consultas seguem um certo padrão. São realizadas pelos residentes em pequenas salas. Os pacientes chegam até o guichê do ambulatório, cadastram sua consulta junto à funcionária e esperam para serem chamados pelo nome. Conforme já explicitado, são atendidos por dia de Ambulatório, cerca 60 a 80 pacientes entre avaliações, retornos e curativos pós-cirúrgicos. As consultas costumam

³⁴ Logo quando iniciei o pré-campo no HC, na época os dois residentes do quarto ano eram duas mulheres e chamou minha atenção a beleza de cada uma delas e a elegância com que vinham vestidas para o ambulatório. Muito bem vestidas, de salto alto fino, maquiadas, cabelo arrumado, unhas pintadas. Os outros residentes (todos homens) comentavam em tom de brincadeira com os pacientes sobre a beleza das mesmas, dizendo que elas eram os modelos para suas cirurgias. E também, a agenda em que são marcadas as cirurgias tendo na capa uma foto de revista, de uma mulher loira, de biquíni, magra, jovem e sensual, é exemplo perfeito dos ideais dos padrões corporais e de beleza atuais que associam saúde, juventude, magreza e beleza.

durar entre 5 a 10 minutos, dependendo do caso. Há também consultas mais longas que podem chegar até 20 ou 30 minutos quando os casos são considerados mais complexos e que exigem mais tempo para a discussão de diagnóstico.

O atendimento é realizado de acordo com o protocolo de procedimentos ambulatoriais, que difere entre as cirurgias com anestesia local e as com anestesia geral e inclui a consulta, as instruções gerais pré-operatórias e as instruções específicas pós-operatórias. Em geral, as consultas seguem um interrogatório padrão. O residente inicia perguntando sobre o incômodo do paciente e este expõe a queixa. Em seguida, o residente pede para examiná-lo e, se necessário, despir-se. A avaliação final, que diagnostica ou não a cirurgia, na maioria das vezes, é feita conjuntamente com outro residente mais graduado ou com o professor responsável que se encontra naquele dia no ambulatório. Após o primeiro exame, o residente sai da sala pedindo ao paciente que espere alguns minutos que chamará outro residente ou o professor para discutirem o caso. Os médicos retornam e realizam outra avaliação conjunta indicando ou não a cirurgia. A primeira consulta do paciente é muito importante, pois o residente realiza o que eles denominam de “história médica” do paciente. E no caso do ambulatório, é na primeira consulta que eles realizam a triagem dos pacientes, ou seja, quem fará ou não a tão desejada cirurgia plástica naquele serviço.

Em termos gerais, o interrogatório que compõe a primeira consulta inclui as seguintes perguntas que são utilizadas na avaliação médica dos pacientes: Tem ou teve algum problema ou doença, fez ou faz algum tratamento médico? Exemplos: pressão alta, problemas do coração, diabetes ou problemas do pulmão. Está tomando alguma medicação ou fazendo algum tratamento médico no momento? Já foi internado por algum problema? Qual? Fuma? Faz esporte? Usa alguma medicação? Já fez alguma cirurgia? Qual? Que tipo de anestesia? Teve algum problema? Qual? Já fez alguma cirurgia com anestesia local? Quando vai ao dentista faz tratamento com anestesia? Teve

algum problema? Já fez alguma cirurgia no mesmo local ou do mesmo problema que vai ser operado agora? Tem alergia? Exemplos: Penicilina, sulfa, álcool iodado, esparadrapo, gesso, etc.³⁵.

No caso de haver indicação para cirurgia, o residente manda o paciente “abrir pasta” no HC, que consiste na abertura de prontuário no hospital (um cartão, que eles chamam de HC, que reserva o direito de utilização dos serviços médicos). É solicitado aos pacientes até 40 anos, um hemograma e um coagulograma, que são exames de sangue, e marca-se consulta com o anestesista. Após os 40 anos, pede-se também, a avaliação clínica especializada que consiste num eletrocardiograma e um raio-X de tórax. Os exames de sangue são realizados 15 dias antes da data da cirurgia e o resultado vai direto ao prontuário médico. No caso das cirurgias realizadas no Centro-Cirúrgico há a necessidade do paciente ficar internado, e o residente marca uma nova consulta de retorno ao ambulatório no dia anterior à cirurgia para fazer exames com o cardiologista e tirar as fotos pré-operatórias. Já no caso das cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico Ambulatorial, o residente pede ao paciente para que este passe com a assistente social do HC para carimbar os papéis de autorização da cirurgia e é ela quem explica os locais do Centro-Cirúrgico e a necessidade de um acompanhante e transporte para a cirurgia.

Para dar conta da diversidade dos atendimentos, descrevo algumas consultas dos 73 casos que foram acompanhados durante a observação deste serviço médico.

Isabel³⁶, 21 anos, estudante de enfermagem da Unicamp, de Campinas chega desacompanhada para sua primeira consulta a fim de realizar uma lipoaspiração na barriga. É atendida pelo residente que pergunta o nome, a idade, o local de residência e vai anotando na ficha da paciente. Pede para

³⁵ Interrogatório retirado do Manual de Cirurgia Plástica elaborado pela cirurgiã plástica e professora da disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP-EPM, Lydia Masako Ferreira.

³⁶ Todos os nomes utilizados nesta dissertação são fictícios a fim de preservar a identidade pessoal dos entrevistados.

que ela fique em pé e erga sua blusa deixando a barriga á mostra. Ele faz uma primeira avaliação e pede para que ela espere alguns minutos que irá chamar outro residente para ver seu caso. Eles retornam, e o residente mais graduado lhe pergunta sobre seu incômodo. *“Parece que estou grávida”* ela responde, enfaticamente, referindo-se ao tamanho de sua barriga que, segundo ela, estava muito grande. A minha impressão é que ela é magra, com pouca gordura localizada na barriga. O residente não marca a cirurgia, mas anota o telefone para contato e diz caso haja vagas, ela será chamada. Eles saem da sala.

Roberta, estudante universitária, 24 anos de Campinas, em sua primeira consulta no intuito de realizar uma cirurgia para colocação de prótese de silicone. O residente inicia a consulta anotando na ficha da paciente seus dados pessoais como nome, idade, a cidade em que mora e prossegue:

R- O que te incomoda?

P- A assimetria dos meus seios. Quero igualar os dois. Nem é o tamanho, é a diferença entre eles mesmo.

R- Qual você gosta mais das duas?

P- O maior.

O residente pede para que ela se sente na cama e retire a blusa e o sutiã. Faz a avaliação e atesta que ela tem 100 ml de diferença entre as duas mamas. Ele explica que no início daquele ano havia tido uma alteração no procedimento para a efetivação de cirurgias de prótese de silicone no HC, eles haviam modificado a “política das cirurgias”³⁷, pois, como a cirurgia era considerada

³⁷ Logo que terminou esta consulta, perguntei ao residente sobre a alteração na política de realização das cirurgias de prótese de silicone e ele me deu a mesma resposta que tinha dado à paciente, devido a divisão de verbas do SUS, que não estaria mais repassando ao hospital o custo de tais cirurgias. Quando fiz a mesma pergunta à outra residente, ela respondeu que foi devido a um escândalo que ocorreu no HC com uma prótese de silicone que veio contaminada e acabou acarretando problemas de saúde à paciente. Fui pesquisar a respeito desse “escândalo” e encontrei no site da Assessoria de Comunicação e Imprensa da Unicamp- (www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/abril2004/clipping040428_correiopop.html) uma notícia do jornal Correio Popular de Campinas do dia 28/04/2004 a respeito do ocorrido; *Surto leva à criação de cadastro de implante*. Esta notícia fala da criação por parte da Comissão de Estudos do Silicone

estética, o SUS parou de repassar este dinheiro para o hospital, e a cirurgia só poderia ser realizada por meio da doação da prótese de silicone de um órgão público de Campinas à paciente. Ele começa a escrever uma carta de indicação para cirurgia e também uma receita prescrevendo o tamanho das próteses para a paciente, dizendo que ela trouxesse duas ou três próteses texturizadas, de tamanhos diferentes, uma perfil alto e outra perfil baixo. Sendo a da mama direita entre 110 ml e 130 ml e a da esquerda entre 210 ml e 240 ml. Finaliza a consulta dizendo caso consiga as próteses que retornasse ao ambulatório e o procurasse para agendarem a data para cirurgia.

Fernanda, dona-de-casa, 57 anos de São Paulo, entra na sala acompanhada de uma amiga que já havia feito plástica no HC. É sua consulta de retorno para tirar as fotos pré-operatórias e ser internada para realizar a cirurgia de abdominoplastia no dia seguinte. Ela é atendida pelo residente que fará sua cirurgia. Ele inicia a consulta confirmando que ela irá operar no dia seguinte e pede para retirar suas roupas para tirar as fotos. Constrangida, ela fica em frente a uma tela azul de lona. Primeiro, o residente pede para que ela fique de frente e com os braços nas costas. Depois, de frente, meio de lado, de lado. Repete o mesmo para outro lado e mais uma foto de frente. Agradece e pede para que se vista. Continua a consulta, preenchendo o laudo para a cirurgia e pergunta se ela tem problemas de saúde, se já fez outras cirurgias e quais, se têm pressão alta ou diabetes, ou se toma alguma medicação, além de seu peso e altura.

Depois disso, explica rapidamente à paciente como será a cirurgia. Que ficará com uma cicatriz de ponta a ponta na parte inferior da barriga. Na primeira semana só andar de forma arqueada, sem esticar o abdômen, e gradualmente vai melhorando. Diz também para ela evitar subir escadas durante no mínimo um mês. A paciente pergunta sobre seus “pneuzinhos laterais”, se irão

da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) de um Cadastro Nacional de Implante de Silicone, onde deverá constar o tipo de prótese, número de identificação e nome do fabricante. O objetivo é saber quantas e que tipos de cirurgias são realizadas, quem recebe os implantes e de que tipo. Esta medida foi acionada devido à investigação sobre o surto de infecção por bactéria que atingiu pelo menos 10 pacientes de Campinas que colocaram prótese de silicone, entre elas, uma paciente atendida no HC da UNICAMP.

sumir, e o residente finaliza a consulta perguntando se ela tem mais alguma dúvida, se que saber mais alguma coisa. Ela responde que não.

No final da consulta, antes de subir ao terceiro andar para ser internada, disse-me como justificativa da cirurgia que teve duas cesárias, que deixaram sua barriga muito flácida. Segundo ela, conta também que nunca havia tido tempo para se cuidar, porque sempre trabalhou e cuidou dos filhos, do marido e da família. Mas que agora estava preocupada em se cuidar, em sentir-se bem consigo mesma. Afirma então, *“acho que a mulher tem que ter vaidade!*. Disse que faz academia toda semana, mas *“cirurgia é o que resolve! Nada adianta, já fiz de tudo!”*.

As justificativas para as cirurgias baseadas na necessidade de ‘se cuidar’, ‘sentir-se bem consigo mesma’ são recorrentes, fato que caracteriza a cirurgia plástica estética enquanto uma prática de embelezamento voltada para o “eu”, “ao prazer de cuidar de si mesma”. Pois, conforme afirma Fernanda, o momento de realizar sua cirurgia foi quando ela começou a se preocupar ‘consigo mesma’, sua individualidade e independência, por ter cuidado por muitos anos de seus filhos, marido e família. Sant’Anna (1995) ressalta que o “embelezamento feminino tem uma história” e varia segundo os interesses econômicos, os padrões morais e os argumentos científicos de cada época. Sendo que a partir dos anos 60, passa a ser constituído de novas exigências e preocupações formadas a partir de alguns fatores como os movimentos de liberação, a contracultura, o desenvolvimento da publicidade, da cosmetologia e da indústria da beleza em diversos países. Num contexto de fortalecimento do discurso psicológico dirigido à mulher, os conselhos e formas de embelezamento pautam-se no “auto-conhecimento”, onde o “amor-próprio” ganha uma positividade inédita. E embelezar-se passa a significar “o prazer de se curtir”. Segundo a autora, *“se, atualmente, o embelezamento representa mais do que acabar com a feiúra, se ele se integra a esta promessa aquela de fazer a mulher se encontrar com ela mesma, resistir à compra de cosméticos,*

*ou, ainda, às aulas de ginástica, aos regimes, às cirurgias, etc, significa, sobretudo, resistir de proporcionar para si mesma um prazer suplementar”.*³⁸

Fernanda ainda aponta a cirurgia plástica como a forma realmente eficaz de resolver os chamados problemas de aparência sejam eles “barriga flácida”, “rugas” ou “orelhas grandes”. Gonçalves (2001) analisa a cirurgia plástica enquanto uma prática médica que se encaixa nos valores básicos das sociedades de consumo contemporâneas pelo fato de obter o máximo de resultado com o mínimo de esforço, priorizar menos o processo e mais os resultados dele obtidos e consumir constantemente mudanças. Além da valorização do corpo jovem, saudável, magro e belo, sem muito esforço, sem que fique horas numa academia de ginástica para perder a ‘barriga saliente’ ou aumentar o volume das nádegas.

O caso de Marisa, aposentada, 70 anos de Campinas também caracteriza o fato da cirurgia plástica ser apontada enquanto a fórmula mais eficaz dentre outras técnicas e tratamentos de beleza. Ela realizou uma ritidoplastia no HC na década de 80 e agora estava retornando com a finalidade de repetir a operação. O residente inicia a consulta anotando os dados pessoais da paciente em uma ficha, pede para examiná-la e diz que não teria como agendar sua cirurgia devido a prioridade dada às cirurgias reparadoras. Ela fica muito chateada e pede um retorno. O residente faz um encaminhamento para que ela retorne no período de 1 ano. A paciente fica nervosa perante a negação da realização de sua cirurgia, e diz para mim mostrando sua indignação:

“Creme nunca tirou ruga de ninguém! O negócio é o bisturi (...) me sinto incomodada! Eu sou decidida, o que eu não gosto, não gosto, sou assim! (...) o pior é que a gente não pode pagar, daí tem que ficar aqui, esperando, esperando. Isso vai deixando a gente triste! Queria fazer de novo! Virou um caos isso daqui, sei que outras pessoas merecem, mas queria uma chance

³⁸ Sant’Anna, 1995: 137.

para mim de novo! Creme eu sempre usei desde mocinha...não gosto de enrolar e não gosto que me enrolem!”

Assim que a paciente saiu da sala, comentei com o residente como ela havia ficado chateada e nervosa pelo fato de não ter conseguido a indicação para sua cirurgia. Ele respondeu que os casos como o dela eram complicados, pois a ritidoplastia era uma cirurgia grande, complexa, que faziam o descolamento da pele do rosto da paciente. E que também, tinham muitos outros casos mais urgentes do que tratar das rugas das pacientes, como os casos de lesões de mandíbula, queimaduras, doenças congênitas, ou seja, os casos considerados reparadores que deveriam ser privilegiados num serviço público de saúde. Muitas vezes, a prioridade dada às cirurgias reparadoras é usada pelos médicos e residentes como motivo da contra-indicação de alguma cirurgia considerada estética.

Este caso também reflete uma dificuldade bastante apontada pelos residentes da relação médico-paciente estabelecida no ambulatório de cirurgia plástica do HC, por ser um serviço público de saúde: a dificuldade do médico em convencer o paciente que sua cirurgia não foi indicada, o que não aconteceria num serviço particular, no qual o paciente está pagando por sua cirurgia que seria realizada sem grandes problemas. Segundo um dos residentes:

“Infelizmente é difícil convencer uma pessoa com a mama caída a ceder lugar para uma pessoa que tem fratura de face, porque para ela. Existe uma máxima em medicina, o paciente é egoísta infelizmente. Todo ambulatório, alguém vai ser o último, é matemático. Mas eles nunca entendem isso. Do mesmo jeito que existem prioridades, eles não entendem que o caso dele não seja uma prioridade. Porque para ele, aquilo é uma prioridade. Mas para o restante do serviço, a mama caída não pode ser uma prioridade. Porque a fratura de nariz, a fratura

de face e o tumor, a cirurgia crânio-facial você tem tempo para poder fazer aquilo ali, porque começa a virar uma seqüela de fratura de face, começa o tumor a se espalhar pelo corpo (...) a gente consegue convencer a prioridade, quem é o priorizado, quem não é o priorizado, você não consegue convencer que ele não foi priorizado. Daí, a culpa é do médico e por isso, eles vão na ouvidoria. Ah, mais eu estou esperando há 2 anos. Mas meu bem, a sua cirurgia na nossa opinião é estética (...) eu sei que isso causa extremo desconforto, mas eu não posso infelizmente, deixar de operar uma fratura de face para te operar. Que é prioridade, eu tenho que ser sincero com você: procure um serviço particular, porque lá vamos dar conta de te priorizar. Aqui a gente não está visando o lucro, a gente está visando a assistência à população”.

O que fica claro é que nas consultas, nos atendimentos aos pacientes no ambulatório, há um jogo sutil entre a retórica médica e a retórica do paciente pautados na “ideologia da reparação” que caracteriza as cirurgias plásticas, isto é, quando elas são realizadas com a finalidade de reparar a saúde física ou psicológica do paciente. São discursos ora feitos pelos médicos para convencer o paciente de que sua cirurgia não pode ser realizada, ora são feitos pelos pacientes para convencer o médico a realizar sua cirurgia. Tais discursos são vinculados de uma maneira muito específica num serviço médico que é público, onde tanto o paciente quanto o médico utilizam-se de determinadas estratégias para tornar legítima ou não a realização da cirurgia plástica estética neste contexto.

Outro caso que evidencia esta recorrência é de Pilar, 31 anos, gerente de choperia em Campinas. Ela veio ao HC pela primeira vez acompanhando sua cunhada que realizou uma cirurgia de colocação de prótese de silicone no final do ano de 2005, e aproveitou a oportunidade para pleitear uma mamoplastia redutora. De volta, em sua primeira consulta, é atendida por uma das

residentes que anotou seus dados pessoais em uma ficha e realizou um exame inicial de suas mamas e pergunta o que a incomoda. Ela responde:

“Estou ficando curvada mesmo! Porque pesa e dói muito! Tem uma série de esportes que eu não posso praticar. Então, assim, atrapalha o dia-a-dia.”

A paciente continua a se queixar de fortes dores nas costas, comentando que precisa tomar muitos analgésicos todos os dias e que isso estava prejudicando sua saúde. A residente pede para ela colocar novamente a blusa e o sutiã, e diz que retorna em alguns minutos com outro residente para avaliarem o caso. Neste meio tempo, eu aproveito para iniciar uma conversa com a paciente lhe perguntando sobre sua motivação para a realização da cirurgia. Ela diz, novamente, sobre as fortes dores nas costas, mas acrescenta dando risada, um pouco encabulada: *“é esteticamente, fica melhor dentro da blusa! (risos) Fica bemmm melhor!!!”*. Mas pede para que eu não comente isso, temendo que sua cirurgia pudesse ser negada. Ao longo de nossa conversa, conta-me que está recém-separada e está sofrendo muito. Vai contando detalhes de sua separação, de como está se sentindo, de sua vida pessoal e a relação com a cirurgia plástica:

“Na minha parte nem foi tanto a estética no começo. É lógico que a estética vai vim por consequência, porque agora (...) eu ainda tenho esperanças dele me ver bonita! Não adianta, eu gosto muito dele! E milagres acontecem!”

O que fica evidente através deste relato é que no contexto das consultas médicas, os discursos dos pacientes enfatizam as dores, os incômodos, os complexos psicológicos, as restrições que

estariam sofrendo e por isso, a necessidade das cirurgias.³⁹ Pilar sabendo que se encontra num serviço público onde, a princípio, as cirurgias estéticas não são privilegiadas, utiliza um discurso pautado no que se pode chamar de a “ideologia médica da reparação”, ou seja, são suas dores fortes na coluna e a necessidade de tomar muitos analgésicos e não o lado estético de sua cirurgia que é dito para a residente como a motivação de sua cirurgia. Sendo assim, a paciente tem consciência da retórica médica e com o intuito de conseguir a cirurgia constrói seu discurso baseado numa estratégia de reforçar algumas coisas como as “dores”, as “restrições” e omitir outras, neste exemplo, a vontade de ficar mais bonita e reconquistar seu marido.

* * *

A seguir, relato algumas consultas de pessoas que sofreram fratura de face, queimaduras, tumor de pele, ou seja, são casos considerados reparadores pelos cirurgiões plásticos e, portanto, facilmente avaliados como positivos para a realização neste serviço médico.

Mariana, 77 anos, aposentada de Monte Alegre do Sul, chegou ao serviço de cirurgia plástica do HC devido a um tombo que levou no estacionamento do HC quando veio acompanhar seu marido em uma consulta no hospital. Ela fraturou o nariz e foi levada ao pronto-socorro onde a encaminharam ao ambulatório de plástica. Estava de volta ao ambulatório em nova consulta, um ano após o ocorrido, pois em 1976 realizou uma rinoplastia em Santos com um cirurgião plástico particular. Ela me disse que sua cirurgia não deu certo, seu nariz ficou torto e teve de voltar á mesa de cirurgia em menos de três meses, porém o procedimento ideal nestes casos é esperar no mínimo seis meses para a próxima cirurgia, como o cirurgião não esperou, deu rejeição. Logo após sua

³⁹ As estratégias de convencimento no âmbito médico é apontada por Garfinkel (1967) ao discorrer sobre o caso Agnes, que por meio de uma cuidadosa construção de ‘coerência identitária’ - examinada pelo autor como uma estratégia de *passing*, convence o médico a realizar sua cirurgia, uma das primeiras operações transsexuais dos EUA.

segunda cirurgia, o cirurgião viajou para um congresso e veio a falecer. Segundo ela, sofreu muito com “aquele nariz”, chegando a fazer 3 ou 4 cirurgias com anestesia local e mais 4 com anestesia geral. Contou-me como foi difícil para um cirurgião plástico aceitar seu caso e por pedido de um outro médico amigo da família conseguiu que o DR. X concordasse em ajudá-la.

Disse-me do perigo do câncer, pois toda a cartilagem de seu nariz havia sido retirada. E que chegou até a ficar sem nariz, tendo que, na época, contratar uma cozinheira porque não podia ir até a cozinha ou sentir cheiros mais fortes. Ficou meses sem sair de casa, em suas palavras; “*já sofri com esse nariz viu!*”. No momento em que estávamos conversando, o professor que acompanhava o Ambulatório naquele dia (um renomado cirurgião plástico especialista em nariz), entra na sala com mais três residentes para dar continuidade à consulta de Mariana. Em seguida, ele senta-se em frente à paciente e começa a explicar o caso dela para os residentes, relatando que ela já havia operado oito vezes o nariz.

Dr: O que você se queixa?

P: Quando eu respiro o nariz fecha.

O professor começou a explicar para os residentes, em termos médicos, o que poderia ser feito. Colocar enxerto de cartilagem, pois só de ouvir sua voz, já dava para perceber como a voz dela era anasalada. E que no caso dela, havia dois problemas: o estético e outro funcional de não haver divisão entre a ponta nasal e a asa nasal. O professor continuou mexendo, apalpando o nariz da paciente e mostrando aos residentes. Um deles, que era da especialidade de plástica ficou olhando a ficha da paciente e quando ouvia algo que o interessava, ele olhava e prestava atenção na explicação do caso. Quando o professor disse que o septo da paciente estava bom, daí todos olharam. Segundo ele, o ar em vez de entrar “enfileirado”, entrava como um “turbilhão” pela narina da paciente, e que isso prejudica o pulmão, causando refluxo. Por isso, deve-se criar “neste sanduíche pele/mucosa”

um suporte para o nariz através de uma cartilagem fina e com arqueamento- a detrás da orelha, por exemplo, poderia ser utilizada para dar sustentação para o nariz. Neste instante a paciente se queixa:

P: Estou cansada de sofrer, doutor!

Dr: Primeiro vamos corrigir a parte funcional do nariz, retirando a cartilagem detrás da orelha. Segundo, melhorar a estética do nariz, o enxerto está mal feito e precisa ser refeito, modelá-lo melhor.

Quando o professor disse que a cirurgia seria feita com anestesia local, a paciente parecia desesperada; *“pelo amor de Deus, doutor! Eu pulo da mesa. Eu não agüento!”*. Ele respondeu que de acordo com o que estava escrito em sua pasta, não era indicada uma anestesia geral, por seu pulmão não ser um ‘pulmão limpo’, e que isso era indicação do anestesista, que eles não tinham nada a ver com isso. E iria depender se no dia da cirurgia o pulmão estivesse limpo, poderia ser! Mas se estivesse com “gatinhos”, a anestesia seria local. O professor disse ao residente da especialidade que nessa cirurgia deveria estar presente um residente do quinto ano da plástica. E este pediu para a paciente retornar numa segunda-feira com uma residente do quinto ano e foi finalizando a consulta. A paciente dirigiu-se ao professor e perguntou se ela iria ficar bonita. Ele sorriu e saiu da sala acompanhado pelos residentes.

Pelo fato do Serviço de Cirurgia Plástica do HC estar vinculado à residência em plástica da Unicamp, os casos atendidos são utilizados como “aprendizagem” para os residentes. Os professores que acompanham o ambulatório, muitas vezes, em casos que acham interessante, os utilizam para explicar aos residentes os procedimentos corretos e como agir em casos específicos. Os casos do ambulatório também são utilizados pelos residentes para serem apresentados em reuniões que eles realizam a cada quinze dias, conjuntamente com cirurgiões professores e convidados de outras instituições, e também para serem apresentados em congressos da especialidade.

Um rapaz de 35 anos, metalúrgico de Campinas entra na sala para sua consulta de retorno a fim de realizar uma quarta cirurgia de enxerto de pele, devido às queimaduras que sofreu durante um acidente de trabalho, pois foi atingido por uma das caldeiras da indústria que trabalha, estando debaixo dela. Ele foi gravemente atingido- seus braços, pernas e rosto. Durante a consulta com o residente, sua maior preocupação era melhorar as queimaduras da face. Sua cirurgia foi marcada para o próximo mês.

O outro caso é de um rapaz de 32 anos, autônomo de Campinas. Ele teve um acidente de carro, sofrendo queimaduras no corpo inteiro e inclusive na face, por não ter conseguido sair do carro antes da explosão. Durante a consulta, o residente anotou seus dados numa ficha, fez uma avaliação prévia dos locais do corpo onde havia as queimaduras e saiu da sala para solicitar a avaliação do professor. Quando eles retornaram, o professor conversou com o paciente, explicando que estavam tentando fazer o melhor, mas em casos como o dele, é o indivíduo que teria que se conscientizar e procurar perceber que não há muito o que fazer, senão ele passaria a vida inteira dele num hospital, buscando voltar a ser o que era antes das queimaduras, e isso não seria possível. *“O que dá para fazer, é melhorar!”*, disse o professor saindo da sala. E o residente prosseguiu finalizando a consulta, estabelecendo nova data para a cirurgia e preenchendo os papéis necessários.

A próxima consulta é de um homem de 79 anos, aposentado de Campinas. Estava acompanhado de sua esposa em consulta de retorno após realizar uma cirurgia para retirada de tumores de pele em outubro de 2005, e estava retornando para marcar outra devido à manifestação da doença nas costas. O residente iniciou a consulta perguntando a idade, local da cirurgia e se ele havia ficado satisfeito e qual era sua queixa, o seu problema. O senhor explicou o aparecimento de novas feridas nas costas e o residente pediu para que ele retirasse a camisa. Assim que terminou o exame, foi chamar outro residente mais graduado para atestar a avaliação de uma nova cirurgia no

local. Vieram outros dois residentes para ver o caso, examinando-o rapidamente e indicando uma nova cirurgia para retirada de câncer de pele. Eles saíram da sala e o residente continuou a consulta, preenchendo as fichas e explicando ao paciente para que chegasse às 7:30 horas da manhã no Centro Cirúrgico Ambulatorial, fazer jejum quatro horas antes da cirurgia, trazer acompanhante e providenciar transporte de ida e volta no mesmo dia da cirurgia. Finalizou a consulta pedindo para que passassem na faixa azul com a assistente social.

* * *

Em seguida, descrevo dois casos em que a realização das cirurgias foi recusada pelos residentes. O primeiro caso é de Dirce, dona-de-casa, 40 anos de Campinas, em sua primeira consulta na tentativa de realizar uma mamoplastia redutora. O residente anota os dados pessoais da paciente em uma ficha e inicia a consulta:

R- O que te incomoda?

P- É a mama mesmo, está atacando minhas costas, é muita dor!

R- A senhora está pesando quanto?

P- 80 kg.

R- O problema, às vezes, não é do peito!. Responde referindo-se ao peso da paciente e pede para que ela retire a blusa e o sutiã para examiná-la.

R- A senhora está muito acima do peso, para a gente operar a senhora vai ter que emagrecer!

Você deveria pesar uns 60 kg e não 80 kg.

Vamos fazer o seguinte: não vamos operar porque está acima do peso, vou pedir para a senhora emagrecer e para que volte daqui a um ano.

Se a senhora quiser operar vai ter que emagrecer! Vai melhorar a saúde, pressão alta tudo!

Força para perder peso, hein D. Dirce!

O outro caso é de Caio, 21 anos, estudante de Sumaré. Veio para a consulta acompanhado de sua mãe com o intuito de fazer uma abdominoplastia:

R- O que está incomodando?

P- É muita pele! Referindo-se as dobras de pele flácida e caída de sua barriga.

R- Você está perdendo peso, não é?!

P- Sim

O residente pede para que ele venha perto da cama, tire a camiseta e abaixe as calças para poder examiná-lo. O médico faz uma brincadeira perguntando ao paciente se ele estava de cuecas por causa da minha presença na sala. Ele puxa uma cadeira, senta-se na frente do menino e começa a examiná-lo. O paciente tem muita pele caída na barriga, mamas grandes, flácidas e caídas.

R- Você tem 117 kg?

Gostaria que você perdesse mais peso! Porque senão vai parecer que você não operou, vai sobrar muita pele ainda.

Seria legal você chegar até 90 kg e estabilizar e daí eu faço de uma vez só, entendeu?

Senão, você vai perder tempo e não vai resolver!

Vamos esperar estabilizar 90/85 kg. Uns 80 kg, seria show!

Nesse momento, a mãe do paciente diz que ele estava conseguindo perder peso só por causa do remédio para emagrecer, que ele estava dependente do remédio.

R- Você tem que fechar a boca e fazer exercícios!

Novamente a mãe do paciente interfere e diz que ele estava fazendo exercícios físicos duas vezes ao dia, 20 minutos de manhã e 20 minutos à tarde.

R- É muito pouco!

P- Não tenho tempo!

R- Você tem 21 anos e diz que não tem tempo?! Oras...

A mãe do menino concorda com o residente que realmente era pouco tempo de prática de exercícios físicos e volta a falar sobre o remédio para emagrecer, se ele continuava tomando.

R- Time que está ganhando a gente não mexe!

Volta fininho que a gente faz ,está bom? Finalizando a consulta.

A responsabilização do indivíduo pela sua aparência e bem-estar é vivida de forma muito peculiar quando está em jogo a cirurgia plástica; nos casos relatados acima, os pacientes tiveram a efetivação de suas cirurgias negadas e sua futura ou possível realização dependerá de seu próprio esforço e desempenho. A forma como os residentes responsabilizam os próprios pacientes na efetivação de suas tão desejadas cirurgias plásticas remete ao que Debert (1999) entende como parte dos processos de reprivatização, isto é, quando a saúde é transformada numa responsabilidade individual.⁴⁰ Os discursos dos geriatras demonstram como eles radicalizaram a idéia de construção social, acreditando que não há limites para o sucesso do investimento cultural/tecnológico sobre o corpo.

Dessa maneira, cada indivíduo é convencido a assumir a responsabilidade pela sua própria aparência, *“a publicidade, os manuais de auto-ajuda e as receitas dos especialistas em saúde estão empenhados em mostrar que as imperfeições do corpo não são naturais nem imutáveis, e que, com esforço e trabalho corporal disciplinado, pode-se conquistar a aparência desejada: as rugas ou a*

⁴⁰ Debert (2004) discute a inclusão da velhice no âmbito dos processos de reprivatização e adverte sobre a transferência de preocupações sociais para a esfera de responsabilidade do indivíduo, nas quais situações de abandono e dependência passam “a ser vistas como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilo de vida inadequados” (Ibidem, pg 15)

flacidez se transformam em indícios de lassitude moral e devem ser tratadas com a ajuda dos cosméticos, da ginástica, das vitaminas, da indústria do lazer e da beleza”⁴¹.

O que estes casos também demonstram é que os pacientes para terem suas cirurgias plásticas realizadas neste serviço, devem mostrar o quanto estão se esforçando para ficarem mais bonitos e, principalmente, que estão dispostos a batalhar pela conquista da aparência desejada. Há uma moral que envolve e cobra dos comportamentos individuais a luta, a batalha e o conseqüente merecimento por ter batalhado pela aparência almejada. A obesidade não é propriamente uma doença, mas é tomada como um sinal de negligência em relação ao próprio corpo e por isso, nestes casos, não é realizada a cirurgia ou sua futura realização somente ocorrerá caso o indivíduo lute contra ela para merecer a cirurgia reivindicada.

* * *

Rose, 38 anos, é funcionária do HC e mora em Campinas. Em 2003, realizou no HC uma lipoaspiração na barriga. Retornou com a finalidade de fazer uma abdominoplastia. Como justificativa da cirurgia fala de sua gravidez que, devido a isso, sua barriga ficou com excesso de pele e flácida, o mesmo aconteceu com seus seios, pois teve que amamentar dois filhos. Fala também do “complexo” que possui de sua barriga, pois acha que tem muita pele sobrando, segundo ela “queria ter a barriguinha direitinho”. Não ficou satisfeita com o resultado da lipo, mas acabou engravidando depois da cirurgia de um dos filhos. Diz que agora seria o momento certo pra fazer a cirurgia, pois vai operar para não engravidar mais. Procurou o HC, pois não teria condições financeiras de fazer em outro local, além do fato de trabalhar no hospital. Contou-me que da

⁴¹ Debert, 2000: 305.

primeira vez que operou, iria fazer abdominoplastia, mas na hora da cirurgia, acabaram fazendo uma lipoaspiração em vez de abdominoplastia. Fala também de sua vontade de usar biquíni.

O residente inicia a consulta perguntando sobre sua queixa, examina a paciente e sai da sala para chamar outro residente para discutirem o caso. Nesse momento, ficamos nós duas na sala e ela comenta comigo: *“eles querem que a gente emagreça mas é difícil! Chega uma idade que não dá para emagrecer. Daí a gente fica na fila de espera, esperando pela cirurgia!”*

Os residentes retornam e o mais graduado toma a frente da consulta e pede para examiná-la novamente:

R- Precisa perder peso!!

P-Meu peso é esse, se eu emagrecer...meu peso é esse! Só se eu tomar remédio!

R- Não é para tomar remédio! O objetivo não é só emagrecer para a cirurgia, mas sim, emagrecer pra você manter para o resto da vida!

Qual seu peso e altura?

P- 67 kg e tenho 1,70 m

R- Esse é o problema! Impossível fazer sua cirurgia! Seu umbigo é alto, você tem o azar de ser assim! E essa gordura localizada dificulta de chegar na pele lá embaixo. Você só vai ganhar uma cicatriz.

E você está operando para ficar bonita! Com a barriga bonita, não é? Então, tecnicamente é impossível fazer sua cirurgia.

P- E a mama, dá para fazer?

R- A sua mama dá para fazer! Quer fazer a mama então?

Só que ganha cicatriz. Plástica não faz milagre, está bom!

E ela vai diminuir de tamanho! Ela vai levantar e diminuir. Entendeu da cicatriz, não é?

P- Para quando dá para fazer?

R- Você é funcionária do hospital? Funcionário não pode mais internar para operar. A gente teve um problema com funcionários, operamos muita gente, e muitos ficaram suspensos por causa da internação e o hospital ficou desfalcado de funcionário.

Vou ter que conversar com os professores. Volta daqui 15 dias e me procura.

Este caso ilustra um fato que os residentes relatam ser recorrente no ambulatório no que diz respeito aos pacientes de estética que, muitas vezes, não é o local do corpo que realmente importa, mas sim, a realização da cirurgia. Esta recorrência é bastante característica por tratar-se de um serviço público no qual a efetivação das cirurgias plásticas é de forma gratuita, e na maioria das vezes, a cirurgia tão desejada é vista como uma espécie de prêmio. De acordo com um dos residentes:

“Então elas chegam e é uma coisa muito característica. Elas chegam, eu quero operar abdômen doutor! Olha, abdômen esse ano a gente não está mais operando! Ah, então tudo bem, eu quero fazer a mama. A mama eu parei de fazer esse ano também. E o meu nariz? Você não quer fazer meu nariz? Elas querem sair daqui com 1 cirurgia, independente de qual seja”.

Porém, não é qualquer parte do corpo que é escolhida pelos pacientes para sofrerem intervenção cirúrgica. Algumas partes do corpo ganham destaque tanto para os homens quanto para as mulheres, são elas: o nariz, as mamas, o abdômen e as orelhas. Na visão dos cirurgiões e dos pacientes, o corpo é percebido de maneira fragmentada e não como uma totalidade; é visto como um

conjunto de “pedaços”, no qual cada um deles pode ou não receber uma menção estética e as partes avaliadas negativamente serão objeto de uma ação cirúrgica⁴². Esta fragmentação do corpo fica clara também nas próprias nomenclaturas médicas dos tipos de cirurgias que especificam certas partes do corpo. A abdominoplastia evidencia o abdômen, a mamoplastia- as mamas, a rinoplastia- o nariz, a otoplastia- as orelhas, a blefaroplastia- as pálpebras, preenchimento dos lábios, ou seja, são partes do corpo que cirurgiões e pacientes estão pondo em evidência. Dessa fragmentação decorre também quais seriam as partes do corpo visíveis, as que ganham vida no contexto cirúrgico e poderão sofrer intervenção- as mamas, a barriga, o nariz, as orelhas, as nádegas, em oposição a outras partes do corpo que ficariam invisíveis como os pés, mãos, panturrilha, costas, ombros, entre outras.

Por meio dos relatos de campo, as pessoas falam de seus corpos, da auto-imagem e sentimentos como vergonha, traumas e complexos, ou seja, é a discrepância física e os sofrimentos psicológicos que são evidenciados. A cirurgia plástica é vista como forma de resolução para tais problemas, uma forma de trazer felicidade, auto-estima, bem-estar aos que a realizam, é uma maneira de adequar seus corpos aos padrões corporais e de beleza atualmente difundidos.

Toledo (1994), cirurgião plástico, ressalta que a cirurgia plástica torna-se necessária quando a imagem refletida no espelho não é a imagem que se tem de si mesmo, e o cirurgião plástico trabalha no sentido de adequar esta discrepância, harmonizando a auto-imagem com a imagem que a pessoa vê no espelho (leia-se aqui a imagem que o indivíduo idealiza), produzindo uma felicidade muito grande para aquele que a realiza em seu corpo.

A imagem corporal é essencial para o corpo, estando intimamente ligada a ele. Um corpo só pode ser um corpo através da construção de uma imagem de si (Ferguson, 1997 apud Gonçalves, 2000). A imagem corporal que uma pessoa tem de si mesma, segundo Pitanguy (1992), é formada

⁴² Para um mapeamento sobre as variadas abordagens contemporâneas sobre corporalidade e fragmentação do corpo, ver: CSORDAS, Thomas J. (ed). (1996). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

pela inter-relação de três componentes distintos: a imagem idealizada, ou aquela que se deseja ter; a imagem apresentada pela impressão de terceiros; e a imagem objetiva, ou aquela que a pessoa vê, olhando e sentindo seu próprio corpo. Dessa maneira, o indivíduo comparando-se a uma imagem de corpo partilhada e formulada socialmente e percebendo que sua imagem corporal não corresponde a aquela, busca formas para transformar sua imagem, recorrendo às diversas técnicas de produção corporal que há no mercado.

Neste sentido, entendo a cirurgia plástica como uma técnica corporal de auto-regulação e controle do corpo para superar as fragilidades e “imperfeições” corporais que se encontra conjugada e associada a um ideal de valorização do corpo, no qual o indivíduo é tido como responsável por sua aparência física e tem o dever de aprimorá-la, recorrendo às diferentes tecnologias disponíveis. No universo que estou estudando, indivíduos com recursos econômicos limitados têm que definir estratégias de modo a ter acesso a essa técnica corporal que é vista como um privilégio exclusivo dos mais ricos.

Passo, agora, a analisar mais detalhadamente, as motivações e justificativas dos indivíduos que irão fazer ou fizeram uma cirurgia plástica estética no HC, bem como o modo que vêem seus corpos e agem para conquistar a aparência desejada.

Capítulo 4:

Cirurgia Plástica... projetos corporais

“Realmente eu fiz a cirurgia para mim, eu nunca me importei com os outros .É que eu tinha um estômago muito alto e tive três gravidez e me incomodava muito e eu podia emagrecer o que fosse, não saía, continuava o estômago, a barriga estava muito flácida e era uma coisa que eu queria muito fazer e era uma coisa que eu queria fazer para mim mesma, não visando o que os outros acham, ou deixam de achar. Só diz respeito a mim!”

(Vanessa, 29 anos, professora que fez lipoaspiração nas costas, pernas e abdominoplastia)

“Procuro minha satisfação pessoal com a cirurgia, tenho seios pequenos e não consigo usar nenhuma roupa que não seja com sutiã de enchimento. Isso me incomoda!”

(Patrícia, 22 anos, estudante de direito, em consulta visando colocar prótese de silicone)

“É pela estética, para me sentir mais bonita. E também elevar minha auto-estima. Ainda não contei para minha família ou para o meu namorado, porque eles dizem que eu não preciso fazer cirurgia. Mas, é uma coisa que eu quero muito, para mim! Daí vim atrás assim mesmo”.

(Cristina, 22 anos, estudante de fisioterapia, em consulta visando colocar prótese de silicone)

Durante a pesquisa de campo, percebi uma discursividade individualizante fortemente marcada nas falas dos entrevistados em relação à efetivação e motivação da cirurgia plástica. São os aspectos individuais e pessoais que são enfatizados: o fazer “para mim mesma”, a busca de satisfação

pessoal, o “aumento da auto-estima”, o “cuidar-se de si mesma”, o “próprio bem-estar”, as “frustrações”, “complexos”, “traumas” e “incômodos” individuais são recorrentes.

Diante disso, minha intenção é refletir tal fato articulando-o com a problemática do corpo. Na monografia de conclusão de curso em Ciências Sociais da UFscar, propus refletir a noção de corpo e pessoa presente na cirurgia plástica estética enquanto uma técnica corporal (Mauss, 1979). Para tanto, a análise foi feita através da discussão bibliográfica e de entrevistas com um cirurgião plástico renomado de São Carlos e cinco mulheres que se submeteram á cirurgia plástica estética, quase todas com tal cirurgião⁴³. A pesquisa partiu do pressuposto que os padrões contemporâneos de beleza femininos, no que diz respeito às cirurgias plásticas, são construídos por meio de um conjunto de técnicas de intervenção corporal, medicamente informadas, às quais estão associados determinados valores, padrões comportamentais e estéticos.

Os discursos individualizantes, voltados para o “eu” e a autonomização do indivíduo em relação ao próprio corpo eram constantes nas falas das entrevistadas, o que me remeteu às reflexões de Dumont a respeito do papel da noção de indivíduo no pensamento ocidental. Dumont (1985) entende a noção de pessoa, enquanto conceito antropológico, a partir do conceito de valor⁴⁴ que é constitutivo da ideologia, entendida enquanto sistema de idéias e valores⁴⁵. Distingue dois modelos de sociedades, com ideologias e noções de pessoa distintas: as sociedades não-modernas ou tradicionais (holistas), onde o valor se encontra na sociedade como um todo, sendo o caso da Índia e a sociedade moderna, ocidental, que toma o indivíduo enquanto valor, um ser moral, independente, autônomo.

⁴³ Estas mulheres podem ser classificadas como de classe média ou classe média alta e suas idades variam dos 29 aos 67 anos. Todas realizaram suas cirurgias em clínicas particulares na cidade de São Carlos.

⁴⁴ O conceito de valor é concebido por Dumont enquanto o elemento que introduz a hierarquia no sistema de classificação, sendo integrante do sistema de representação, ou seja, da ideologia, da visão de mundo.

⁴⁵ Dumont, 1985: 36.

Dentre as conclusões da monografia, aponto que na cirurgia plástica estética, o indivíduo é o responsável por sua aparência corporal e estética tomando como sua “essência” o corpo, que definiria, assim, os atributos da pessoa. A cirurgia plástica estética atuaria no sentido de constituir-se em um instrumento de adequação à noção de pessoa, mais especificamente à noção de mulher moderna em nossa sociedade⁴⁶. Tal noção encontra-se construída em consonância com determinados valores próprios a um modelo liberal, individualizante, e auto-centrado de "pessoa" (no sentido antropológico e dumontiano do termo), conforme foi visto, ao longo da monografia, pelos depoimentos de mulheres que realizaram cirurgia plástica estética e do discurso do cirurgião plástico.

Pude, assim, na pesquisa anterior, analisar a associação entre os padrões contemporâneos de beleza femininos construídos a partir de técnicas de intervenção corporal, no caso a cirurgia plástica estética, e de determinados valores, padrões comportamentais e estéticos que se encontram sustentados pelo modelo ideológico individualista que toma o indivíduo enquanto um ser moral, independente, e auto-consciente, considerando a noção de indivíduo como valor, em atributos onde o “eu” é intensificado, tal como retratado por Dumont (1985). No entanto, sob este aspecto, é importante atentar para o modo pelo qual este modelo ideológico é acionado pelos pacientes entrevistados e neste sentido, outros referenciais teóricos passam a ganhar importância.

Acredito que uma análise frutífera para refletir sobre o assunto seria a noção de corpo como *embodiment* ou “incorporação” que é inspirada pela fenomenologia pós-estruturalista ou “pós-moderna”, que reclama o corpo como “agente e experienciador” (Csordas, 1996). O corpo, em

⁴⁶ De modo geral, a noção de mulher na sociedade contemporânea tende a ser construída em consonância com determinados valores próprios a um modelo liberal, individualizante, e auto-centrado de “pessoa” (no sentido antropológico e dumontiano do termo). Pressupõe-se, assim, genericamente, que as mulheres devem possuir uma carreira profissional promissora e, portanto, conquistar sua “liberdade” financeira e sexual, cuidar de seu corpo e aparência para ficar “em forma” e parecer jovem, freqüentando academias de ginástica, fazendo dietas alimentares, utilizando inúmeros tratamentos estéticos disponíveis no mercado, entre elas, a cirurgia plástica.

oposição às linhas interpretativas clássicas, não deve mais ser pensado como “meio passivo no qual se inscrevem os significados culturais”⁴⁷, ao contrário, os corpos são dotados de *agency*- capacidade de ação. O intuito de Csordas (1996) é apresentar um novo paradigma do corpo em antropologia, pois, segundo o autor, o corpo está em crise, ou seja, o que está em crise é a idéia de que existe um substrato biológico e natural, que seria transformado no corpo socialmente circunscrito a partir da intervenção da cultura. Esta “crise” abre, a visão de acordo com o autor, para a possibilidade de se entender o corpo como *locus* da subjetividade. Ele constrói sua proposta baseado em Merleau-Ponty passando por uma série de autores, tais como Antony Giddens, Pierre Bourdieu, Terence Turner e Michel Foucault. Csordas formula a idéia de corpos sujeitos e não objetos da cultura e o foco volta-se, então, para as práticas e o “estar no mundo” e não para as representações simbólicas que tomam o mundo enquanto realidade exterior aos corpos, pois no âmbito da percepção, nosso corpo não se constituiria como objeto para nós, pelo contrário, ele faz parte integral do sujeito que percebe, dessa maneira, não seria legítimo distinguir mente/corpo⁴⁸.

Neste sentido, suponho que a perspectiva proposta por Csordas permite compreender as práticas dos entrevistados interessados na criação e recriação dos corpos por meio da cirurgia plástica. Os corpos, do ponto de vista da cirurgia plástica, são tomados como matérias flexíveis, sendo moldáveis às expectativas pessoais. Cada entrevistado à sua maneira, retrata a motivação da realização da cirurgia plástica como uma decisão tomada conscientemente de maneira autônoma e independente, mostrando-se como os agentes de suas experiências. Em campo, percebi várias vezes que o corpo e suas transformações eram tratadas como um projeto pessoal, individual, no sentido de

⁴⁷ Haraway, 1994.

⁴⁸ Csordas, 1990: 36.

que coube a cada um deles a decisão de realizar ou não uma cirurgia plástica, mesmo que esta decisão, que é pessoal, vá contra seus maridos, namorados ou família.

Um caso que já mencionei no capítulo anterior e que me chamou atenção, neste aspecto, foi o de Pilar, 31 anos, gerente de choperia, de Campinas em sua primeira consulta a fim de realizar uma mamoplastia redutora. Ao longo da consulta, quando a residente que a atendeu saiu da sala para solicitar a avaliação conjunta com outro residente, começamos a conversar a respeito de sua motivação em relação à cirurgia. E ela me disse que estava recém-separada de seu marido e como este acontecimento estava relacionado com a decisão de realizar uma cirurgia plástica. Em suas palavras;

“Então, e no meio disso tudo, eu me separei! (...) eu estava bem acima do peso e a gente vivia mais tranqüilo assim.(...) Ele é policial civil, é machista pra caramba! É que é tão absurdo! A gente não podia nem tocar no assunto da cirurgia. Era uma coisa que ele morria de ciúmes. Eu não agüento mais chorar, comecei a dar risada, porque eu não entendo! Poxa, porque que ele não usufrui? Não é lógico para mim isso...

Eu não vou desistir! Eu não vou...(...) o nosso acordo em casa sempre foi assim, desde que eu o conheci. Quem manda é ele! Quem cuida das contas é ele! Eu trabalho e coisa e tal, mas ele tem que sustentar a casa, o restante é supérfluo. Mas, a gente sempre viveu assim (...) O problema começou com a cirurgia porque...ele foi contra. E eu temi que eu queria!

Eu quero muito essa cirurgia e nem isso me impediu de continuar. Está bom, custou meu casamento. Gostaria muito que ele estivesse do meu lado, que estivesse participando de tudo isso. Eu vou acordar da cirurgia e quem vai estar aí, ninguém”.

O que está nas entrelinhas deste caso é o entendimento do corpo. No relato de Pilar, o que está em jogo é ressaltar sua agência em relação ao próprio corpo, o que reflete sua individualidade, fato que é reforçado quando ela diz que é capaz de abrir mão de seu casamento para a realização de sua cirurgia plástica. Ao mesmo tempo, ela lamenta a quebra do casamento, de uma relação pautada num modelo de tipo holista em que as relações são de complementaridade e hierarquia.

Paul Sweetman afirma que a *body modification* é percebida como parte de um projeto corporal, a construção da auto-identidade viável por meio do corpo, algo visto como envolvendo um “forte compromisso consigo”⁴⁹. De modo semelhante, a cirurgia plástica também pode ser vista como parte de um projeto corporal. E mais: uma espécie de programa que parece ser realizado em etapas, num constante refazer associado à noção fragmentária de corpo, pois a maioria dos pacientes entrevistados já realizaram ou pretendem realizar outras cirurgias, conforme fica evidente nas seguintes falas dos entrevistados:

“Deus não foi generoso comigo, daí você tem que passar por algum sacrifício (...) quero fazer barriga, para retirar esse gordo e também afinar o nariz, por mim teria feito tudo junto! A lei da gravidade, a gravidez destroem, daí tem que arrumar.”

(Sílvia, 38 anos, de Campinas, em sua segunda cirurgia de prótese de silicone)

Ontem depois do banho, eu coloquei só assim na frente um sutiencinho, nossa é um sonho! Eu fiquei feliz, era tudo o que eu queria mesmo! Vou fazer a barriga também. Perguntei para o residente quais seriam as chances, ele falou que tinha, mas só o ano que vem. Gostaria muito

⁴⁹ Sweetman, 1999 apud Braz, 2006.

de fazer. Aí, depois eu tive as crianças, eles nasceram muito grande! Então fica mesmo! Por mais cuidado que tenha”

(Geralda, 39 anos, de Hortolândia fez uma mamoplastia redutora)

“Eu sou um eterno insatisfeito com meu corpo. Eu já fiz plástica no nariz também. Fiz duas vezes. Eu fiz em Sumaré, que são os mesmos médicos daqui. Os alunos terminam a residência e vão para lá”

(João, 22 anos, de Campinas em sua consulta para fazer um retoque da ginecomastia)

A partir dos casos acompanhados, no que diz respeito ao corpo e aos efeitos da cirurgia plástica, há uma variedade de discursos, cada um, ressaltando o quanto a intervenção em seus corpos lhes trouxeram características como “bem-estar”, “alegria”, “renovação”, a “melhora dos relacionamentos pessoais, com amigos, marido, esposa, no trabalho”.

“Para mim foi muito bom, estou me sentindo melhor em tudo, vestir uma roupa, sair com os amigos, em minha vida pessoal e tudo mais”

(Gilson, 23 anos, de Cosmópolis, realizou uma ginecomastia)

“Minha auto-estima melhorou bastante! Para mim, ficou ótimo! Melhorou em todos os sentidos! “

(Graziela, 30 anos, de Campinas, realizou uma mamoplastia e retornou ao HC a fim de realizar uma cirurgia de prótese de silicone)

“Me senti realizada! A gente tem que estar bem com o espelho (...) você contagia as pessoas com a alegria! Foi ótimo! Me falaram que eu ia sentir muita dor, mas não senti dores! (...) Procuro o bem-estar do meu corpo para estar bem com a vida”

(Marilene, 42 anos, de Campinas, fez uma mamoplastia e retornou ao HC para fazer uma abdominoplastia)

Já no que diz respeito à noção de corpo antes da cirurgia plástica, existe um contraste maior, no qual são evidenciadas as dores físicas ou doenças associadas como a obesidade mórbida e anorexia ou então, as queixas centradas em aspectos psicológicos como “vergonha”, “infelicidade”, “discriminações” e “preconceitos”. Conforme fica evidente na descrição dos casos seguintes:

Karina, 36 anos, engenheira de alimentos de Mogi Mirim. Foi encaminhada para o serviço de plástica no ano de 2000, por ter realizado uma gastroplastia. Ela pesava 118 kg, tendo 1, 72 m de altura chegou a perder 30 a 35 kgs com a cirurgia. Realizou várias cirurgias plásticas- mamoplastia, abdominoplastia, lifting nos braços, lipo nos glúteos, culote e pernas. Retornou para marcar outra lipo nos glúteos e fazer um retoque nas mamas. Como justificativa, ressalta *“sempre sofri o preconceito de ser gordinha (...) minha família é de obesos (...) você não é vista como uma pessoa normal”*. Contou-me sobre a discriminação que sofria, que as pessoas zombavam dela e que aos 25 anos passou por uma depressão, isolando-se em casa. Quando lhe perguntei se faria outras cirurgias, respondeu-me que “não tão já”, pois se sente cansada, com a sensação de estar doente⁵⁰.

Marissa, 31 anos, vendedora de Campinas. Realizou 2 rinoplastias, 2 mamoplastias, 1 abdominoplastia, 2 lipos na barriga. Foi encaminhada para o setor de plástica pelo Caism onde fazia

⁵⁰ Comentei com uma das residentes sobre essa paciente e ela me disse que era um caso complicado, porque a paciente havia tentado suicídio no início do ano. Algumas pacientes, na visão médica, são vistas como portadoras de distúrbios psicológicos e alguns “exageros”. Pois o fato de realizar várias cirurgias plásticas encontra-se associado, muitas vezes, com distúrbios psicológicos. Que elas não se enxergariam como realmente são, não se aceitam, “coisas da cabeça”.

acompanhamento psicológico devido à anorexia. Aos 19 anos ficou grávida e contou-me como seu corpo havia mudado desde então, “*com estrias de um dedo de largura e rasgos na pele*”. Ela se sentia feia, com baixa auto-estima e perda de apetite sexual⁵¹. Sua mãe era obesa, e sua tia veio a falecer com 180 kg de obesidade mórbida. Afirma que “nunca quis ser como a mãe e a tia”. Estava muito chateada, pois havia passado por uma consulta para tentar marcar uma outra lipoaspiração e pediram para que voltasse em 6 meses.

Darlene, 55 anos, dona-de-casa de Paulínia. Estava no retorno para marcar uma abdominoplastia. Ficou 4 anos na fila de espera para fazer gastroplastia, que acabou realizando no final de 2003. Pesava 124 kg e chegou aos 64 kg. Disse-me emocionada que “nasceu novamente” após a cirurgia. E como era horrível sua vida antes dela, quase não andava mais, para ir ao banheiro era com a ajuda dos filhos, para tomar banho necessitava sentar-se. Segundo ela, “*meu marido separou de mim por causa da gordura*”. Foram casados durante 18 anos, e ela conta que ele não saía junto com ela, e se saía a deixava para trás, pois tinha vergonha dela. Contou-me que não tinha vontade de ir a festas de casamento ou aniversários. Para comprar roupas também, ouvia sempre que na loja não havia roupas para gordos e como isso a magoava. Em suas palavras, “*eu não tinha prazer nenhum, era horrível*”.

Neste sentido, para compreender o contraste que é exposto nas falas dos entrevistados no que diz respeito aos seus corpos e a relação com a cirurgia plástica, torna-se interessante a noção que

⁵¹ Os sentimentos de vergonha em relação ao próprio corpo e devido a isso, evitar expor o corpo nas relações sexuais, mesmo com o marido ou namorado de anos de relacionamento, é recorrente em alguns casos que acompanhei durante a pesquisa de campo. O que está em jogo aqui, são o entendimento e a expectativa de possuir um determinado tipo de corpo e neste sentido, a pesquisa de Goldenberg (2005) sobre a atual valorização da beleza, juventude e forma física que passou a ser um estilo de vida da camada média carioca, é iluminadora. A autora analisa, comparativamente, os desejos, as expectativas e os esteriótipos de homens e mulheres de diferentes gerações, no que se refere à sexualidade e conjugabilidade e ressalta que um dos dados que mais chamou a atenção foi a presença significativa da categoria *corpo* nas respostas femininas e masculinas. Em relação às mulheres, o aspecto físico do corpo possui um peso importante nos relacionamentos afetivo-sexuais no sentido de que a preocupação com um determinado modelo de corpo tem atrapalhado a vida sexual delas, fato este que a autora entende como fruto de uma cultura que valoriza excessivamente a aparência, a juventude e a forma física.

Featherstone (1993) utiliza para refletir na velhice como uma máscara biológica que sufoca o *self* internamente. De acordo com o autor, para tornar-se um ser humano aceito, ou uma pessoa confiável, com plenos direitos de cidadão, cada indivíduo deve desenvolver certas competências e controles⁵² e que no fim do curso da vida há a ameaça da perda dos mesmos. Tal situação acarreta por sua vez, uma ameaça da capacidade de ser um adulto pleno, válido e independente. Esta problemática é referida como a máscara do envelhecimento:

*“Esse aspecto do processo de envelhecimento pode ser definido como uma grotesca máscara sendo imposta ao corpo e ao rosto de alguém, que esconde sua capacidade de representar seu “eu verdadeiro” aos outros”.*⁵³

A concepção de corpo exposta por estas informantes citadas anteriormente, nos remeteria à idéia do corpo como uma espécie de máscara que impede tais indivíduos de revelarem o seu “eu verdadeiro”. O corpo antes da cirurgia seria uma “máscara” que acarreta preconceitos, discriminações, vergonha, e por isso, impede o reconhecimento das qualidades de cada um. O aperfeiçoamento e embelezamento corporal promovido pela cirurgia plástica propiciaria o dever e o desejo de mostrar no que consiste o “eu verdadeiro”, retirando esta máscara que o esconde.

De modo distinto dos casos em que existem um “eu escondido” que é revelado pela cirurgia plástica estariam outros casos em que o “eu verdadeiro” é fabricado pela experiência da cirurgia plástica. A seguir relato dois casos que evidenciam essa capacidade das cirurgias de fabricar um novo eu.

⁵² Featherstone (1993) evidencia três tipos principais de competências: as habilidades cognitivas- baseadas no uso da linguagem e comunicação- o controle do corpo- necessidade de controlar os movimentos do corpo, dos membros e conter os fluidos corporais e os controles emocionais- controlar expressões como raiva, choro, ódio, piedade, amor e desejo.

⁵³ Featherstone, 1993: 61.

Cristiana, 45 anos, advogada, de Campinas. Fez no HC, primeiramente, uma abdominoplastia, e realizou o retoque da cirurgia em agosto de 2005. Estava retornando para tentar marcar um lifting no braço. Contou que sua primeira cirurgia não ficou muito boa, pois o abdômen ainda havia ficado um pouco alto e por isso, fez o retoque. Seu encaminhamento foi feito por meio de sua tia que é funcionária do HC e a indicou para o serviço de plástica. A justificativa de suas cirurgias, segundo ela, “*tive 3 filhos e ficou um excesso de pele por causa da gravidez (...) depois eu emagreci e ficou caído*”. Para ela, as cirurgias foram muito benéficas, pois:

”Pego umas fotos minhas e vejo- não era eu, não era! As pessoas falam, nossa nem te reconheci depois da cirurgia (...) é muito bom quando a gente consegue vestir uma blusa mais justa...é uma sensação de renovação mesmo! Os resultados são muito bons, te dá um ânimo novo! Eu não sou de ficar malhando, comia muita massa antes, agora como bem menos. Adoro chocolate, mas agora só como dietético! Faço bastante caminhada e estou querendo entrar na hidroginástica”.

Ela é atendida pelo residente que inicia a consulta anotando as novas informações na pasta da paciente, pede para ver seu abdômen, onde havia sido feita a cirurgia anterior e sai da sala para chamar o outro residente que realizou as cirurgias. Eles retornam e o residente mais graduado faz uma nova avaliação no abdômen e no braço onde ela está querendo fazer a nova cirurgia. Marca um retorno para ela em junho, mas diz que provavelmente sua operação irá ficar para o próximo semestre.

Alexandra, 21 anos, cursa matemática na Unicamp de Campinas. Ela entra na sala para sua consulta de retorno vestindo roupas de ginástica, tênis e uma mochila nas costas. É atendida pela residente que fez suas duas cirurgias anteriores- uma rinoplastia e um lixamento do queixo em

janeiro de 2005. Estava de volta para tentar marcar uma outra cirurgia no queixo e fazer preenchimento nos lábios. A residente diz que faria a cirurgia no queixo dela gratuitamente, mas o preenchimento ficaria em 600 reais, ela utilizaria um ácido novo no mercado o mesmo que ela mesma utilizara para aumentar sua própria boca e que tinha gostado muito do resultado, embora ele não fosse definitivo e seria necessário aplicações futuras para permanecer com o resultado. A paciente embora muito ansiosa e satisfeita com as cirurgias que tinha feito, demonstra um pouco de dúvida em relação à realização do preenchimento nos lábios. Demonstrava dúvidas, também, em relação à opinião de seu marido, se ele iria gostar do resultado. A residente diz que ele teria que ter certeza antes de fazer a intervenção em sua boca. E ela responde: *“não gosto como está agora, olho minhas fotos e me incomoda!”*

A residente sai da sala para chamar o professor responsável para discutir com ele a indicação da cirurgia. Veio também um outro residente para olhar e perguntou à paciente com certo tom de crítica: *“Você quer operar de novo? Mas está bom hein!”*. Ela responde dando exemplos de modelos de revistas, comparando-se com elas no formato do queixo, que, segundo ela, “seguia reto” e o dela não, por isso queria a cirurgia. A residente pede que pense melhor a respeito do preenchimento dos lábios e sobre a outra cirurgia no queixo, e que voltasse na mesma semana no próximo ambulatório (uma quinta-feira) com o outro residente que a viu. Provavelmente sua cirurgia seria marcada para novembro.

Após sua consulta, fui entrevistá-la. Quando lhe perguntei o motivo de suas cirurgias, disse-me que uma amiga fez uma rinoplastia com a residente e achou maravilhoso o resultado e também devido ao serviço ser gratuito. Contou-me que estava incomodada com seu aspecto físico, ficava se olhando no espelho de perfil e não gostava de seu nariz que “era para baixo” e de seu queixo que “era para frente”. Assim, decidiu vir conversar com a residente sobre a possibilidade de fazer as

cirurgias. É casada há um ano e quatro meses e seu marido não aprovava as cirurgias, porque dizia que ela não tinha necessidade de fazer, que ele gostava dela daquele jeito. Mas ela diz que depois que fez as cirurgias ele viu o resultado, e gostou muito. Também quis operar suas orelhas, porque as achava muito grandes. Mas o residente não quis operá-la porque disse que ela iria sofrer muito com a cirurgia. Contou alegre que todos seus amigos e familiares gostaram do resultado e que suas tias não a reconheciam, segundo ela “*não sou mais a Alexandra que eu era!*”. Seu pós-operatório foi sofrido, porque teve problemas de faringite devido a entubação não ter sido feita de maneira certa, de acordo com ela, causando placas de pus em sua garganta e feridas. Por isso, não conseguia comer ou beber direito. Teve que tomar 2 injeções porque não conseguia respirar de um lado das narinas. Assim, que terminou a cirurgia, disse que vomitou bastante sangue quando terminou a cirurgia. Apesar de todo o acontecido, ela diz; “*independente de tudo isso que eu sofri, continuo aqui!*”.

Cristiana diz que seu “eu” anterior às cirurgias não era seu “eu verdadeiro”, pois como ela mesma afirma: “*pego umas fotos minhas e vejo- não era eu, não era!*”. Ela ressalta que seu “eu verdadeiro” constituiu-se após e com a experiência de realizar as cirurgias plásticas. Já Alexandra afirma constituir uma nova identidade por meio da realização de suas cirurgias, o “ser outra pessoa”⁵⁴, ou em suas palavras; “*não sou mais a Alexandra que eu era*”. E ambas enfatizam com alegria como seus amigos e familiares não a reconheceram depois das cirurgias, uma maneira de reafirmar suas novas identidades, seus novos “eus” adquiridos por meio das cirurgias plásticas.

⁵⁴ Este fenômeno de transformismo, de ‘tornar-se outra pessoa’ muitas vezes indicado pelos pacientes da plástica lembra os estudos do perspectivismo ameríndio. Viveiros de Castro (1996) aponta que a noção de metamorfose está diretamente ligada à doutrina das “roupas” animais. Diferentemente das concepções hegemônicas nas culturas modernas, nas quais o corpo aparece como nossa natureza, no perspectivismo ameríndio tudo potencialmente pode se transformar em tudo (espíritos em seres humanos, seres humanos em animais, etc) e o corpos são roupas que podem ser vestidas, despidas e substituídas por outras roupas. Isto me fez pensar num paralelo com a convenção de corporalidade posta em jogo na cirurgia plástica- como o corpo é pensado pelos cirurgiões e pacientes, como um corpo plástico, flexível, moldável.

Uma análise que pode ser iluminadora para compreender estes casos é a de Sônia Maluf sobre a personagem transgênero Agrado no filme “Tudo sobre minha mãe” do cineasta Pedro Almodóvar. Maluf (2000) ressalta que, ao contrário de grande parte dos personagens travestis de alguns filmes, Agrado não busca o ocultamento da ‘identidade’ travestida, ou seja, ela não faz de conta que é e sempre foi uma mulher, sua afirmação pública é feita pela exibição de seu corpo exatamente como ele é: um corpo transformado, fabricado, que aparece e se afirma enquanto um corpo fabricado:

“Além de agradável, sou muito autêntica. Vejam que corpo. Feito à perfeição. Olhos amendoados: 80 mil. Nariz: 200 mil. Um desperdício, porque uma briga fiquei assim (mostra o desvio do nariz) (...) Seios: dois, porque não sou nenhum monstro. Setenta mil cada, mas já estão amortizados. Silicone... –Onde? (Grita um homem da platéia). Lábios, testa, nas maçãs do rosto, quadris e bunda. O litro custa 100 mil. Calculem vocês, pois eu perdi a conta. Redução de mandíbula, 75 mil. Depilação completa a laser, porque a mulher também veio do macaco, tanto mais que o homem. Sessenta mil por sessão. Depende dos pêlos de cada um. Em geral duas a quatro sessões. Mas se você for uma diva flamenca, vai precisar de mais. Como eu estava dizendo, custa muito ser autêntica, senhora. E, nessas coisas, não se deve economizar, porque se é mais autêntica quanto mais se parece com que sonhou para si mesma”⁵⁵.

É de sua afirmação como corpo fabricado, não um corpo substantivo, objetificado, mas corporalidade, isto é, veículo e sentido da experiência que Agrado afirma sua ‘natureza’, o ‘autêntico’ nela é justamente o produto de sua criação, da intervenção de seu desejo, de uma agência própria. É a partir das transformações feitas em seu corpo, e principalmente da fala sobre esse corpo, que só ganha existência enquanto corpo do qual se fala, que Agrado aparece como sujeito. De forma muito semelhante na fala de Cristina seu “eu verdadeiro” se dá a partir das transformações em seu

⁵⁵ Maluf, 2000: 145.

corpo propiciadas pelas cirurgias plásticas. Trata-se de um corpo fabricado, corporalidade- veículo e sentido da experiência⁵⁶, produto de sua própria agência. Assim, o que seria o objeto ou a substância definidora da identidade (o corpo redutível de Cristina) aparece deslocado em sua fala, o seu “eu verdadeiro” se dá por meio de sua experiência corporificada da cirurgia plástica.

Maluf (2000) afirma que o travesti institui uma nova *building* do corpo- através dele e nele se constrói uma nova pessoa. O desejo do travesti é o de tornar-se outro, mas quando a autora chama atenção à personagem Agrado, é que esta assinala em seu discurso mais o processo de “tornar-se outra” que o produto final da mudança, pois ao apontar partes de seu corpo que foram modificadas pela cirurgia plástica, ela aponta para o processo, para o movimento inscrito nesse corpo. Novamente pensar o corpo como corporalidade, veículo de experiência é o que nos faz compreender tais casos aqui expostos. A fala de Alexandra indicando o processo de “tornar-se outra” por meio da experiência corporificada da cirurgia plástica aponta para o processo inscrito nesse corpo, que deixa de ser uma substância previamente dada, sobre a qual irá inscrever-se o que é da ordem da cultura.

⁵⁶ Viveiros de Castro, 1996.

- ***Ela está decepcionada!***⁵⁷

Íris, 30 anos, técnica de enfermagem de Pedreira, entra na sala acompanhada de sua amiga. Um dos residentes a atende e lhe pergunta o que estava ocorrendo com ela. Então, ela reclama da cicatriz de sua cirurgia, diz que não poderia passar um verão daquele jeito, com uma cicatriz enorme, porque não poderia nem colocar biquíni. Diz também que havia aparecido um caroço dolorido em sua mama após a cirurgia e que havia reclamado com um outro residente que disse friamente que fizesse uma mamografia para atestar a possibilidade de ser ou não um tumor. A paciente reclama enfaticamente ao residente que havia feito sua cirurgia há 7 meses: “*não vou ficar assim...senão vou perder meu marido!*”. Nesse momento, o residente pergunta: *Quanto você pesava?*

P- 115 kg

R- E agora não está gostosa?

Ela responde que foi a um cirurgião plástico particular em Amparo, para ver o que precisaria ser feito e o diagnóstico seria 1 ou 2 liftings nas coxas. E reclama novamente do residente que havia marcado errado no prontuário médico o quanto havia retirado de suas coxas. O residente responde que ela deveria emagrecer, fazer exercícios físicos para mudar sua composição corporal para ter menos gordura e mais músculos.

P- Eu faço academia! Eu faço exercícios físicos, mas não volta!

A amiga que a acompanhava na consulta pergunta ao residente se não seria necessário fazer uma lipoaspiração.

R- Não. A gente pode lipar, lipar, mas ainda iria sobrar pele e ela iria ficar reclamando!

⁵⁷ Fala da acompanhante de Íris durante a entrevista referindo-se ao estado emocional da amiga que não obteve os resultados que esperava com a realização de suas cirurgias plásticas.

A paciente fala novamente do cirurgião particular que procurou em Amparo, que coincidentemente é professor da Unicamp. Mas, reafirma: “*eu não tenho condições financeiras para fazer, senão eu fazia!*”.

R- Calma! Você está linda! Dá para você emagrecer mais?

O residente diz que lhe dará três meses para emagrecer mais, escreve os papéis de retorno para a paciente e finaliza a consulta. Antes que eles saiam da sala, peço permissão para entrevistá-la e nos encaminhamos para outra sala que estava vazia. Início a entrevista pedindo para que Íris me conte um pouco sobre sua cirurgia, ou seja, o que tinha acontecido com ela:

“Eu comecei em 2002. Eu estava com 115 kg, daí eu emagreci e precisava fazer retirada de pele (...) Fiz regime para emagrecer. Demorou cinco anos para eu conseguir emagrecer 63 kg, 65 kg mais ou menos (...) Demorou uns três meses para Central de Saúde tentar agendar, mas depois que agendou (...) eu consegui rápido (...) em prazo de quase um ano eu consegui a primeira cirurgia. Eu acho assim, o que atrapalha muito (...) é o seguinte: você sai de uma cirurgia hoje. Aí, espera um ano para corrigir isso! Aí, vamos esperar três anos para corrigir aquilo lá! Então, fica sempre aquela rotatória. Só acho assim, não deu certo. Vamos tentar resolver! (...) O problema dela é o seio, o abdômen, a coxa, vamos liquidar tudo. Daí depois dispensa ela. Você está liberada, o que a gente podia fazer, estava ao nosso alcance, foi feito! Então eu acho que isso acaba complicando e desgastando a pessoa e você acaba se sentindo mal, você acaba se sentindo um rato de laboratório! Porque aquela coisa, você sabe que se você tem o dinheiro, você vai internar num hospital, você vai ter tudo! Ele vai mexer no seu seio, ele vai mexer no seu abdômen, vai mexer nas suas coxas, você vai ficar lá deitada e não interessa que você vai ficar sete dias internada (...) Se você está com uma cesária e ela abriu todinha de fora a fora. O que você vai fazer? Vai voltar para sala de parto e vai fazer uma

outra costura nela! Então, é nesse ponto que a gente se sente um pouco assim...inferior, humilhada! Porque assim, eu costumo falar, que o SUS é o melhor convênio do mundo que existe, porque ele cobre tudo! Ele demora, mas ele cobre tudo! Você pode ter uma Unimed, qualquer um outro, tem exames que não cobre, não é?! E o SUS ele cobre tudo, só que você tem que ter a paciência de esperar. Muitas vezes, tem médicos que você é bem tratada e tem uns que você não é nada! Você para ele, é um brinquedinho que está ajudando ele a se formar, você é um brinquedinho para ele! E você acaba se constrangendo muito nisso daí, você se sente muito humilhada, você sai lá fora você vê isso, você vê isso no rosto das pessoas. (...). Eu acho assim, quando a gente vem para cá, a gente já vem baixa! Já vem se sentindo um lixo! E as pessoas te tratarem como tal, aí que ajuda mais! Que é o que a maioria das vezes acontece! (...) O meu, no começo, fui bem tratada. Nessa última aí, eu me senti uma cobaia! (...). Eu na verdade, queria corrigir o abdômen e a coxa primeiro, para depois mexer no seio. Resolvi mexer no seio. Mas daí eu peguei outro professor e um outro aluno (...). No dia em que eu fui operada, foi com outro médico e outro professor que falou uma outra coisa. Então, eu penso assim: cachorro de muito dono, morre de fome! E quem pode manda, quem não pode obedece. (...) É a ética que está contando (...) Eu só estou procurando no momento resolver, se não resolver, eu vou atrás dos meus direitos. Eu não estou me sentindo um ser humano! Estou me sentindo um rato de laboratório. (...) Muitas vezes eu achei que um rato de laboratório foi mais bem tratado do que eu! Porque o ratinho de laboratório, você cuida bem dele, porque você precisa dele (...)

Porque acaba com o seu ego. Agora assim, eu estou numa situação, eu estou com vergonha de ir ao ginecologista! (...) Fora o constrangimento de estar com o seu marido, porque é uma mutilação, é um corte horrível! Porque nelas (as atrizes), não fica cicatriz e na gente fica? (...)

Agora (o residente), vem um com ar superior para você -não é assim...espera lá! Amanhã ele pode ter um consultório particular e eu estar nele! (...) Não sou só eu que estou nessa situação! Você pode pegar ali fora, você pode falar com todo mundo! O problema é que tem um coitadinho que fala: mas é gratuito Mas que não é de graça, não é! É mandado o dinheiro, ele é mal distribuído! Mal utilizado! Eu pago imposto! Eu pago um monte de coisa para eu ter isso! Mas a saúde é física e mental. Se eu vim aqui, eu não estava bem com a minha mente gorda! Eu estava incomodada com isso, é uma doença também! (...) Faz cinco anos que eu estou aqui! (...) E eu vou ficar com um negócio assim? não vou! Porque o que aconteceu? Quando eu era pelancada, eu era pelancada! Agora estou eu aqui...fina. Aqui caído, ali mutilado, com uma puta cicatriz! Que não tem biquíni, nem se eu colocar aquele dos anos 60, que resolva meu problema. Eu não consigo ter uma relação com o meu marido com a lâmpada acesa, que eu morro de vergonha! E (o residente) vem falar para mim que uma cicatriz dessa daqui (...) não vai dar para gente consertar! (...) você tem que pensar duas mil vezes antes de fazer a cirurgia plástica! Será que quando ele tiver o consultório dele, ele vai pensar assim?.”

Durante a dissertação, ficou explícito como a realização de uma cirurgia plástica é envolta por expectativas emocionais, físicas, pessoais e no caso de Íris, ela se sente frustrada por sua cirurgia não ter dado certo, sente-se “mutilada”, como ela própria enfatiza. É sobre a relação médico-paciente que ela fala em um serviço SUS de atendimento médico, num hospital escola que possui suas especificidades, como por exemplo, não é a paciente que escolhe o médico que vai operá-la, e sim, o residente que escolhe o caso, dentre as pacientes e que está associado ao aprendizado das técnicas de cirurgia plástica necessárias para sua formação, Íris relata que “eu não estou me sentindo um ser

humano! Estou me sentindo um rato de laboratório”, ou seja, em medicina, Íris considera, é a humanização da relação médico-paciente que deve ser priorizada. Porém, o que a paciente relata é o fato de ter sido “usada” como *cobaia*, para a aprendizagem cirúrgica e como a medicina acaba passando por cima de preceitos morais a favor da técnica, esquecendo-se de que é de um “ser humano” que se trata.⁵⁸

A fala de Íris, ainda e, no entanto, faz um contraste interessante com o entusiasmo e a satisfação com o serviço medido que a grande maioria dos entrevistados se apressou em demonstrar em nossas conversas.

⁵⁸ Há discussões nas ciências sociais e na antropologia, em especial, acerca do uso de animais como experimentos científicos e instrumentos de pesquisa como modelos vivos para testes farmacológicos, produção de imunobiológicos e desenvolvimento de estudos de doenças humanas de diversos tipos (degenerativas, infecciosas e genéticas). Para uma retrospectiva histórica do pensamento contra maus-tratos aos animais ver LEVAI (2004), SINGER (2004) e THOMAS (1989). Já em relação à ética na medicina e a discussão de seus problemas morais atuais como: novas formas de prática médica e direito dos pacientes, biotecnologia, projeto genoma humano, pesquisa com seres humanos, ver COSTA & DINIZ (2001).

Capítulo 5 :

O psicólogo com bisturi na mão: a falta de auto-estima como doença

“Melhorou 1000 % minha auto-estima (...) não tem nada melhor do que uma plástica para a mulher, não tem nada melhor do que se olhar no espelho e não ver mais seu defeito! Tive muita sorte, minha médica é muito boa! Estou muito feliz e quero fazer preenchimento de lábios e outra cirurgia no queixo.”

(Alexandra, estudante, 21 anos de Campinas, que fez rinoplastia e ‘lixamento’ do queixo)

“A minha auto-estima aumentou muito, porque tinha roupas que eu morria de vontade de pôr e não podia, porque caía as “banhinhinhas”, então, eu acho que aumenta muito a auto-estima da gente e a gente passa a se sentir melhor e eu acho que é muito importante, eu acho que a vaidade é uma coisa muito importante e a gente têm que ter. Tudo o que faz bem para a gente, é válido! Eu me importo com meu bem-estar, se eu vou me sentir bem, eu vou fazer e eu tinha certeza que ia dar certo, porque assim, para mim foi uma injeção de ânimo, foi uma coisa que mudou muito a minha vida. Agora estou muito mais feliz, muito mais segura, posso pôr as roupas que eu quero e eu acho que vale a pena, é eu acho que vale a pena, sim.”

(Vanessa, professora, 29 anos de Campinas, que fez lipoaspiração nas costas, pernas e abdominoplastia)

“A auto-estima com certeza! Eu acho que a gente tem que fazer tudo para a auto-estima da gente. O que der para arrumar, for possível. A vida já é tão difícil. Tudo o que você puder estar fazendo para ficar mais bonita, é benéfico. Não está prejudicando ninguém.”.

(Paola, vendedora, 19 anos de Campinas, em sua consulta visando realizar cirurgia de prótese de silicone)

O “aumento da auto-estima” é uma das justificativas mais recorrentes para a realização de uma cirurgia plástica estética. Na fala dos entrevistados, a “auto-estima” encontra-se associada com a necessidade de “cuidar de si mesma”, do “próprio bem-estar”, de “sentir-se bem”, conquistar a “felicidade”, receber uma “injeção de ânimo”, ter a “sensação de renovação”.

Ribeiro (2003) realizou um estudo acerca do processo de medicalização do corpo e sua influência na constituição da diferença de gênero através das cirurgias plásticas. Segundo ela, a medicalização do corpo feminino que ocorre por meio das cirurgias plásticas não se legitima mais pelos discursos médicos biologizantes, dos séculos passados, que considerava o corpo da mulher “frágil” e que a beleza ideal das mulheres era constituída em função da maternidade, ou seja, o corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, mas sim, baseia-se no discurso psi. O “discurso psi”, segundo a autora, estaria associado à uma nova forma de submissão à ordem médica e o fato de existir uma forte cultura psicanalítica no Brasil, que haveria provocado uma “psicologização” da vida social, na qual, os aspectos subjetivos do sujeito contemporâneo ocidental seriam muito enfatizados. De acordo com ela:

“Ao mesmo tempo em que as práticas médicas apresentam à mulher a possibilidade de realizar seu desejo de possuir um ‘corpo perfeito’, a existência de uma cultura ‘psi’ que tende a explicar tudo a partir da ênfase na interioridade do sujeito, leva os indivíduos a encontrar

na ‘auto-estima’ um dos modos de justificar a necessidade de se adequarem a modelos estéticos” ⁵⁹.

A agência dos indivíduos em relação aos seus próprios corpos e o fato de haver uma forte presença de uma cultura psicanalítica no Brasil, o que teria produzido uma “psicologização” da vida social ⁶⁰ são aspectos importantes, porém a meu ver são explicações parciais sobre a questão. O que me chamou atenção durante o trabalho de campo, e em vários casos diferentes, foi o modo como as pessoas enfatizam a necessidade de “estar bem consigo mesmas”, o “cuidar-se”, o “estar belo” e o “aumento da auto-estima” como um imperativo moral, uma conquista pela qual cada indivíduo deve batalhar de modo a adquirir a aparência desejada. ⁶¹

Um caso que me impressionou a este respeito foi o de Sílvia, 38 anos que trabalha na área de segurança em Campinas. Pude acompanhar seu caso na sala de curativos e foi justamente por isso, que suas palavras tiveram ainda mais impacto, pois ela estava realizando a troca dos curativos de sua segunda cirurgia de prótese de silicone, isto é, um momento delicado para o paciente em que ele sofre dores e incômodos. Ela me disse que colocou prótese de silicone no HC há cinco anos e meio atrás e teve que repetir a cirurgia porque sua prótese ‘empedrou’, tendo que ser retirada e trocada por uma nova devido a este problema. Fomos conversando enquanto ela aguardava o residente que estava ao lado atendendo outro paciente. Ela estava deitada na maca, sem blusa, sem sutiã com esparadrapos em toda a mama e se queixava muito de uma das mamas, pois estava muito roxa e estava colocando gelo para ver se melhorava.

Contou-me que havia mudado muita coisa em sua vida após sua cirurgia, pois desde a adolescência não usava roupa de alçinha ou com decotes e não se trocava na frente de ninguém

⁵⁹ Ribeiro, 2003: 11.

⁶⁰ Figueira, 1985 apud Ribeiro, 2003

⁶¹ Sobre o modo como esse imperativo moral é acionado em diferentes contextos e situações ver, especialmente, Debert (1999); Featherstone (1991) e Goldenberg e Ramos (2002).

porque tinha vergonha de ‘não ter seios’. Até de seu marido ela sentia vergonha. Segundo ela, a cirurgia: “*umenta a auto-estima, você se sente bem quando está mais bonita*”. Sílvia, ainda, ressaltou que depois de sua gravidez, ficou sobrando pele de suas mamas e que uma delas estava longe da outra. Para ela:

“Deus não foi generoso comigo, daí você tem que passar por algum sacrifício (...) quero fazer barriga, para tirar esse gordo e também afinar o nariz, por mim teria feito tudo junto! A lei da gravidade, a gravidez destroem, daí tem que arrumar!”

Falou de alguns exageros que não faria como a panturrilha, a boca e as nádegas. Estes, seriam locais que não mexeria, mas a barriga, o nariz e as mamas com certeza, seria necessário. Disse também, que todo ano tirava as varizes, que isso era muito mais dolorido do que colocar uma prótese de silicone, mas que também era necessário fazer tais sacrifícios para ficar bonita, e que tudo isso era muito válido. O pós-operatório tinha sido bastante desconfortável, mas ela havia melhorado após os primeiros quinze dias, mas, o difícil não era o pós-operatório e sim ficar infeliz com seu corpo, com a sua aparência.

O residente chega para fazer os curativos. Ela reclama que seu braço esquerdo estava muito dolorido, que doía nos mínimos movimentos que fazia. O residente põe as luvas e começa a tirar os pontos com uma pinça. Ela faz cara de dor, apertando os dentes e fechando fortemente os olhos com o rosto virado para o lado oposto, para não olhar a retirada dos pontos. O residente comenta como o momento da retirada dos pontos é dolorido e, logo em seguida, coloca os esparadrapos em torno das mamas de Sílvia. Ele recomenda que ela use protetor solar todos os dias para não escurecer a cicatriz e que aperte o sutiã cirúrgico na Macon⁶², onde eles não cobram pelo serviço, porque as dores poderiam ser do sutiã que não estava muito firme. Diz a ela que pode vestir-se e ele retorna à

⁶² A Macon consiste numa loja especializada em artigos e roupas pós-cirúrgicas em Campinas.

sua mesa. Ela vai se vestindo e comentando comigo: *“Eu vivo me consertando! Acho que não pode ter medo. Você tem que ir mesmo! Você tem que passar pela dorzinha . E vai até a mesa do residente, diz a ele que estava separada de seu marido há quatro meses e que estava com muita dor de cabeça. Ele respondeu-lhe: “a gente é médico mais ou menos, a gente é cirurgião! Então, passa lá por um clínico, num posto perto da sua casa! Esses problemas não tem nada a ver com a cirurgia!”*. Ela pergunta se poderia voltar a trabalhar. O residente responde que ainda não, se no trabalho dela tiver que carregar peso e que espere em torno de dois meses a dois meses e meio para voltar a pegar peso ou fazer força. E finaliza a consulta.

O comentários de Sílvia ilustram o fato da “auto-estima” apresentar-se como um valor moral, uma ética relacionada com o dever dos indivíduos de sentirem-se bem consigo mesmos e não apenas à uma busca de beleza estética. A estética aqui vem acoplada à ética envolvida na lutar para sentir-se bonita, com boa aparência, como parte da obrigação moral de sentir-se bem e portar-se de uma determinada maneira no mundo. Também demonstra a existência de uma ligação entre a “auto-estima” e a aparência física baseada no bem-estar psíquico daqueles que procuram as cirurgias plásticas. Sob este aspecto, não se trata simplesmente de uma ‘cultura psi’ ou uma ‘psicologização da vida social’ conforme afirma Ribeiro (2003), mas a questão é que existe um imperativo moral que dá conteúdos específicos ao que se tem chamado de ‘cultura psi’.

Edmonds (2002), a partir das colocações de Haiken (1997) e Sant’Anna (1995), destaca alguns fatores que levaram a uma maior aceitação das cirurgias plásticas estéticas a partir do período posterior à Segunda Guerra Mundial, argumentando que há uma alteração nas justificativas para as práticas cosméticas que passaram a basear-se no fornecimento de saúde psíquica aos pacientes. O autor destaca uma mudança da base ética da beleza na qual ‘qualquer um pode ser belo’ de acordo com a conquista individual e a idéia de “psicologização” na qual a aparência física e a auto-estima

estão essencialmente ligadas, pois teria sido na falta de auto-estima que a cirurgia estética teria encontrado sua “doença”. Portanto, esse vínculo com a psique agiria no sentido de atenuar a correlação da cirurgia estética com a vaidade ou o elitismo.

O que eu quero enfatizar é a mudança do “parecer bem” para o “sentir-se bem” por meio da alteração física do corpo num processo de inserção do “eu” na luta pela aparência desejada no sentido de que a identidade é cada vez mais expressa no corpo físico.

A associação entre a cirurgia plástica estética e os aspectos psicológicos está presente também nos discursos dos cirurgiões plásticos. Gilman (1999) ressalta que os primeiros cirurgiões plásticos como Gaspare Tagliacozzi (1545-99), Joseph Carpue (1764-1846) e John Orlando Roe (1849-1915) relatavam alterações na psique de seus pacientes que se submetiam às cirurgias plásticas. Segundo o autor, a analogia entre o cirurgião e o psiquiatra estaria no fato de ambos agirem no sentido de restaurar a felicidade do indivíduo.

Neste sentido, Pitanguy⁶³ (2006) também evidencia tal associação, pois segundo ele, o indivíduo possui dois lados, um lado físico, somático e outro, o lado mental. E quando a insatisfação psi é projetada para insatisfação com o corpo, a cirurgia plástica agiria no sentido de restaurar essa correlação, pois,

“Quando existe um problema do lado mental, psíquico, é evidente que a pessoa não se sente bem com o outro lado, não se sente bem com a sua imagem. E neste momento, então, é importante que ela encontre um tratamento. E este tratamento, não é absolutamente cirúrgico. Está muito nas mãos dos psicólogos, psiquiatras, porque é um sentido mais psicoterapêutico. Mas, por outro lado quando ela é somática, podemos fazer com esta energia possa fluir. E seria um esquema parecido com o de Reich, que mostra como é importante esse equilíbrio, e

⁶³ Dados coletados na conferência ministrada pelo Dr Ivo Pitanguy “Até que ponto a pele estica?” no Centro Cultural CPFL/ Campinas em outubro de 2006.

*como é importante no próprio diagnóstico procurar sentir os dois lados. Este processo energético, essa energia que move o nosso corpo ele é fruto desse equilíbrio entre o componente psíquico e o componente somático”.*⁶⁴

Segundo Pitangy (2006), o cirurgião plástico é um “psicólogo com um bisturi na mão” e a noção de beleza para os cirurgiões plásticos seria muito ampla e estaria ligada ao bem-estar e à felicidade do indivíduo, devido a isso, a “auto-percepção” do indivíduo em relação à sua própria imagem e de seu próprio corpo seria muito mais importante que a percepção dos outros, ou seja, as motivações e percepções individuais ganham grande destaque.

Rosa, 48 anos, desempregada de Campinas, em sua primeira consulta queria fazer uma cirurgia de troca da prótese de silicone por causa do “empedramento” da prótese. Ela veio acompanhada por uma amiga, que é funcionária da Unicamp e, devido ao fato de ter contato com os residentes, conseguiu a consulta para Rosa. Foi atendida por um dos residentes. Durante a consulta, muito animada, Rosa disse que havia colocado uma prótese há dez anos atrás para agradar seu marido. Eles se divorciaram e no momento, estavam namorando novamente. O residente a examinou e disse que a prótese realmente estava “empedrada” e que seria necessário realizar a troca por uma outra nova.

O residente ressaltou que no momento em que ela conseguisse a doação da prótese, poderia retornar para marcar a cirurgia. Assim que a consulta terminou, pedi para entrevistá-la e fomos para uma outra sala no Ambulatório. Rosa enfatizou que estava com muita esperança de fazer a cirurgia, pois

⁶⁴ Idem, 2006.

“Veja bem, eu tenho muito trauma porque eu tinha o seio pequeno. Tirei um nódulosinho, ficou menor ainda! Amamentei três filhos e eu sempre tive complexo. Só que com essa prótese que me foi colocada eu tive mais problemas psicológicos ainda. Parece um tijolo, não sei se você já viu? Pode colocar a mão! Eu não posso ter um abraço apertado. E isso não é só! É incômodo!

Então mexe com a minha cabeça, com o meu psicológico. Porque me abalou, me recalçou muito. Minha auto-estima acabou!

E eu vivo nessa expectativa. Não é só por vaidade, porque se ela não tivesse esse problema, eu ficaria com ela. Mas como o Doutor falou, eu estou ganhando um pouco mais de pele, fica ruim colocar ela de volta. Mas vai continuar com aquele excesso de pele. Só por isso eu vou fazer. Também eu tenho um pouco de preocupação com anestesia!!

E eu me encontro numa situação meio delicada, estou desempregada, separada. Não me permite em fazer no particular, numa boa clínica. Você entende!”.

Os complexos psicológicos, a necessidade de “aumentar a auto-estima”, aparecem muitas vezes como forma de ressaltar a necessidade da cirurgia, que não seria “apenas por vaidade” ou motivos que poderiam ser considerados “menos importantes”. Um discurso político no sentido de conseguir e tornar legítima a cirurgia, um modo de demonstrar que realmente ela é importante, não sendo por motivos fúteis, mas sim, “complexos reais”, “incômodos reais”, associados a amamentação de três filhos, seria um modo de afastar a noção de beleza da vaidade ou futilidade. Este fato, como já mencionei, é em especial, relevante num hospital público onde as cirurgias são realizadas de forma gratuita pelo SUS, o acesso é restrito e demorado, havendo casos de pacientes que ficam dois ou três anos na fila, esperando a realização de suas tão sonhadas cirurgias.

Desta maneira, por meio da existência de um imperativo moral associado à ‘auto-estima’ como justificativa para as cirurgias plásticas, os “incômodos”, “traumas”, “complexos” ganham características patológicas, “reparadoras” ou seja, a “auto-estima” é vista como uma espécie de “doença” que a cirurgia poderia “curar”. Além do fato dos cirurgiões plásticos dissolverem a dicotomia mente/corpo na legitimação das cirurgias, não havendo distinção entre o lado físico e o lado mental, o que justifica a insatisfação pessoal com a aparência e a conseqüente realização da cirurgia plástica.

Há contextos em que os “aspectos psi” ganham diferentes significados dentro deste serviço médico: quando a falta de auto-estima é considerada uma doença e as cirurgias são avaliadas como positivas, sendo ressaltados os aspectos reparadores da cirurgia e outros casos em que são dissociados da necessidade de efetivação de uma cirurgia plástica, tornando-se motivos pelos quais são vistos pelos cirurgiões como negativos, que os levam a não realizarem a cirurgia, segundo enfatizou um dos residentes:

“Na plástica você não faz só uma análise do que você tem que operar. Principalmente na vida aí fora, em consultório, você tem que saber analisar a paciente psicologicamente. No momento em que ela entra no consultório, você já está analisando a paciente. Do jeito dela, como ela é, se ela é depressiva, se ela é muito animada ou se ela está querendo coisa que você não vai poder dar para ela. Então, a análise psicológica é muito importante. E isso vem com a experiência, a gente não tem uma matéria de psicologia médica assim durante a residência. Tem na faculdade mas é uma coisa muito geral! Você vai aprendendo, e é muito importante esse lado psicológico mesmo. E principalmente nas estéticas, porque você está buscando melhorar a auto-estima da paciente. Você deixa a mama bonita, mas o que vai melhorar é a cabeça dela. (...)

Você tem que saber selecionar bem, indicar a cirurgia. Porque não é todo paciente que vai chegar no seu consultório e você vai operar. Principalmente porque têm aqueles pacientes que você sabe que pode dar complicação tanto técnica, da cirurgia quanto complicações psicológicas. Igual ontem eu vi lá no ambulatório. São as piores pacientes que chegam assim pra você falando Ah, eu separei do meu marido tem um ano e eu quero operar a mama porque eu quero conquistar ele de volta. (...) Isso tem direto no ambulatório, eu estou falando de ontem, porque justamente ontem eu vi uma paciente assim.

Na verdade essa é uma paciente que você tem que meio fugir dela entre aspas, porque ela nunca vai estar satisfeita com o resultado. Porque ela nunca vai ter o marido de volta. Não é a mama dela, são várias outras coisas que não compete um cirurgião consertar a vida dela. Então, com certeza é uma paciente que vai te dar problema. Por mais que fique bonita a mama dela, por mais que fique linda a mama dela, se ela não ganhar o marido de volta ela vai ficar botando a culpa que a mama não ficou boa e a culpa é do cirurgião. Isso é um problema sério que a gente tem”.

Alguns dos pacientes são considerados portadores de “distúrbios psiquiátricos”, como ressaltou um dos residentes que havia chegado recentemente de um Congresso de Cirurgia Plástica no Rio de Janeiro, onde ele obteve a informação de que em média, 20% dos indivíduos que procuram realizar uma cirurgia plástica estética possuiriam distúrbios de imagem corporal, que eles denominam de “dismorfofobia” ou seja, em suas próprias palavras: “A imagem que ela vê no espelho, não é a imagem que ela imagina do corpo dela. Então, ela está super linda no espelho, mas ela está incomodada com a mama. Mas, olha não compensa operar sua mama, você vai ganhar

uma cicatriz. E não vai melhorar muito, sua mama é bonita. Não doutor, mas me incomoda. Até perdi meu casamento”.

Segundo o residente entrevistado, um dos maiores desafios do cirurgião plástico é saber identificar os tipos de pacientes e lidar com aqueles que possuem algum tipo de ‘transtorno de personalidade’ o que afeta a relação médico-paciente, principalmente na cirurgia plástica, na qual são os próprios pacientes que procuram e indicam os locais que desejam realizar suas cirurgias. De modo que saber bem indicar a cirurgia significa também uma forma de prevenir problemas futuros, seja no contato do cirurgião com o paciente, seja com os resultados e a conseqüente satisfação do paciente com a cirurgia:

“O grande desafio da cirurgia plástica são esses pacientes psiquiátricos. Não psiquiátricos de ter uma doença psiquiátrica, mas sim um transtorno de personalidade que, às vezes, dificulta essa interface médico-paciente. Porque o médico está pensando uma coisa, planejando uma coisa e o paciente está pensando outra completamente diferente e com expectativa completamente diferente. Isso é a grande dificuldade da cirurgia plástica (...) Queria eu que todos os pacientes da cirurgia plástica fossem psicologicamente normais, que não tivessem essas alterações de imagem corporal. Porque isso favoreceria muito a nossa profissão (...) favoreceria o contato com o paciente(...) Esse lado psicológico dificulta bastante e é o grande desafio do cirurgião plástico. Saber identificar tais pacientes, antes de se operar. Porque se você identificar depois que você operou, na verdade você só identificou um problema. Você não identificou uma doença. Você identificou o problema de ter operado uma paciente doente. Se você identifica isso antes, você consegue contornar. Você contorna como? Ou não operando a paciente, ou falando que ela não tem indicação de cirurgia (...) Não quero te operar. Porquê?, porque eu acho que você não tem indicação. Ou encaminhando a

paciente para um psiquiatra para poder ver se isso tem tratamento, corrigir esses distúrbios da imagem corporal, para depois você operar a paciente (...) Às vezes, você nem deve operar a paciente. Você vai estar criando um problema a mais. É extremamente difícil lidar”.

O entrevistado faz uma oposição entre os pacientes que possuem algum tipo de “transtorno de personalidade” e os “psicologicamente normais” sendo que o problema do cirurgião plástico é estabelecer esta diferença, de modo a identificar quando há indicação cirúrgica. O residente opõe, assim, a demanda por cirurgia plástica como uma forma de reparar a falta de auto-estima do paciente aos casos em que não há indicação cirúrgica porque é a “somatização” que ganha destaque:

“Outra coisa que acontece muito é uma somatização. As pessoas, às vezes, não estão indo bem no casamento, o marido trocou ela por uma outra pessoa que tinha uma prótese mamária. E ela vem querendo porque querendo a prótese mamária, achando que o marido vai voltar, vai largar a amante. Que, às vezes, ela foi traída porque a amante tem a prótese e ela não tem. O marido largou ela porque o peito dela está caído, porque ela está barriguda. E isso na verdade, não é. O marido largou porque acabou o amor.

E, às vezes, elas não conseguem entender isso, então elas somatizam. Ao invés de entender que o amor acabou, que o marido não quer mais nada com ela. Elas acham que ele quer, mas trocou porque ela está caída. O problema está na cabeça dela, e não no corpo.

Então quando você escuta isso, não marque a cirurgia! Aqui a gente tem até certa liberdade por ser um serviço SUS, que não cobre cirurgias estéticas. A gente tem certa liberdade de falar: eu não te opero!”

A “somatização” é a transferência de problemas psicológicos para o corpo físico. Nestes casos, a cirurgia passa a ser considerada ineficaz por estar relacionada com problemas que não caberiam

aos cirurgiões resolver, porque é entendida pelo paciente como uma forma de resolver problemas afetivos ou pessoais, o que não seria possível por intermédio da cirurgia. E, desta maneira, ela é classificada como “estética”, não sendo realizada e a indicação médica é o encaminhamento para um tratamento psicoterapêutico, pois o problema está “na cabeça” e não no corpo do paciente.

Os casos de recusa ou adiamento indefinido das cirurgias revelam que a oposição entre cirurgia estética e reparadora é uma arma retórica dos médicos do HC para a não realização das cirurgias plásticas. O problema é entender quando- em que casos e situações- essa arma é utilizada. Em outras palavras, em que contextos e em que situações a falta de auto-estima deixa de legitimar a intervenção cirúrgica?

Edmonds (2002) opõe dois “ethos” contrastantes para caracterizar os significados da demanda por cirurgia plástica encontrados em mulheres de diferentes gerações que ele entrevistou. Por um lado, o “puritanismo ostentatório”, que *“combina disciplina rigorosa com desejo de exibir-se, a auto-privação ascética com afirmação positiva do eu”*⁶⁵ e por outro, o “ethos hedonista” em que a cirurgia plástica é vista como uma oportunidade de aprimorar a aparência com menor esforço e maior rapidez, do que através do uso de outras técnicas como as ginásticas ou os regimes alimentares. O próprio do ethos do “puritanismo ostentatório” é enfatizar a independência do demandante, independência que se revela na medida em que a plástica desejada está integralmente conectada a questão da liberdade pessoal, ao interesse de agradar a si mesmo e não ao interesse de atrair o parceiro homem ou mulher ou restabelecer laços afetivos. Em oposição, no “ethos hedonista” a plástica é reivindicada como um modo de agradar os outros e está ligada à sexualidade, na medida em que se espera com ela ficar mais atraente, ser paquerada, conquistar o namorado, refazer um casamento.

⁶⁵ Edmonds, 2002: 200.

Os dados levantados na pesquisa sugerem que a classificação dos pacientes em uma destas categorias é um mecanismo central na tomada de decisão dos médicos de atender ou não a demanda pela cirurgia. O “bom paciente”, que terá sua cirurgia aprovada, é aquele cujas características percebidas podem ser associadas ao “puritanismo ostentatório”, porque foi capaz de demonstrar que, realmente, está lutando para conseguir sua cirurgia e fará tudo o que for necessário para que ela possa ser bem-sucedida. Em oposição, ao “hedonista”, que é o “mau paciente”, cuja cirurgia tende a não ser realizada, pois as motivações que são dadas para tanto são vistas com reservas pelos residentes. O problema do “hedonista” está na cabeça e não no seu corpo e por isso, a cirurgia pleiteada será sempre, para ele, uma decepção.

Se a falta de auto-estima é a doença que, em princípio, legitima a intervenção terapêutica reparadora do médico é preciso ver que, no contexto do hospital-escola estudado, diferenças mais sutis entram na avaliação das decisões a serem tomadas pelos profissionais, residentes e médicos mais experientes. O que parece evidente é que a associação do déficit de auto-estima com o “ethos puritano” tende a transformar uma cirurgia que poderia ser estética em uma cirurgia reparadora. Da mesma forma, a identificação do paciente com hedonismo tende a associar seu pleito cirúrgico a uma questão estética e, portanto, a uma cirurgia que não pode ser realizada num hospital público.

De modo a tornar mais claro o modo como essas oposições são na prática acionadas, retomo no próximo capítulo a oposição entre estética e reparação e apresento casos em que a oposição entre “puritanismo ostentatório” e “hedonismo” perdem sua força na tomada de decisão dos médicos, particularmente quando gênero e gerações entram em questão.

Capítulo 6:

Estética e Reparadora

Este capítulo tem a intenção de analisar de maneira mais detalhada o uso da oposição “estética” e “reparadora” como categorias presentes no cotidiano dos cirurgiões plásticos e de seus pacientes e oferecer elementos para a reflexão sobre convenções do corpo na sua relação com gênero e envelhecimento.

Em especial, no caso do setor de cirurgia plástica do HC que é um hospital público que atende pelo SUS, seu objetivo consiste em fornecer atendimento para uma população carente e dar preferência aos casos reparadores, porém foi visto ao longo da pesquisa de campo que, na prática, a realização de cirurgias estéticas é uma constante no hospital e sua justificativa baseia-se na necessidade do aprendizado de diferentes tipos de intervenção para a formação dos futuros cirurgiões plásticos. As categorias “estética” e “reparadora” encontram-se tão naturalizadas no arsenal discursivo dos cirurgiões plásticos que em entrevista com um residente, quando lhe disse que estava querendo compreender as diferenças entre estes termos, ele respondeu:

“É um negócio que não é um protocolo, não é uma verdade universal, cada plano de saúde fala uma coisa, cada livro fala uma coisa e parte muito do bom senso dos médicos (...) bom senso, você sabe quando uma mama pode causar uma lombalgia, pode causar problemas nas costas do paciente ou quando a mama é estética, quando a mama está um pouco caída, está flácida (...) se a paciente não operasse não ia morrer por causa disso (...) não é fácil, é uma coisa que você demora para perceber, será que essa paciente está com dor nas costas ou ela está querendo enganar, quer te passar para trás? Porque se você perguntar para uma paciente com uma

mama pequenininha se ela tem dor nas costas, ela vai falar: lógico, tenho dor nas costas todos os dias. Você tem que ter bom senso, você sabe quando causa e quando não causa (...) é um negócio muito complicado, se você quiser definir na sua tese isso, talvez você não consiga porque muito cirurgião plástico não consegue definir isso, esse limiar. Alguns tipos de cirurgias com certeza são reparadoras tumor de pele, neurofibroma, cirurgia crânio-facial, fratura é óbvio que é reparadora, agora cabe ao bom senso do cirurgião plástico definir quais tipos de cirurgias estéticas podem ser consideradas reparadoras.”

O que este residente aponta é a dificuldade de definir e diferenciar com precisão o que seria uma cirurgia plástica reparadora e uma estética, pois cabe ao “bom senso” do cirurgião decidir. Como já vimos, outros residentes consideram que, na prática, essa oposição é uma forma de recusar a realização da cirurgia demandada pelo paciente, dizendo que no HC a prioridade é a reparação. Nesse último trecho de entrevista citado, o residente reconhece que o paciente pode se valer de artifícios de convencimento para transformar estética em reparação e ter a avaliação positiva da cirurgia desejada

66.

Raul Loeb, um renomado cirurgião plástico da Escola Paulista de Medicina e membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), escreveu um livro sobre a evolução da cirurgia plástica, intitulado *“História da Cirurgia Plástica Brasileira- 150 anos de evolução”*. Segundo Loeb (1993), atualmente, “cirurgia plástica” seria o termo mais correto para definir a especialidade, pois abrangeria tanto as intervenções estéticas quanto as reparadoras. Desde a fundação da SBCP, em 1949, a instituição se denominava Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Porém, em 1992, o

⁶⁶ Foi visto no capítulo 3 as estratégias de convencimento das pacientes baseadas na “ideologia médica da reparação” para terem suas cirurgias avaliadas como positivas dentro deste serviço médico, ou seja, são as dores físicas, restrições, incômodos e complexos que são enfatizados.

presidente, Dr. Liacyr Ribeiro, expôs numa reunião que algumas Sociedades Nacionais teriam incorporado aos seus nomes os termos “estética” e “reconstrutiva”, visando evitar que outras sociedades com caráter de medicina estética fossem confundidas com a Cirurgia Plástica. Foi proposto em reunião, que SBCP passasse a ser chamada “Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora”, ou SBCPER. Este nome permaneceu até o final da década de 90, quando voltou a se chamar “Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica”.

Este nome que persiste até os dias de hoje, remete à idéia de uma fusão entre os termos “estético” e “reparador”, ou seja, “é tudo cirurgia plástica”. Tal discurso unificador é muito presente nas falas dos cirurgiões e, sempre que questionava algum residente sobre as diferenças entre os termos, ou perguntava de um caso específico, qual seria a indicação, este discurso estava presente. Durante uma entrevista que realizei com uma das residentes, quando a questionei sobre o funcionamento da divisão entre estética e reparadora, ela respondeu:

“Existe sim uma separação. Obviamente que elas são totalmente interligadas. Uma reparadora sempre tem aspectos estéticos, e o estético tem aspectos reparadores. Mas tem os extremos, uma paciente com uma deformidade crânio-facial, quando os ossos da face são alterados, essa é puramente reparadora. Embora que o que a gente busque quando a gente opera é sempre uma estética boa para os olhos. Mas, é uma cirurgia que você pode dizer: essa é reparadora. Do mesmo jeito que uma paciente que quer pôr uma prótese de silicone pra aumentar a mama essa é uma cirurgia puramente estética. Na verdade, ela tem a mama, pode amamentar, funcionalmente ela é normal. Mas ela se sente infeliz com o tamanho, essa eu posso dizer que é estética. São extremos. E no meio tem um monte de nuances. Uma paciente que teve quatro filhos, tem aquela sobra de pele na barriga, você vai tirar, não tem como você dizer que é só

estética. Tem um lado reparador, também, naquilo de devolver para ela o fato dela ter o filho estragou. Tem muitos casos em que a estética e a reparação se permeiam”.

O que fica claro neste discurso é que a divisão entre a cirurgia plástica estética e a reparadora seria uma divisão tênue, ou seja, elas estão interligadas, apesar dos extremos que denotariam a “pureza” da cirurgia. A cirurgia estética é também reparadora pelo fato de “reparar” algo, conforme a residente explicitou, de devolver o que o fato de ter filhos que estragou. Como já vimos 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.

Entretanto, analisando as entrevistas e a pesquisa de campo, o que se observa é uma mudança do “discurso unificador” para um outro discurso, no qual haveria diferenças estabelecidas entre as práticas estéticas e as práticas reparadoras, nas quais a cirurgia reparadora consistiria naquela que visa restabelecer a funcionalidade de membros, órgãos, partes do corpo afetadas por queimaduras, acidentes ou síndromes congênitas. E a cirurgia estética, aquela em que a intervenção é realizada sem que haja necessidade fisiológica ou funcional.

O que parece influir na definição destas categorias seria o campo de atuação dos cirurgiões plásticos conforme foi afirmado por Gonçalves (2000) em seu estudo comparativo da cirurgia plástica em Hospital Público e em uma Clínica Particular no Rio de Janeiro, e neste sentido, alguns casos que acompanhei são esclarecedores. Em particular, o caso de Eliana demonstra que as categorias “estética” e “reparadora” além de variarem quando o espaço de atuação dos cirurgiões plásticos está em jogo, outros fatores também contribuem na dificuldade de definição e maleabilidade de tais categorias.

Fiz a primeira entrevista com Eliana, 43 anos, dona-de-casa de Jundiaí, na sua primeira consulta entra a fim de diminuir o tamanho de suas mamas, mas foi um mês depois, quando ela já tinha feito a cirurgia e veio ao HC para fazer os curativos pós-operatórios que ela relatou as dificuldades enfrentadas para a conquista da operação tão desejada, que há oito anos ela vinha tentando fazer. Conta que de início procurou o seu convênio médico em Jundiaí, mas o médico que a atendeu recusou-se e ainda “zombou” dela por tratar-se de uma cirurgia estética. Fato este que não ocorreu no HC, pois consideraram sua cirurgia reparadora e um caso interessante de ser operado, por tratar-se de uma gigantomastia. Vale a pena transcrever parte do relato do périplo por ela seguido para conseguir a cirurgia de modo a ver como a oposição entre estética e reparadora pode articular significados muito distintos.

“(...) eu fui tentar fazer a cirurgia no convênio. Daí, eu passei por uma cirurgiã. Ela me encaminhou, olhou. Falou para mim: é, só que tem um problema! Nós, cirurgiões plásticos assinamos um contrato com o hospital e nós não podemos quebrar o contrato. Não fazia a cirurgia!(...) Eu estou com uma bronca daquele convênio! Daí, ela falou assim: conversa com a assistente social, se eles liberarem a cirurgia, eu faço a cirurgia para você. Tudo bem, fui com a assistente social, a assistente social ficou dando risada. Mas porque que ela mandou você aqui comigo? Eu disse: porque eu preciso de uma cirurgia de mama, tenho mamas volumosas. Está dando problema de saúde em mim! (e a médica falou que) se vocês liberar, ela faria a cirurgia para mim. Daí conclusão, ela disse: não é a gente que vê isso, é ela! Não é ela que é a médica? Daí foi um dilema que eu fui no Sac, serviço de atendimento ao cliente. Fui lá e nisso eu passei com o ortopedista, sabe. Que uma amiga minha falou: ah, tem um ortopedista no Hospital Y, ele é muito legal, conversa com ele. Fui com esse ortopedista, Deus que me perdoe! Eu disse: doutor, eu tenho mamas grandes, está dando problema nas costas.

Ele nem me examinou também viu! Nem olhou. Ele só falou assim, eu não posso ajudar em nada na administração. Porque eu precisava de um laudo, de encaminhamento. Ele disse: não posso te ajudar em nada! Pede para ela, ela que tem que te dar. Daí, eu voltei com ela de novo. Eu disse: Dr U, eu preciso, de uma carta, de um parecer seu para eu levar lá no Sac, como que eu vou conversar com ele de boca? Não tem como! Tem que ter um parecer do médico! Nossa, menina, ela se exaltou na cadeira; Eu não posso te dar! Falou brava, sabe! Eu não posso te dar carta! Única coisa que eu posso te dar é uma declaração, serve? Se servir, eu dou. Na maior ignorância, sabe! Eu falei: tudo bem ,dá a declaração. E escreveu lá, que ela estava dando a declaração a pedido meu, que nem era da parte dela o encaminhamento, que eu estava com queixas de mama grande, e também, eu estava com alto-peso. Disse que eu estava pesando 79 kg, que eu estava obesa. Aí, eu peguei a declaração dela e dei lá.

Aí ligaram de volta, falando que não era possível fazer a cirurgia, que o plano que o meu marido fez para mim, não cobria. Mas eu falei: como? Eu estou com problema de saúde, eu não quero estética. Se vocês põe estética, é problema de vocês, eu falei: e como fica minha saúde? Se a gente paga, o plano, é para a gente preservar a saúde da gente. Daí eu falei que ia procurar meus direitos! Ela ficou culpando a médica. Ah, mas também a médica ficou em cima do muro! Desse jeito, ela quis dizer que a médica, jogou a culpa na médica, sabe. Tem três cirurgiões lá. Passei com outra, chilena, ela disse: olha convênio não faz! Você já passou aqui? O que a Dra. U falou para você? Ela falou que se o convênio liberasse, ela fazia a cirurgia. Ela fez uma cara assim! Ela falou: é, só que o convênio não faz! Eles não fazem, porque dão como estética. Daí eu falei assim: como estética? Você está vendo o tamanho do meu seio, você está vendo minhas costas! Você me examinou! Você me viu! Ela falou: eu entendo! Eu entendo o seu lado, mas eu não posso te ajudar nessa parte. Daí ela indicou outro médico, cirurgião. De lá

também! Porque que você não passa pelo Dr. G? Eu falei: não acredito! Vou passar de mão em mão? Cadê a competência deles? Eu falei: ele vai resolver meu caso? Ela disse: olha filha, ele é o chefe da cirurgia plástica. Se ele não resolver seu caso, ninguém resolve! Passa com ele, mostra suas mamas para ele.

Tudo bem, marquei consulta com ele. Ai, que arrependimento! Acho que ele foi o pior das duas! Ele pegou falou assim: qual o problema? Ele tinha minha ficha, viu que eu já tinha passado nas duas médicas ali. Eu falei assim: oh, doutor, eu passei com a Dra. Z, ela aconselhou eu a marcar consulta com o senhor, porque o senhor é o chefe, falei ainda, desse jeito pra ele: o senhor é o chefe da cirurgia aqui. Falei: eu estou necessitando dessa cirurgia. Eu não agüento de dor nas costas, doutor! Os outros pensam que a gente está mentindo, mas ninguém está na pele da gente! Daí, ele olhou assim, falou: é, só que o convênio não faz. Daí eu falei: poxa, será que o senhor não pode fazer uma carta, sendo o senhor que autoriza tudo! Dizendo que a paciente tem necessidade, porque o convênio falou que ia fazer, se o médico falar que não é estética, que é problema de saúde, nós faremos a cirurgia para você.

Porque o convênio só cobre reparadora, mas ela falou que eu tinha direito se o médico dissesse. Daí, eu falei para ele, ele disse assim: ah, mas tem muitas mulheres por aí, que tem mamas volumosas, e não tem dor nas costas. Daí, eu falei: cada caso é um caso, doutor! O senhor é igual ao outro? Um é igual ao outro? Ninguém é igual a ninguém. Ele disse para eu fazer fisioterapia. Eu me senti humilhada naquele convênio! Puxa-vida, fiquei tão chateada! Ele falou assim: tira a blusa, deixa eu ver seu seio. Tirei a blusa, ele pegou meu seio e falou: é pesadinho mesmo! Desse jeito! Nem olhou minha coluna que nem o residente aqui fez. Olhou tudo, chamou o outro para ver, tudo!

Ele só disse: pesadinho, só que aqui não faz! Porque que você não faz um carnê? Eu disse: você acha que se eu tivesse dinheiro pra pagar a cirurgia, eu estaria aqui pedindo para você? De quanto é o seu carnê? Ele falou assim: 10 vezes de 500 reais. Daí você vai pagando, quando chegar assim, no quase pago o carnê, ele faria a cirurgia para mim! Foi acho que em março que eu comecei a ir lá, daí eu ia pagando e no final desse ano eu faria a cirurgia. Daí, ele ia fazer na clínica dele. É brincadeira! Médico de convênio, hein! Daí eu falei: me dá seu cartão, que eu converso com o meu marido, só para eu ver o cartãozinho dele! Daí ele deu o cartão para mim, ele é professor da faculdade de medicina de Jundiaí. Ai, que raiva! Ai, que ódio!

Meu marido ficou revoltado, ele até falou assim para mim; que ele tava querendo abrir um processo contra eles por causa disso, sabe. Ele conversou com o advogado, o advogado disse que se eu pegar com o médico daqui, que fez minha cirurgia, um laudo, eu não sei se eles vão querer dar, mas se eu pegar um laudo constando que eles fizeram a cirurgia em mim, não por estética. Para processar o convênio e também por moralmente, porque eu fui humilhada! Foi humilhação isso daí. E meu marido fez esse convênio, porque é bom ter, porque exames é tudo mais rápido!!

Eu vou falar com o residente, vou passar tudo isso para ele e vou pedir um laudo. Para falar: olha onde eu consegui a cirurgia, com os estudantes, muito melhor que vocês, que me trataram como gente! Não como vocês que trata que nem bicho a gente!

Pergunto a ela como havia sido o encaminhamento para HC;

“Eu tenho um ginecologista, lá no postinho perto da minha casa, chama Dr. P, muitos anos ele atende no posto, atende na Unimed, também. Tem particular, tem o consultório dele, mas ele atende pelo SUS também. Ele sempre foi meu ginecologista, só quando meu marido fez esse convênio que eu deixei dele. Daí quando aconteceu isso daí, no convênio, eu procurei ele,

marquei uma consulta com ele. Disse que precisava de sua ajuda. Ele falou assim, porque ele me operou tudo, fez laqueadura em mim! Ele é muito legal, é que nem os meninos daqui sabe. Pronto para resolver o problema! Eu falei preciso da sua ajuda, eu estou querendo reduzir minha mama! E contei para ele do convênio. Eu falei: me dá um encaminhamento para Unicamp? Porque falaram para mim! Que o postinho encaminha para lá! A recepcionista do posto que me disse.

O Dr P já tinha me dado o encaminhamento para faculdade de medicina de Jundiaí, mas com aquele médico eu não ia. Daí ele escreveu que minha cirurgia não era estética no papel de encaminhamento. Ele pediu para eu tirar o sutiã, mediu com uma régua e escreveu lá. Que tava 3 cm chegando no umbigo! Escreveu desse jeito no encaminhamento. Daí ele falou: vamos ver se você não consegue essa cirurgia agora!

Daí ele falou assim: quando você for lá na consulta, você leva suas mamografias! Daí vim aqui com o residente, ele pediu para eu pegar um laudo com ele. Daí, voltei com o Dr P, e falei: nossa, consegui a cirurgia! Graças a Deus e a você que me deu o encaminhamento. Daí ele começou a dar risada, e me deu a cartinha autorizando os médicos daqui para operar. Ele falou boa sorte para você viu!

Pergunto como estava sendo depois da cirurgia;

Ah, eles ficam olhando! Falando que eu estou que nem moçinha! A minha filha veio me buscar, ela disse: nossa como você está magrinha, seus peitos mais erguidos que os meu! Eu disse: ah, essas bênção na vida da gente! Eu não mandei fazerem isso, não. Os médicos quiseram caprichar, eu falei não estou aqui por causa de estética. Os médicos que capricharam na coisa aqui. Os colegas do meu marido ficam falando: ih, toma cuidado, hein! Lá na padaria, o dono meu falou que meu marido tinha falado que aquele que olhar para você ia se ver com ele! Foi

bom viu! Gostei muito daqui, viu! Gostei muito do atendimento, dos médicos, das enfermeiras. O marido de uma amiga, se eu não conseguisse na Unicamp, ia pra São Paulo, num hospital lá! Meu corpo antes, eu me sentia pesada sabe! Eu me sentia mal, em tirar o sutiã, olhar os peitos. Tirando os problemas de saúde que eu relatei para você. Agora eu me sinto leve, nenhum sutiã servia em mim! Tinha que ficar procurando, me irritava, sabe! No casamento da minha filha, minha filha casou vai fazer 1 ano. Eu fui alugar roupa, nenhuma roupa servia em mim por causa do busto. Ai, que nervoso! Eu fui com um vestido que ficou amassando, ficou partido sabe. Metade do seio para cima, metade para baixo. Fiquei com uma raiva! Revoltada sabe! Porque Deus faz tudo na medida certa. As pessoas falam: Deus que quer! Não é Deus que quer! Deus não quer nada prejudicando um filho dele. Mas eu gostei, estou feliz viu! Estou muito feliz. Meu marido ligou no celular no quarto e falou: você está feliz? Eu falei: eu estou! O residente foi na quinta me ver!! Tirou, mostrou para mim. E disse: e aí, como você está se sentindo? Eu estou me sentindo leve, doutor! Vou voar, vou voar! Tiraram um peso de mim! Tem médico, minha filha, que só quer dinheiro. A Dra U me disse lá, é com dinheiro faz tudo! Se eu tivesse dinheiro, eu estava pagando mas não para vocês. Tem gente que paga essa cirurgia e não fica boa não. Já vi gente operar, e não foi nada boa não!

Pergunto sobre o pós-operatório;

Eu sinto só aquela dorzinha que eu falei para o residente, mas ele disse que era normal, que doía mesmo! Mas na hora que eu levanto, parece que vai abrir tudo os ponto! Se eu fico andando não dói nada, só quando eu deito, vai levantar. Fica tudo normal”.

O relato dramático de Eliana ilustra as diferentes conotações que o termo “estética” e “reparadora” possui em dois diferentes espaços de atuação dos cirurgiões plásticos: no HC, um

Hospital-Escola Universitário, de atendimento público, onde sua cirurgia foi avaliada como reparadora e rapidamente realizada, em menos de um mês de sua primeira consulta. E no convênio de saúde, um espaço de atuação que é privado, onde os cirurgiões plásticos assinam um contrato com o hospital vinculado e possuem apenas a permissão de realizarem as cirurgias consideradas reparadoras. Naquele espaço a mesma cirurgia foi avaliada por três cirurgiões diferentes como estética. Sem dúvida o espaço de atuação do cirurgião plástico interfere na avaliação do que seria uma cirurgia estética e o que seria uma cirurgia reparadora, mas suponho que a classe social do indivíduo também seja relevante, como foi visto no caso de Eliana, quando o cirurgião do convênio classificou sua cirurgia como estética e lhe disse da possibilidade de realizá-la em sua clínica particular e pela falta de condições financeiras, ela recorreu ao HC por intermédio do encaminhamento do posto de saúde de sua cidade.

Outro fator importante para a compreensão da maleabilidade e dificuldade de definição entre as cirurgias estéticas e reparadoras é que se trata de uma disputa retórica, ou seja, no limite elas se permeiam e se fundem no sentido de que “toda cirurgia estética é reparadora e toda cirurgia reparadora é estética” evidenciando uma falsa dicotomia entre as cirurgias estéticas e reparadoras, mas que ganha significados importantes quando interesses e recursos econômicos diferentes entram em ação.

O que está em jogo aqui são as convenções sociais a respeito do corpo que estão sendo acionadas pelos pacientes e pelos cirurgiões plásticos. Neste sentido, a pesquisa de Corrêa (2003)⁶⁷ sobre a intervenção médica no corpo de crianças, com o objetivo de definir ou redefinir seu sexo por

⁶⁷ A pesquisa é parte de um projeto temático em andamento no PAGU/Núcleo de Estudos em Gênero da Unicamp, financiado pela FAPESP (processo 2003/ 13691-0): *Gênero, Corporalidades* que tem como objetivo refletir por meio das relações entre gênero e corporalidades como as convenções sobre a corporalidade informam práticas sociais e culturais específicas na ‘produção’ dos corpos e implicações nas identidades sociais. Entre outros trabalhos importantes, destaca-se o de Mariza Corrêa acerca dos intersexos e o de Guita Debert sobre a ‘indústria da beleza’ que compõe o eixo ‘Plasticidade corporal, sexo e gênero’ no qual esta pesquisa dialoga.

meio de um estudo comparativo da postura da Medicina nos EUA e no Brasil é iluminadora. A autora atenta para a compreensão de qual política sexual orienta as intervenções médicas nos corpos de recém-nascidos definidos sexualmente como ambíguos- a ‘ideologia do dimorfismo sexual’ e a maneira como o corpo humano é visto tanto pelos médicos quanto pelas pessoas em geral nas sociedades, enquanto uma matéria plástica, flexível, sujeita às convenções sociais. No caso dos intersexos, os médicos por meio da cirurgia de redefinição de sexo procuram adequar estas pessoas a um parâmetro cultural, à imposição do dimorfismo sexual como convenção e da necessidade de coerência entre aparência e essência baseada na noção de plasticidade do corpo.

Dessa maneira, na cirurgia plástica, tanto os cirurgiões plásticos quanto os pacientes crêem 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”*⁶⁸. Conceito este que consiste em uma máxima do pensamento médico em geral que legitima a “ideologia médica da reparação” presente nas cirurgias plásticas fazendo com que, no limite, todas as cirurgias plásticas sejam reparadoras no sentido de reparar a saúde física e psicológica do paciente, conforme fica claro na fala de um dos residentes:

“Tanto na parte estética mesmo, você quer deixar o paciente mais bonito, reconstruir do jeito mais bonito, tanto na parte da saúde, porque você fazendo isso, você também está tratando alguma doença. A gente se preocupa com a cicatriz, mas estava tirando um linfoglioma. A gente está tratando uma doença dela também. Saúde está muito ligado com plástica que na verdade é a finalidade da medicina”.

⁶⁸ Fala de um dos residentes entrevistados durante o trabalho de campo.

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 pobre e de ricos.

- ***Masculinidades, Feminilidades***

Conforme foi explicitado, durante a pesquisa de campo, pude acompanhar as consultas médicas e entrevistar 73 pacientes. Dentre eles, 12 homens e 61 mulheres de faixas etárias distintas. O que me chamava atenção era o fato de por que serem em sua grande maioria mulheres que estavam em busca de realizar as mais diversas cirurgias plásticas: colocar prótese de silicone, operar o abdômen, diminuir ou levantar os seios que estavam flácidos, amenizar as rugas, “lipar” as “gordurinhas”, “afinar” o nariz. As técnicas de embelezamento seriam mais restritas às mulheres? As cirurgias estéticas seriam “feminilizantes” em oposição às cirurgias reparadoras que seriam “masculinizantes”? Tais questões merecem seu devido cuidado e atenção para que não se caia em generalizações essencialistas.

Ilana Löwy (2003) reflete sobre as diferenças nas concepções de beleza e aparência física entre homens e mulheres. Ela afirma, a partir das colocações de Gilman (1999), que embora a cirurgia plástica estética, em sua origem, não estivesse associada ao sexo, mas sim à raça, pois foi desenvolvida com o objetivo de encontrar uma técnica que permitisse corrigir um tipo particular de doença- o nariz semita e de transformá-lo no nariz clássico que não tivesse o estigma étnico, são as mulheres que realizam mais cirurgias plásticas quando comparadas aos homens. A autora compreende a cirurgia plástica como técnica médica de transformação corporal que está ligada ao desejo das pessoas dos dois sexos de mudar o seu aspecto físico e assim mudar o seu destino.

Porém, o destino das mulheres, dependeria muito mais de sua aparência física do que o dos homens, além do fato das mulheres utilizarem estas técnicas com o intuito de se desembaraçar das taras inatas ou adquiridas, melhorarem suas chances de casamento, emprego e adquirirem mais confiança nelas mesmas.

A distinção das cirurgias plásticas entre estética e reparadora foi analisada por Gonçalves (2000) em um hospital público no Rio de Janeiro. Ela aponta três fatores que influenciam a classificação das cirurgias plásticas neste serviço médico: o fato do médico que está avaliando o paciente ser favorável ou não à execução das cirurgias tidas como estéticas em um serviço público, o grau de conhecimento do paciente em relação à equipe se o paciente for conhecido de um membro ou de algum funcionário do hospital sua cirurgia tenderá a ser aprovada e a questão de gênero, pois no hospital estudado pela autora, a grande maioria da equipe é formada por homens, o que traz conseqüências para as avaliações das cirurgias, principalmente nos casos de ginecomastia, que são cirurgias plásticas realizadas em homens com o intuito de diminuir o tamanho das mamas. Os casos de ginecomastias são considerados estéticos nos planos de saúde e nas revistas de circulação nacional sobre cirurgias plásticas, mas no hospital estudado, são considerados reparadores pelos cirurgiões em oposição à mamoplastia, que como vimos, pode envolver um périplo dramático de classificações entre estética e reparadora.

Outra pergunta que me fazia em relação à predominância das mulheres procurando realizar cirurgias plásticas é que, se, talvez, essa situação seria diferente numa clínica particular, onde o público é proveniente de uma classe social mais enriquecida e 90% dos casos são considerados estéticos, mas as respostas que obtive, conversando com alguns residentes é, que, o contexto com certeza seria diferente numa clínica particular, mas o público masculino ainda seria “tímido” em

relação às cirurgias estéticas conforme me afirmou uma residente que estava fazendo estágio numa clínica particular em Campinas. Ela havia operado o nariz de alguns homens no HC, porém afirma:

“São poucos os homens, eles ainda estão tímidos em entrar nisso, eu acho que é uma tendência, cada vez mais os homens entrar e se sentirem a vontade de eventualmente melhorar algum aspecto estético (...) os homens tem medo de serem taxados de viados, eles se sentem constrangidos, é que nem tingir cabelo, fica sempre como uma coisa de mulher, mas é uma coisa que está mudando, existe uma tendência”.

Dessa maneira, algumas questões tornam-se relevantes- Quais seriam as justificativas para as cirurgias masculinas? Quais as diferenças em relação às cirurgias plásticas realizadas pelas mulheres e as cirurgias plásticas realizadas pelos homens?

Desses 12 homens de faixa etária dos 12 aos 79 anos, apenas 2 realizaram cirurgias consideradas estéticas: uma otoplastia e o outro, uma rinoplastia. O restante foram casos de ginecomastia, queimaduras, tumores, casos de obesos a fim de realizar abdominoplastia, ex-obeso que fez gastroplastia e foi encaminhado ao setor de plástica, reconstrução de orelha devido a acidente, ou seja, cirurgias consideradas oficialmente reparadoras e não estéticas. O que evidencia a constituição da diferença de gênero através das cirurgias plásticas, pois, as práticas de embelezamento e cirurgias estéticas estariam mais associadas ao universo feminino. Assim, torna-se interessante compreender quais seriam as noções e visões de feminilidades que estariam vinculadas à demanda pela cirurgia plástica estética.

Alguns Casos Masculinos:

Gilson, 23 anos, é estudante e mora em Cosmópolis. Realizou no HC em fevereiro de 2006 uma ginecomastia devido ao aumento de suas mamas. Foi encaminhado ao HC pelo posto de saúde

de sua cidade, onde o serviço médico não disponibiliza esta cirurgia. Sua primeira consulta foi em dezembro de 2004, realizou os exames pré-operatórios no início de 2005 e a cirurgia foi agendada para setembro de 2005, porém não pôde comparecer pois estava doente na época. Assim, teve que remarcar um retorno para janeiro de 2006. A justificativa de sua cirurgia centra-se no incômodo psicológico que sofria, pois foi a partir dos 18 anos que iniciou o processo de crescimento de suas mamas. Queixava-se também das dores. Para ele, sua cirurgia foi muito benéfica, pois *“estou me sentindo melhor em tudo, vestir uma roupa, sair com os amigos, em minha vida pessoal e tudo mais!”*.

Benedito, 18 anos, estudante, de Charqueada. Fez em outubro de 2005 uma otoplastia devido, segundo ele, à uma “deformação na orelha que tinha de nascença”. Quando lhe questionei o porquê da cirurgia ele respondeu:

“Achava meio esquisito! O povo ficava zuando na escola. Então eu quis fazer (...) eu acho que mudou bastante, perto do que era, então, eu gostei, e agora na segunda vai ficar melhor”.

João, 22 anos, aluno do sexto ano de medicina na Unicamp, de Campinas. Realizou duas rinoplastias e estava em sua consulta de retorno para realizar o retoque da cirurgia de ginecomastia. Na entrevista que fizemos, ele conta que cismava *“que tinha peito grande”*.

“Na escola me debochavam. É desde pequeno eu tinha já peito grande. É um pouco de família sabe? Na família do meu pai, os homens quase todos tem. Ginecomastia!!

Daí eu ficava chateado porque eu ficava com vergonha de ir à piscina, à praia. Eu ia, mas sempre morrendo de vergonha (...) E na escola, às vezes, eu estava com a camiseta, uma

roupa mais justa. Daí, os colegas colocavam o apelido de Zé Tetinha em mim! Sabe como criança é cruel!!

Conta também que a primeira cirurgia que fez não deu certo, porque ele não obedeceu às recomendações do pós-operatório, fazendo os repousos necessários. Ele se considera “eterno insatisfeito” com o seu corpo. Já fez duas plásticas no nariz e soma um total de três cirurgias plásticas em menos de seis meses e conclui mostrando que agora não é uma questão puramente estética que está em jogo:

“Sabe, essa coisa da estética cansa. Eu estou desistindo já! Eu só quero corrigir da mama porque me dói sabe! Se não doesse, eu nem mexeria! Mas como dói”

Quando pergunto como ele se sentia em relação aos padrões de beleza atuais, ele responde dizendo:

“Então, acho que todo mundo deseja ser aceito. Eu, por exemplo, nunca me achei bonito. Eu sempre tive muito complexo de inferioridade (...) eu sou homossexual. Então, eu não me enquadro muito nesse padrão seu, porque dentro do mundo homossexual, tem um coisa com o corpo!

Nossa, é um culto! Até é uma área interessante para o seu trabalho, viu!

Tem um culto ao corpo e tudo mais e você acaba. Eu estou bem longe de ser um padrão deles! Eu não malho. E nem tenho muito aqueles gostos que o povo tem. Gostar de Madona (...) eu fujo um pouco de gostar de mil baladas, de se vestir de forma toda fashion, sabe! Eu fujo um pouco desse esteriótipo. Eu vivo aquele mundo da maioria. Então eu não sei, mas é um culto

ao corpo muito grande que as pessoas têm e se você ficar indo atrás você fica doido!! (...). Eu fiz a plástica (porque) eu me achava tão feio, que eu não tinha vontade de sair de casa. Você acredita? Para mim a plástica fez uma revolução. Não está como eu gostaria, está melhor do que era antes, então isso me serviu de um incentivo para eu sair do armário. Literalmente! Eu revelei para os meus pais, para os meus colegas de faculdade, para todo mundo, eu me aceitei também porque eu sofria muito com isso de querer mudar a minha opção sexual. Então, para mim, a plástica foi muito benéfico.

Foi um ritual, um marco. Fiz a plástica, me senti assim, preparado para cair no mundo! (...) Serviu como um reinício! (...) Serviu para eu confiar um porquinho mais em mim (...) Nunca tinha namorado. E depois (da plástica) tudo isso que aconteceu.”

Márcio, 39 anos é técnico em Biologia na Unicamp e mora em de Campinas. Estava em sua consulta de retorno para ser internado a fim de realizar lipoaspiração na barriga e nas mamas e conta que tinha uma “obesidade mórbida” porque pesava 163 kg e conseguiu, através de um financiamento, realizar por R\$8000,00 uma gastroplastia, com um médico particular. Agora, como conhecia vários médicos na Unicamp, pode, por meio destes contatos, agendar a lipoaspiração na barriga e nas mamas. Ele diz que se considera um privilegiado:

“Eu me sinto incomodado, mas é que, realmente é uma necessidade, eu preciso. Não agüento mais usar calcinha! E incomoda muito estar numa condição privilegiada, com tantas pessoas que precisam até mais que eu. Eu espero da cirurgia mais um incentivo pra eu continuar emagrecendo (...) Porque antes, quando eu tinha aquela cinta, aquela barriga, a roupa era tudo roupa gigante. E agora eu emagreci, fica desproporcional, porque, o peito está enorme e a cintura está fina. Então você tem que acabar usando a cinta para poder modelar, para você

usar uma roupa normal. Isso que está me incomodando. É um macacão inteiro, fecha o macacão, pega a perna, devido a flacidez da perna, aperta tudo!. A família apóia, os amigos, todo mundo apóia”.

Diante dos casos expostos, o que fica claro é que a preocupação com a aparência, a insatisfação com o próprio corpo, os “complexos”, a “baixa auto-estima”, os “incômodos”, o peso do “olhar do outro”, enfim a inadequação de partes do corpo aos modelos tidos como adequados como razão para a reivindicação das cirurgias não são preocupações somente das mulheres. Da mesma forma, a tendência de todos os entrevistados é se referir às dores e aos sofrimentos excessivos de modo a demonstrar que essa demanda não é expressão de pura vaidade, de um hedonismo descontrolado.

Porém, suponho que é importante atentar com mais atenção para os tipos de cirurgias demandadas de modo a compreender os significados dos pleitos em cada caso. Em outras palavras, na prática da interação entre médicos e pacientes, “cirurgia plástica” como uma categoria geral perde significado e é preciso ver qual é a especificidade dos significados associados aos diferentes tipos de cirurgia que essa classificação geral abrange.

De acordo com os residentes entrevistados, dentre as cirurgias femininas, as mais procuradas são a mamoplastia e a abdominoplastia, já nos casos masculinos, a ginecomastia e a rinoplastia.

As ginecomastias são cirurgias realizadas em homens que tiveram aumento das mamas. Em especial, esta cirurgia é interessante para refletir como as características tidas como femininas e masculinas são corporificadas através da cirurgia plástica.

Mauro, 40 anos, trabalha em construção civil, é de Socorro. Ele foi encaminhado ao setor de plástica do HC por um médico de sua cidade a fim de realizar uma cirurgia de ginecomastia. Disse-me

que havia procurado um médico em sua cidade para resolver o problema e que ele queria cobrar pela cirurgia, pois foi considerada estética.

Contou-me que o crescimento de suas mamas teriam se iniciado há uns oito anos atrás, quando fazia academia de ginástica e começou a tomar anabolizantes. Sua cirurgia é marcada e expressa sua satisfação dizendo:

Nossa! Vai mudar tudo!! Porque seio é coisa de mulher! Está muito grande... Não posso usar uma camiseta regata, eu só uso camiseta mais larga porque fica marcando.... “Todo mundo fica tirando sarro! “

Embora no relato de Mauro, ele conte que quando procurou, em sua cidade, um cirurgião, este tenha avaliado sua cirurgia como “estética”, os médicos do HC, avaliaram-na como “reparadora”. E todos os casos de ginecomastia que acompanhei no HC, nenhum foi negado e todos foram considerados reparadores. O que remete à questão: Qual seria a diferença entre a cirurgia realizada nas mamas de uma mulher e de um homem? Como o próprio Mauro respondeu-me, quando o questionei sobre o que o incomodava, imediatamente ele disse: “*seio é coisa de mulher!!! Está muito grande*”. Ou seja, os homens não possuem seios! E quando passam a possuir alguma protuberância nas mamas, como no caso de João, é hereditário ou fruto da ingestão de anabolizantes, o fato é considerado uma “patologia” que dever ser reparada, no caso dos homens.

Gonçalves (2000) também observou que as cirurgias de ginecomastia realizadas no hospital público que ela pesquisou no Rio de Janeiro são consideradas reparadoras e destaca algumas razões para tanto: primeiro, por ser considerado um caso “patológico” um homem com alguma protuberância nas mamas; segundo, a questão do gênero, pois os médicos que avaliam os pacientes

são todos homens e sensibilizam-se com o sofrimento de seus pares com aquela “anormalidade” e, terceiro, seria a demanda, pois para cada dez mulheres que procuram o hospital querendo fazer redução de mama, um homem chega pleiteando uma ginecomastia, então, ficaria mais fácil aprovar esses casos em menor quantidade.

Concordo com Gonçalves que “homens com seios” sejam considerados uma “patologia”, não apenas pelos médicos, mas por eles mesmos, por seus amigos, familiares, etc. Mas, segundo meus dados de campo, as razões apontadas pela autora não explicariam o fato desta cirurgia ser considerada reparadora num hospital público e ser facilmente avaliada como positiva para a efetivação. No HC, nem todos os residentes que avaliam os casos são homens, há duas mulheres também, além do fato de ser uma cirurgia realizada com recorrência, no caso dos homens.

Suponho que esta “patologia” esteja relacionada ao que Corrêa (2004), em sua pesquisa sobre as convenções que orientam práticas de intervenções médicas em relação às crianças de “sexo ambíguo”, denomina de “ideologia do dimorfismo sexual”. O dimorfismo sexual aparece como uma convenção central em nossa sociedade e o fato de um “homem possuir seio”, pois “*seio é coisa de mulher*” conforme afirma Mauro, cria um problema para a diferenciação binária entre os seres humanos, problema esse que a cirurgia pode reparar, restabelecendo a suposta naturalidade do dimorfismo sexual.

No caso das mulheres, as cirurgias realizadas nas mamas são três: a mamoplastia, a colocação de prótese de silicone e a gigantomastia e nem todos os casos são considerados estéticos em mulheres, há casos avaliados como reparadores também. Assim, comparativamente, suponho que as cirurgias realizadas no mesmo local do corpo de homens e mulheres consistem num material rico de análise, pois, demonstram as noções tanto de feminilidades, quanto de masculinidades associados.

Dessa maneira, operar as mamas, para as mulheres, possuem outros significados do que para os homens. Os seios, para as mulheres, são vistos como um “aspecto de ser mulher”, é muitas vezes associado às noções de feminilidades, sejam elas a “sensualidade feminina”, ou a associação com a gravidez, pois é por intermédio deles que as mães amamentam seus filhos. Sendo assim, consistem numa parte do corpo das mulheres carregada de simbolismos. A mamoplastia redutora consiste numa cirurgia realizada em mulheres com a finalidade de “erguer” e diminuir o tamanho dos seios. A faixa etária das mulheres dos casos que acompanhei vai de 24 anos aos 45 anos. De uma maneira generalizada, seus discursos centram-se no fato de possuírem “seios grandes e caídos”, o que causa vergonha, tristeza por não poder vestir certas roupas e dores nas costas. Como foi possível mostrar. E também, as que são mães, ressaltam o fato de terem amamentado razão pela qual suas mamas ficaram flácidas e por isso, elas e os próprios residentes consideram que a reparação é merecida.

Em nenhum dos casos que presenciei a mamoplastia foi recusada. As recusas às cirurgias demandadas ou seu adiamento sem a marcação de uma data precisa para sua realização envolveram a prótese de silicone (cinco casos). As mulheres que realizaram ou pretendiam realizar uma cirurgia para a colocação de silicone nos seios, centram-se não no tamanho grande ou no fato deles estarem caídos, pelo contrário, eles seriam ausentes ou pequenos demais. A faixa etária das mulheres variam de 18 a 35 anos, seriam, portanto, mulheres mais jovens.

Andressa, 32 anos, funcionária do HC, de Campinas. Havia colocado prótese de silicone no ano anterior, e estava de volta para realizar o retoque da cicatriz de um dos seios. Ela relatou sobre seu trauma de possuir pouco seio, “*porque minha família é de mulheres de pouco peito, quadril largo e pouco peito! Então você tem trauma já!*”.

Patrícia, 22 anos, estudante de Direito de Araraquara. Ela realizou uma otoplastia e estava em uma nova consulta no HC a fim de colocar prótese de silicone. A justificativa para a segunda

cirurgia baseia-se em seu complexo desde pequena, pois sempre se comparou com sua irmã que possui mamas maiores. Patrícia diz achar feio ter “pouca mama”, e ressalta *“não sou uma mulher muito completa”*. As mamas são consideradas um dos aspectos de “ser mulher” e possuir “pouco peito” aparece como um “defeito” nestas mulheres, pois evidencia a distinção entre homens e mulheres a partir de características biológicas e corporais que se configura como uma convenção em nossa sociedade. Nos casos em que os aspectos corporais indicados como “defeitos”, “traumas”, “complexos” ou causadores da “baixa auto-estima” demonstram uma discrepância em relação ao dimorfismo sexual, as cirurgias são avaliadas como reparadoras e, portanto, são realizadas.

A abdominoplastia é realizada tanto em homens quanto em mulheres. Tive a oportunidade de acompanhar um único caso de um homem (Fernando, 37 anos, comerciante de Campinas) ao qual foi indicada a cirurgia de abdominoplastia, pelo fato dele ter realizado uma gastroplastia e foi encaminhado para o setor de plástica. Os casos de mulheres que acompanhei, são da faixa etária dos 29 aos 64 anos e subdividem-se em casos estéticos e casos reparadores, pois algumas, são casos de ex-obesas que fizeram a gastroplastia e por isso, são considerados reparadores. Dentre os casos considerados estéticos, o discurso centra-se de maneira generalizada no fato haverem engravidado e a barriga ter ficado “feia e flácida” após a gravidez. Encontrei, também, casos de mulheres que fizeram a mamoplastia e logo após, a abdominoplastia.

A cirurgia de rinoplastia também é realizada em homens e em mulheres. Acompanhei 1 caso, de João com 22 anos, e mais 5 casos de mulheres com faixa etária dos 26 aos 77 anos que fizeram rinoplastia. João ressalta, em relação a sua cirurgia no nariz que: *“eu tinha uma curva aqui no nariz! E daí, tirou a curva. Isso foi bom, ficou reto o nariz. Mas ele ficou pontudo. Daí, eu reoperei. Fiz o retoque da ponta. Ele levantou um pouco e tirou um pouco. Só que ele é bem conservador esse cirurgião, porque ele fala que homem de nariz pequeno é feio!”*.

João considera o cirurgião que realizou sua cirurgia conservador, pois não “retirou”, isto é, não “afinou” tanto seu nariz quanto ele gostaria, além de ressaltar o fato do cirurgião não ter feito isso, por achar que homem que possui o “nariz pequeno”, seria “feio”, ou seja, incompatível. Este fato é interessante, pois Ivo Pitanguy⁶⁹ (2006) em conferência realizada em Campinas, ressaltou que o nariz consiste num órgão muito importante devido a sua situação anatômica e seu conteúdo simbólico, pois, consistiria num ponto central, por ser o “fulcro da face”. Ele deu como exemplo, os romanos, que consideravam o comprimento do nariz como representação de masculinidade e virilidade. E acrescentou a isso: *realmente, quando observamos a anatomia nasal, nós verificamos características similares entre o nariz e os órgãos genitais (...) O que é curioso porque nos homens jovens, o nariz aos 12 anos ainda não se desenvolveu. Vai se desenvolver entre os 12 e os 15 anos. E o pênis também tem seu desenvolvimento*⁷⁰.

Neste sentido, na visão médica, o comprimento do nariz estaria ligado ao desenvolvimento do pênis, órgão que simboliza a masculinidade, ou seja, os homens não deveriam ter o nariz fino, pequeno. Porém, em rinoplastias realizadas em mulheres, o mais comum é afinar, deixar o nariz delicado, pequeno, ou seja, características essas associadas aos aspectos considerados femininos. O caso de Jassi, 26 anos, de Paulínia, parece demonstrar este fato; realizou em 2000 uma rinoplastia a fim de “afinar” seu nariz que, segundo ela, *“se fosse ver mesmo, nem precisava mexer tanto, mas como tinha aqui embaixo, ele era um pouquinho só mais saliente, eu não gostava! Ficava meio aberto”*. Mesmo não tendo que “mexer tanto”, sua cirurgia foi realizada, sem muitos problemas.

Estes casos demonstram os modos como as feminilidades e as masculinidades são moldadas no corpo por meio da experiência de realizar cirurgia plástica, ou seja, como tais indivíduos constroem-se corporificando atributos de gênero através das cirurgias plásticas.

⁶⁹ “Até que ponto a pele estica?” conferência realizada pelo Dr. Ivo Pitanguy no centro cultural CPFL no dia 31/10/2006 em Campinas.

⁷⁰ Notas tomadas da conferência citada.

Butler (2003) nos ensina que gênero nada mais é que “estilo corporal”, um ato intencional e performativo. A autora defende a necessidade de se questionar a fixidez da lei que divide e limita os sexos em virtude de sua diferenciação diádica no interior da matriz heterossexual. Segundo a autora, a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como relação binária em que o termo masculino diferencia-se do feminino, sendo essa diferenciação tida como resultante das práticas do desejo heterossexual.

Dessa maneira, ao invés de voltar-se à questão de como o gênero é constituído por meio e através de uma interpretação de sexo, Butler propõe-se a pensar nas normas regulatórias através das quais o próprio sexo materializado. Para tanto, ela desenvolve uma “teoria performativa” de atos de gênero que rompem com as categorias de corpo, sexo, gênero e sexualidade, *“ocasionando sua re-significação subversiva e sua proliferação além da estrutura binária”* ⁷¹.

Butler (2001) em *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’*, procura vincular a questão da materialidade do corpo com a performatividade do gênero e como figuraria a categoria ‘sexo’ nesta relação. Neste sentido, o ‘sexo’ funcionaria como uma norma, parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa. Segundo a autora, *“toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir - demarcar, fazer, circular, diferenciar - os corpos que ela controla”* ⁷².

Assim, de acordo com a autora, o “sexo” não seria simplesmente um fato ou uma condição estática de um corpo, mas um processo pelo qual as normas regulatórias materializam o “sexo” e produzem essa materialização por meio de uma reiteração forçada destas normas. A performatividade deve ser compreendida como uma prática reiterativa e situacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia. E, dessa maneira, as normas regulatórias do “sexo”

⁷¹ Butler, 2003: 11

⁷² Butler, 2001:153

trabalham de uma forma performativa para constituir a materialidade dos corpos e, em especial, para materializar o sexo no corpo, a fim de materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual.

Diante das idéias propostas pela autora, as cirurgias plásticas aparecem como modos de fixar ou moldar diferenças entre corpo feminino e corpo masculino, diferenças estas historicamente construídas como inatas pelo discurso médico que envolve tais práticas, pois partem do pressuposto biológico da diferença entre os “sexos” como essência inata dos indivíduos, legitimando o que Butler entende por “heterossexualidade compulsória”.

- *Envelhecimento e o Curso da Vida*

Se na relação corpo e gênero é possível pensar na cirurgia plástica como uma forma de produzir diferenças tidas como naturais, no caso da relação corpo e velhice parece ocorrer o inverso. A cirurgia é uma tentativa de fugir das marcas do tempo, desnaturalizando processos tidos como naturais. O envelhecimento é visto como um processo de perda da saúde e da beleza que é associada com a juventude e o bem-estar.

Featherstone (2000) ressalta que, no decorrer da história do envelhecimento e da velhice, uma questão que se sobressai consiste na avaliação positiva da juventude e a repulsa ou medo da degeneração física. Pois, na cultura ocidental contemporânea, o envelhecimento seria visto como um processo no qual o curso da vida e o corpo estariam intimamente interligados devido, primeiramente, ao aumento da expectativa de vida, sendo que a morte em idade avançada estaria constituindo-se em certa normalidade. E também, ao fato da concepção dominante do curso da vida

ser considerada como uma trajetória linear e do tempo como recursos finitos aos quais resultam numa concepção de envelhecimento como um processo unidirecional. Dessa maneira, o curso da vida seria tomado, na cultura ocidental, enquanto progressivo e linear fundamentado, nas limitações biológicas dos seres humanos.

A exaltação da juventude em detrimento da velhice é uma constante e aparece muitas vezes veiculada à decisão de realizar uma cirurgia plástica- o “medo de envelhecer”, “a perda do viço da juventude” tornam-se centrais no discurso de algumas mulheres que entrevistei, e que encontram na cirurgia plástica estética uma forma de impedir que “processos naturais” definam suas identidades: *“Quería fazer tudo! Com o tempo a gente vai perdendo o viço da juventude”*, fala de Elisa, 45 anos, cabeleireira, em sua primeira consulta para marcar a cirurgia de mamoplastia. O caso de Cláudia, 42 anos, também ilustrar tais fatos, pois procura dissociar o avanço da idade de certos comportamentos tidos como exclusivo dos mais jovens. Ela realizou uma redução de mamas em 1992 também no HC e agora pretende realizar uma abdominoplastia dizendo que *“procuro estar bem com o meu corpo para estar bem com a vida (...) não é porque tenho 42 anos que não vou ser vaidosa”*.

É interessante notar como as mulheres na faixa etária dos 40 anos se preocupam com o “avançar da idade”, e o “se cuidar” torna-se um imperativo essencial para “combater a velhice”. Durante conversa informal com a mãe de 47 anos de uma paciente, ela disse que tinha muita vontade de fazer “plástica”, e que tinha muito “medo de envelhecer” *“Acho que prefiro ir embora antes de ter que me ver velha (...) uso tantos cremes, mas acho que nada mais adianta para mim”* depositando na cirurgia a única forma realmente eficaz de lhe trazer a juventude. Ao mesmo tempo em que me dizia tais palavras, ela fazia movimentos de “esticar o rosto” indicando o local onde, provavelmente, poderia vir a ser a cirurgia tão desejada. No caso de mulheres com idade mais avançada, as cirurgias mais procuradas são de face e mamas, o que evidencia que existem certas

partes do corpo que envelhecem e conseqüentemente, sofrerão intervenção cirúrgica; como as pálpebras, que com o avançar da idade começam a “cair sob os olhos”, as “mamas caídas” que evidencia a pele menos rígida, os “sinais da idade” em torno dos olhos, lábios, testa. Dessa forma, assim como o corpo, a própria velhice seria localizada e fragmentária: certos pedaços envelhecem.

Tais casos também demonstram o que Debert (2004) considera ser um duplo processo de dissolução da idéia de “vida adulta”. A juventude perde a conexão com um grupo etário específico e passa a significar um valor que deve ser conquistado e mantido em qualquer idade através da adoção de formas de consumo e bens e serviços apropriados. E por outro lado, a velhice também perde a conexão com uma faixa etária específica e passa a ser um modo de expressar uma atitude de negligência com o corpo, de falta de motivação para a vida, uma espécie de “doença auto-infligida”, como são vistos hoje, o fumo, as bebidas alcoólicas e as drogas.

Neste sentido, algumas mulheres buscam na cirurgia plástica estética uma maneira de amenizar as rugas, os “sinais da idade”, as “peles flácidas e caídas” e neste contexto, o tipo de cirurgia, o local do corpo onde é realizada, e os significados a ela associados tornam-se importantes para elucidar as relações entre o envelhecimento e a cirurgia plástica estética. De que forma algumas mulheres que são motivadas em realizá-la em partes de seus corpos enxergariam a velhice?

Refletindo acerca da diferença de faixa etária e de gerações entre as mulheres, as cirurgias mais realizadas são a blefaroplastia, ritidoplastia e “liftings-faciais”. Tais cirurgias são realizadas no rosto, com o intuito de amenizar as rugas e “expressões da idade”, “peles caídas e flácidas”. Assim, a ênfase das mulheres da faixa etária dos 42 aos 71 anos, não estaria nas “mamas grandes e caídas”, “peitos pequenos demais”, “abdômens flácidos” ou “gordurinhas localizadas” e sim, no rosto e suas “marcas de expressões” que são associadas à velhice.

De acordo com Marina, 62 anos, dona-de-casa de Araxá que realizou um “lifting-facial”, como justificativa da cirurgia ressaltou *“Meu corpo ninguém está vendo e meu rosto está! Meu destaque está no rosto”*. O que este fato parece apontar é que, para as mulheres de faixa etária avançada, outras partes do corpo, diferente das mais novas, passam a ganhar mais significado e importância para elas e não estariam tão preocupadas com suas mamas, abdomens, nádegas, mas sim, com o rosto, com as “marcas em torno dos olhos”, lábios, pescoço. O rosto, como disse Marina, seria seu “destaque”, e o “peso do olhar do outro”, entra novamente em questão, quando ela enfatiza que “ninguém estaria vendo seu corpo”, mas “seu rosto sim”.

Conforme foi explicitado, nos discursos de mulheres com a faixa etária a partir dos 40 anos é recorrente a necessidade de “combater a velhice”, na qual a velhice é entendida como uma espécie de doença que a cirurgia plástica teria a capacidade de prevenir.

Célia 47 anos é de Campinas e trabalha numa organização feminista. Em sua primeira consulta, a fim de realizar uma cirurgia plástica para rejuvenescimento facial, disse para o médico residente: *“Eu não me conformo com a velhice, doutor!”*.

Na entrevista que fiz com ela logo após a consulta, Célia me contou que havia feito uma disciplina com a professora Guita Grin Debert há alguns anos, no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp e que mesmo havendo tido contato com uma bibliografia antropológica sobre as diferentes formas que o envelhecimento é visto em diferentes sociedades, para ela, envelhecer nunca seria uma coisa bonita; um momento vivido com tranquilidade. Pelo contrário, envelhecer para ela era sinônimo de perdas, e que nunca se conformaria em perder coisas tão valiosas como a juventude, a beleza e a saúde. Em suas palavras:

“Muitas vezes eu ficava assim pensando nas aulas da Guita. Ela dizendo que em outros países eles tratam a questão do envelhecimento de uma forma diferente. Que o envelhecimento é

visto de uma forma natural, é até bonito entre aspas. Que é outra cultura. E por outro lado, eu convivi com uma médica no meu trabalho que foi orientada da Guita e ela dizendo assim, que ela estava mais doutrinada, mas, eu dizia para ela, que eu nunca ia achar bonito envelhecer! Que eu nunca ia achar bonito um rosto enrugado, eu nunca ia achar bonito a flacidez da pele, pele caída, entendeu?! Eu vejo as mãos de velho e não acho isso bonito!! E ela dizendo não, mas eu sou mais doutrinada. (...) Mas eu falei: a mim, não adianta! Nunca vou conseguir, muito embora acho que os meios acadêmicos procurem fazer com que a gente aceite.

Isso que você disse do padrão de beleza na nossa cultura, isso existe! Isso é real! Existe mesmo um padrão de beleza e a mulher sempre jovem e você vê as atrizes de cinema belíssimas e nunca envelhecem, jamais envelhecem. Mas você vai para os meios acadêmicos, eles tentam mostrar para você uma outra realidade; que as pessoas envelhecem sim e que é bonito envelhecer, que é natural envelhecer, você não vai deixar de ser bonito por causa do envelhecimento. Mas eu não consigo aceitar isso!!! Você entendeu? Eu ainda comungo dessa ideologia da nossa cultura e acho que nem as práticas ideológicas é uma questão maior, uma questão interna minha psíquica mesmo! (...) Meu rosto não é mais como ele era antes então, é claro que meu rosto nunca foi perfeito. (...) Mas os traços de envelhecimento vão fazendo com que eles fiquem menos ainda. (...). Porque eu não me conformo! E não acho bonito e não vou achar bonito nunca! E não é tanto pelo padrão cultural.(...) O envelhecimento é assim, são fases que nos aproximam cada vez mais da morte. Então eu acho que não consigo aceitar tudo isso! Não consigo aceitar que meu corpo vai se deteriorar, vai ficar feio, vai decair. E que algum dia, eu não mais estarei por aqui(...).

Então eu vou estar sempre atrás (...) eu pego lá como guia o livro “Saúde na Terceira Idade” e eu faço também uns exercícios para as juntas. Porque eu não me conformo com aquelas juntas enterradas, enferrujadas, sabe assim?(...) eu morro de inveja daqueles idosos, velhos que tem flexibilidade nas juntas. Eu já vi alguns assim. Esse professor Ermógenes é um desses. E as pessoas falam que ele tem a flexibilidade de um adolescente. E eu torço por tudo isso, eu me imponho em fazer esses esforços. E de manter sempre a saúde, é uma forma de manter a vida. De cultivar a vida, de manter a vida!”.

O caso de Célia remete ao que Nikolas Rose (2001) aponta como uma nova configuração das formas de controle a partir da segunda metade do século XX: a biopolítica contemporânea consiste numa política de risco, na qual cada cidadão tem a obrigação de tornar-se um sócio ativo na busca da saúde, aceitando a responsabilidade de buscar seu próprio bem-estar, pois o Estado se libera de algumas responsabilidades que adquiriu ao longo do século XX, de assegurar os indivíduos contra a doença e os acidentes. Associado a isto, a noção de risco aponta para certas formas de pensar e agir que envolvem o cálculo de futuros prováveis no presente e que levam a uma série de práticas postas em ação de modo que cada indivíduo tenha o dever moral de controlar os riscos de um futuro potencial.

Reencontrei Célia três meses após sua primeira consulta. Disse-me que estava frustrada porque sua cirurgia não havia dado certo. Queria fazer ritidoplastia. Sua cirurgia foi marcada, mas quando viu que de fato seria uma blefaroplastia e não a que gostaria de fazer, ela, acabou retornando para sua casa sem fazer a cirurgia. O residente que ia operá-la sugeriu que passasse pela avaliação de outro professor e ela estava de volta para isso.

“Eu fiquei muito decepcionada porque se eu pudesse pagar, faria! (...) eu já podia ter feito. (...) Hoje não dá para pagar, quem sabe amanhã. (...) Nunca vou achar bonito envelhecer! Jamais!! (...) A minha luta não é só assim a imagem, a coisa do pacote. A manutenção da saúde também é importante. Cuidar da saúde é importantíssimo. Porque acho que a preservação da vida (está) embutido em tudo isso.(...) Porque tem coisas que são irremediáveis e outras não são. Então vou sempre estar batalhando por isso.”

Os comentários de Célia associam a velhice a um futuro dominado pela feiúra, decadência, falta de saúde e morte em contraposição à juventude que é associada à beleza, a saúde e ao bem-estar. A preservação da vida, da juventude e da longevidade é um dever moral que envolve uma “luta”, que cada indivíduo tem obrigação de empreender. Nessa luta não está em jogo a vaidade ou o hedonismo, mas ela exige a busca incessante e disciplinada, dos mais pobres, pelo acesso aos recursos tecnológicos que garantem aos mais ricos a prevenção de perdas futuras, a juventude, a saúde, a beleza e a desnaturalização de processos tidos como naturais.

Considerações Finais

O principal objetivo deste trabalho foi estudar a construção contemporânea dos padrões de beleza feminino tendo como referência o que tem sido definido como o ideal corrente de “supervalorização do corpo”, bem como refletir acerca das concepções e significados do uso do corpo por parte de homens e mulheres de classes populares através de uma das técnicas de sua produção: a cirurgia plástica de caráter estético, privilegiando as dimensões de classe social, faixa etária e gênero.

Partindo dos objetivos iniciais da pesquisa e percorrendo o trabalho de campo realizado, é possível apontar algumas questões que se mostraram centrais ao longo da dissertação e que podem ser apontadas enquanto conclusões do presente trabalho.

Conforme foi visto, o universo estudado é um hospital universitário associado à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp que possui como objetivo além de promover a assistência médico-hospitalar universal à população por intermédio do SUS, atua também como campo de ensino aos residentes e estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas. Tratando-se de um serviço médico SUS que é mantido com recursos públicos, provenientes de impostos e contribuições sociais sua intenção é privilegiar o atendimento à população carente em relação às cirurgias plásticas reparadoras. Devido a este fato, a maneira como as categorias “estética” e “reparadora” são articuladas neste serviço médico apresentou-se como um dos eixos principais de investigação, pois adquire uma grande importância no discurso dos cirurgiões plásticos neste contexto. Isto acontece, pois é por intermédio destas categorias, delineadas no cotidiano do ambulatório em questão, que são classificadas as cirurgias, os casos e os pacientes que serão atendidos e terão ou não suas cirurgias realizadas.

Na cirurgia plástica, a relação médico-paciente é diferente das outras especialidades médicas. Nesta, os pacientes, a rigor, não estão doentes⁷³, na maioria dos casos não há urgência na realização da cirurgia e é o paciente que, em princípio, escolhe o local em que a intervenção será realizada.

O pressuposto de que os pacientes das cirurgias plásticas estéticas vão procurar um médico, já com saúde de modo a melhorar apenas a aparência física ser revelou insuficiente para dar conta dos dramas envolvidos nessa relação. Uma análise mais detalhada da etnografia das consultas demonstra as especificidades do atendimento no serviço de cirurgia plástica do HC que se dá por meio de um jogo sutil entre a retórica médica e a retórica do paciente pautados na “ideologia da reparação”, que tende a dissolver a oposição corpo e mente e operar com um concepção em que a saúde física e psicológica do paciente são estreitamente integradas.

Na avaliação do atendimento das demandas por cirurgias plásticas, as justificativas ganham legitimidade quando associadas aos aspectos psicológicos das queixas- o “aumento da auto-estima”, os “complexos” e “traumas”. A aparência física ou a noção de beleza para os cirurgiões plásticos, como afirma Pitanguy (2006), estaria associada ao bem-estar e felicidade do indivíduo e, principalmente, às motivações e anseios individuais. Da mesma forma, os médicos entrevistados, referem e citam as novas concepções de saúde, divulgadas por agências como a Organização Mundial de Saúde que se empenham em associá-la ao bem-estar tanto físico quanto psicológico do paciente.

Foi visto, ainda, que a interface das cirurgias plásticas com os “aspectos psi” é permeada por um imperativo moral que dá conteúdos específicos ao que se tem chamado de “cultura psi”⁷⁴: a auto-estima é vista como uma doença que a cirurgia plástica pode curar e é um dever de cada indivíduo lutar de maneira aguerrida e disciplinada para conquistar a aparência desejada.

⁷³ Com exceção dos casos reparadores como os de queimaduras, síndromes congênitas e acidentes que são apontados como tendo maior importância do que os casos considerados estéticos e por isso, tendem a ser classificados como positivos para a realização destas cirurgias, pois são considerados mais ‘nobres’, de maior urgência que as de estética, como vimos ao longo dessa dissertação.

⁷⁴ Ribeiro, 2003

Dessa maneira, há um empenho dos médicos entrevistados em demonstrar, primeiramente, que as categorias “estética” e “reparadora” são fluídas, ora fundem-se para legitimar a cirurgia quando os aspectos reparadores da cirurgia estética são evidenciados, ora distinguem-se e são apontados como motivos para não realização da cirurgia, evidenciando a maneira que, muitas vezes, a oposição entre cirurgia estética e reparadora consiste em arma retórica para justificar a não realização das cirurgias plásticas pleiteadas.

A investigação antropológica destas categorias aponta, por um lado, que os pacientes na tentativa de serem realizadas as cirurgias demandadas buscam combinar a exposição dos problemas psicológicos e sociais - como os complexos e a discriminação de que são vítimas - com a exposição das limitações físicas causadas, por exemplo, pelas dores nas costas, que dificultam a realização de qualquer tipo de trabalho. Procuram, assim, demonstrar que o desejo pela cirurgia não é apenas fruto da vaidade e da futilidade e, portanto, têm o direito de ver seu pleito atendido num hospital público.

Por outro lado, a etnografia sugere que os médicos tendem a responder positivamente a essa demanda quando identificam no paciente o ethos próprio do “puritanismo ostentatório”: a capacidade de levar a cabo uma disciplina rigorosa nos cuidados pós-operatórios e uma independência em relação à opinião dos outros na medida em que a intervenção médica solicitada envolve o interesse em agradar a si mesmo. Em oposição, há recusa quando no paciente é identificado o “ethos hedonista” – a plástica é uma forma de aprimorar a aparência com menor esforço e maior rapidez e uma oportunidade de agradar os outros, aumentar as chances no mercado matrimonial ou restabelecer relações afetivas que foram quebradas. Nesse último caso, as cirurgias tendem a ser classificadas como estéticas e recusadas ou adiadas para uma outra oportunidade.

A disputa retórica que opõe estética a reparação e transforma o cirurgião num psicólogo com um bisturi na mão - quando a falta de auto-estima se combina com o ethos do “puritanismo ostentatório” - perde significado em algumas situações, como procuramos mostrar nessa dissertação.

Por um lado, o interesse dos residentes em aprimorar a sua formação exige que uma gama variada de tipos de cirurgia possa ser realizada ao longo das diferentes etapas do período de aprendizado.

Por outro lado, essa situação apontou o problema de se tratar da cirurgia plástica de maneira geral, sem levar em conta a diversidade de demandas de intervenção cirúrgicas e as dificuldades e riscos envolvidos em cada uma delas que acabam por dar significados muito distintos às decisões a serem tomadas pelos médicos e a relação deles com os pacientes.

Os casos de ginecomastias e mamoplastias e outras intervenções cirúrgicas nas mamas dão novos conteúdos à disputa retórica estética/reparação e apontam para outros significados que as convenções sociais a respeito do corpo acionam. Como vimos, nessas cirurgias o que está em jogo é a naturalização do dimorfismo sexual; um empenho dos médicos em corrigir diferenças tidas como naturais entre homens e mulheres. Essa naturalização das diferenças está em contraposição às cirurgias voltadas para o rejuvenescimento, que visam desnaturalizar o que é tido como um processo natural: o efeito do tempo na destruição da beleza.

Na cirurgia plástica, a “ideologia médica da reparação” aparece como uma convenção e os médicos adequam parte dos corpos das pessoas aos padrões corporais e de beleza culturalmente e historicamente existentes, e que na atualidade, baseiam-se na supervalorização do corpo magro, belo, com clara demarcação do que é tido como propriedade de homens e de mulheres e também do que é jovem e, portanto, saudável. A conquista dessas propriedades tem como maior responsável o próprio indivíduo que luta para aproximar-se deste “ideal” utilizando-se das diversas tecnologias de

produção corporal existentes no mercado. Os temores aqui revelados, através dos relatos de campo dos pacientes, são os “traumas”, “complexos”, “vergonha”, a “baixa auto-estima” por ser diferente, o sofrimento e desejo de estar em consonância com os modelos sociais de aparência estabelecidos em nossa sociedade. As preocupações com o “olhar do outro”, com a “opinião do outro”, ou até mesmo “fazer para o outro” também ganham destaque em alguns relatos. Este “outro”, muitas vezes aparece na figura do marido, ou na comparação com as irmãs, amigas ou no apoio da mãe que neste caso também realizou cirurgia plástica. Tal fato denota a interpretação de Gilman (1999) acerca das cirurgias plásticas que seriam um meio de *passing*- uma forma de capacitar pessoas estigmatizadas a se “fazerem passar” por normais, o que reflete a idéia de uma intolerância em “ser diferente”, que remete à homogeneização de certas características corporais que estão associados aos padrões de beleza.

Diante do exposto, em relação às conclusões deste trabalho, chamo a atenção para uma questão que merece nova investigação: a maneira como as categorias “estética” e “reparadora” que se mostraram tão relevantes no hospital estudado, para o presente trabalho, configurariam-se em um contexto diferente com sujeitos diferentes dos aqui estudados - como se daria a classificação das cirurgias plásticas em uma clínica particular? Como ocorreria o procedimento dos casos e a conseqüente indicação das cirurgias neste outro contexto? Fica aqui este apontamento como futura investigação.

Por fim, espero que este trabalho tenha conseguido contribuir, de alguma forma, para a investigação antropológica das cirurgias plásticas e também para as questões mais amplas de interesse com relação à antropologia da saúde, gênero e corporalidade.

Glossário

Abdominoplastia : cirurgia indicada em casos de flacidez abdominal para a remoção do excesso de pele e de gordura da parte inferior do abdômen.

Blefaroplastia : procedimento cirúrgico de pálpebras, indicada em casos de flacidez palpebral cujo procedimento é para a remoção do excesso de gordura e de pele nas pálpebras inferiores e superiores.

Cirurgia Crânio-Facial : cirurgia com o intuito de reposicionar e remodelar os ossos da face e crânio.

Correção de Cicatrizes : indicada em casos de cicatrizes localizadas em regiões aparentes, que podem estar alargadas, deprimidas ou hipertróficas/queloidianas, ou em regiões que haja comprometimento funcional.

Correção de Deformidades Mamárias : indicadas em casos de deformidades mamárias congênicas ou adquiridas (como por exemplo por câncer de mama).

Correção de Prognatismo : cirurgia nos casos de aumento acentuado de mandíbula.

Correção de Ptose Palpebral : indicada em casos de ptose (queda) palpebral de origem congênita ou adquirida.

Correção de Sindactilia : casos de malformações congênicas em mãos e/ou pés, com fusão completa ou incompleta de dedos, podendo comprometer só pele ou os músculos, tendões, nervos e ossos.

Fissuras ou Síndromes Lábio-palatinas : deformidades congênitas no lábio, palato ou lábio e palato que são desenvolvidos no terceiro mês de vida intra-uterina, trazendo inúmeros problemas para a criança como dificuldade na alimentação, respiração, fonação, audição, além de problemas psicológicos.

Fraturas Nasais e de Ossos da Face : cirurgia indicada em casos de fraturas de ossos de face por traumatismo, confirmadas por exames radiológicos (Raio-X e Tomografia, se necessário).

Gastroplastia : cirurgia de redução do estômago realizada em obesos mórbidos.

Gigantomastia : cirurgia indicada quando as mamas de mulheres são consideradas ‘gigantes’ (tamanho de soutien acima do 52).

Ginecomastia : cirurgia plástica realizada em homens com a finalidade de diminuir o tamanho das mamas.

Gluteoplastia : cirurgia plástica realizada nas nádegas.

Lesões Benignas de Pele (Exérese) : indicada em casos de lesões benignas de pele (verrugas, cistos sebáceos, etc).

Lipoma : espécie de tumor benigno causado pelo excesso de tecido gorduroso debaixo da pele.

Prótese de Silicone ou Implante mamário : técnica cirúrgica de aumento e modelagem da mama através do implante da prótese de silicone.

Queimaduras : nos casos de queimaduras agudas de 2 grau profundo e 3 grau.

Quelóide : Caso especial de cicatrização, sendo lesões avermelhadas, escuras ou rosadas.

Reconstrução Nasal : cirurgia indicada em casos de amputação parcial ou total do nariz, de causa traumática ou cirúrgica.

Ritidoplastia, Facelift ou Lifting de Face: remover o excesso de pele flácida, reposicionando ('suspendendo') a pele e a estrutura da face para reverter parcialmente o envelhecimento. O tratamento pode ser em toda a face ou em determinados locais da face como a região frontal, o terço médio ou pescoço.

Seqüelas de Queimaduras : indicada em casos de seqüelas de queimaduras com limitações funcionais em qualquer parte do corpo.

Tumores de Pele (Ressecção) : em casos de tumores malignos de pele e melanomas.

Úlceras Crônicas de Pele e de Decúbito : indicada em casos de úlceras por pressão (decúbito) em que não haja eficácia de tratamento clínico.

Lifting de Coxas e Braços : indicada em casos de flacidez acentuada de pele em coxas e/ou braços.

Lipoaspiração : procedimento que ajuda a esculpir o corpo ao remover as gorduras localizadas em áreas específicas do corpo como – abdômen, quadris, coxas, joelhos, braços, queixo e pescoço. No HC, é indicada como procedimento complementar em cirurgias de mamoplastia e abdominoplastia, quando há excesso de gordura nas axilas ou flancos. Não é realizada como indicação única neste hospital.

Mamoplastia redutora : indicada em mulheres com mamas grandes, que apresente dor lombar ou distúrbios emocionais associados e em casos de assimetria mamária.

Otoplastia : cirurgia plástica nas orelhas.

Rinoplastia : cirurgia plástica no nariz.

Anexo I

HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO/CIRURGIA

CIRURGIA PLÁSTICA

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade (RG) número _____, autorizo a equipe de Cirurgia Plástica da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP a realizar o(s) seguinte(s) tratamento(s) em minha pessoa (ou na pessoa de meu dependente menor):

Autorizo ainda, a realização de todos e quaisquer procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que forem julgados, pela equipe, necessários a obtenção de melhores resultados no(s) tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) acima explicitado(s), bem como a requisição e aplicação de todos e quaisquer recursos investigativos, laboratoriais e terapêuticos necessários e indispensáveis, a critério médico, para a maior segurança e melhores resultados nesse(s) tratamento(s), ou para esclarecimento de eventuais intercorrências ou complicações. Essa autorização se estende a outro(s) médico(s) solicitado(s) pela equipe de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da UNICAMP, a participar(em) da condução desse(s) tratamento(s) ou investigação(ões).

Para confirmar e reforçar essa autorização, declaro ter recebido, previamente, todas as informações sobre o(s) tratamento(s) a que serei submetido(a) e que elas foram de minha inteira compreensão. Declaro também ter sido orientado(a) pessoalmente a respeito de todos os cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos; bem como sobre as complicações e intercorrências que podem acontecer nesse(s) tratamento(s). Entre eles e principalmente, as equimoses (manchas roxas), edemas (inchações), hemorragias (sangramentos) com possibilidade de transfusão(ões) sanguínea(s) caso seja necessário, infecções locais ou gerais (septicemias), necrose (morte) de tecidos, deiscências (rupturas) de suturas (pontos) ou de cicatrizes, assimetrias (diferenças de tamanho e de formato), irregularidades de superfície, cicatrizes hipertróficas, queloidianas e/ou inestéticas, cicatrizes aparentes ou escurecidas, alterações neuro-musculares, problemas vasculares, trombozes, embolias, acidentes anestésicos, reações alérgicas de menor ou maior intensidade (choque anafilático), demais riscos próprios de qualquer tipo de tratamento invasivo e morte.

- Estou bem informado(a) e consciente de que o resultado final do tratamento não depende somente do trabalho dos médicos, mas também de meus cuidados pessoais e sobretudo das reações imprevisíveis do meu organismo, não havendo, portanto, garantia de resultados.

Também estou bem informado(a) de que o tabagismo (uso de cigarros e/ou do tabaco em qualquer forma), alcoolismo (uso de bebidas alcoólicas e/ou seus derivados), uso de drogas (legais ou não) e doenças prévias, como hipertensão arterial sistêmica, disfunções endócrinas (diabetes, hiper ou hipotireoidismo, etc.) de quaisquer tipos e doenças de pele, podem causar complicações locais ou gerais, proporções variáveis (mais ou menos graves).

Estou ciente de que todas as medidas de segurança disponíveis no Hospital de Clínicas da UNICAMP serão tomadas juntamente com todos os recursos técnicos e pessoais do cirurgião e/ou equipe, objetivando reduzir ao mínimo possível tais riscos e outros não especificamente citados acima, bem como a busca do melhor resultado possível para o(s) tratamento(s) proposto(s).

Estou ciente que ao realizar este procedimento eu posso ter todo tipo de complicação. Também, declaro que estou ciente que toda a equipe médica tem me tratado com maior dedicação e atenção e que comprometo-me a seguir fielmente todas as recomendações que me for determinado.

Por ser verdade firmo este documento para todos os fins legais cabíveis.

Campinas, de de

Paciente ou responsável

Representante da Disciplina

1-) Testemunha:.....2-) Testemunha:.....

Anexo II- Roteiros das Entrevistas

Residentes

- Porque escolheu a cirurgia plástica como especialidade médica?

- Como é o funcionamento da residência de cirurgia plástica no HC/ Unicamp?

- Em sua opinião, o que a cirurgia plástica possui de distintivo em relação às demais práticas médicas?

- Quais são os tipos de pacientes que vocês atendem no serviço de cirurgia plástica no HC?

- Como é o funcionamento do setor de cirurgia plástica do HC?

- _Quais são os critérios utilizados na avaliação dos pacientes no que se refere à realização ou não das cirurgias plásticas pleiteadas?

- Como é feita a triagem dos pacientes?

- Quais as cirurgias plásticas mais procuradas?

- Quais as diferenças entre as cirurgias realizadas no Centro-Cirúrgico e as que são realizadas no Centro Cirúrgico Ambulatorial?

- Em relação aos cuidados pré e pós-cirúrgicos dos pacientes, como se dá?

- Quando uma cirurgia plástica é classificada como estética e quando ela é reparadora?

Anexo III- Tabela com os Pacientes Entrevistados:

CD- Cirurgia Plástica Demandada

CA- Cirurgia Plástica Agendada

CR- Cirurgia Plástica Realizada

CN/AD- Cirurgia Plástica Negada ou Adiada

Entrevistado	Sexo	Idade	Profissão	Cirurgia Plástica			
				CD	CA	CR	CN/AD
Marina	F	62	Dona-de-casa	Lifting-facial		X	
Isabela	F	22	Fonoaudiologia Unicamp	Otoplastia		X	
Karina	F	36	Engenheira de Alimentos	Lipo nos glúteos e Retoque de mamas	X	Mamoplastia, lifting braços, pernas, culote Abdominoplastia	
Marissa	F	31	Atendente	Lipo na barriga		2 rinoplastias, 2 lipos na barriga, 2 mamoplastias, abdominoplastia	X
Beatriz	F	42	Cabeleireira	Mamoplastia	X		
Darlene	F	55	Dona-de-casa	Abdominoplastia	X		
Patrícia	F	22	Estudante de Direito	Prótese de Silicone	X	Otoplastia	
Cristina	F	22	Estudante de Fisioterapia	Prótese de Silicone	X		
Isabel	F	21	Enfermagem/ Unicamp	Lipoaspiração barriga			X
Mirela	F	45	Dona-de-casa	Mamoplastia		X	
Marilene	F	52	Funcionária do HC/ Atendente	Gluteoplastia		X	
Gilson	M	30	Não trabalha	Ginecomastia	X		
Rita	F	30	Afastada pelo INSS	Blefaroplastia	X	Mamoplastia	
Marta	F	63	Dona-de-casa	Blefaroplastia	X		

Roberta	F	24	Estudante	Prótese de Silicone			X
Marco	M	35	Trabalha numa Fábrica	Enxerto de Pele	X	X	
Ricardo	M	32	Autônomo	Enxerto de Pele	X		
Marilda	F	42	Dona-de-casa	Abdominoplastia	X	Mamoplastia	
Elizete	F	71	Aposentada	Blefaroplastia	X		
Natália	F	29	Vendedora	Abdominoplastia	X		
Cristiana	F	45	Advogada	Lifting braços		Abdominoplastia	X
Pedro	M	79	Aposentado	Retirada de Tumor Pele	X		
Alexandra	F	21	Matemática/ Unicamp	Queixo, aumento de lábios	X	Rinoplastia, lixamento de queixo e preenchimento de lábios	
Marisa	F	70	Aposentada	Ritidoplastia			X
Teresa	F	54	Doceira	Blefaroplastia	X		
Miranda	F	35	Costureira	Prótese de Silicone			X
Fernanda	F	57	Dona-de-casa	Abdominoplastia	X		
Kely	F	25	Auxiliar Administrativo	Mamoplastia	X		
Rose	F	38	Funcionária do HC/ atendente	Abdominoplastia		Lipo na barriga	X
Célia	F	47	Organização Feminista	Ritidoplastia, Blefaroplastia	X		X
Deisy	F	73	Aposentada	Blefaroplastia	X		
Tábata	F	24	Estudante	Mamoplastia		X	
Karime	F	18	Estudante de Moda	Prótese de Silicone			X
Adriana	F	30	Enfermeira da Sobrapar ⁷⁵	Abdominoplastia	X		
Andressa	F	32	Funcionária do HC/ Atendente	Retoque da Prótese de Silicone	X	Prótese de Silicone	
Sílvia	F	45	Centro de Saúde	Mamoplastia		X	
Idalina	F	54	Centro de Especialidades	Blefaroplastia	X	Rinoplastia	
Lara	F	20	Técnica em Enfermagem	Prótese de Silicone		X	
Alessandra	F	27	Professora	Mamoplastia	X		
Rosa	F	48	Desempregada	Troca da prótese de Silicone			X

⁷⁵ A Sobrapar é a Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial que consiste num hospital especializado na realização de cirurgias plásticas. É bastante conhecido por ser uma referência em cirurgias plásticas crânio faciais como: craniossinostose, fissura lábio palatina, fissura rara de face, entre outras. Localiza-se perto do HC dentro da área de saúde da Unicamp, possui sua própria equipe de cirurgiões plásticos (alguns professores da plástica do HC fazem parte), porém o programa de residência é distinto do serviço de cirurgia plástica do HC.

Meire	F	48	Manicure e Depiladora	Blefaroplastia	X		
Lúcia	F	64	Não trabalha	Lifting no braço Blefaroplastia	X		
Rosana	F	57	Dona-de-casa	Mamoplastia	X		
Benedito	M	18	Estudante	Retoque da Otoplastia	X	Otoplastia	
Pilar	F	31	Gerente de Choperia	Mamoplastia	X		
João	M	22	Medicina/ Unicamp	Retoque da Ginecomastia	X	2 rinoplastias ginecomastia	
Cláudio	M	36	Autônomo	Reconstrução Orelha	X		
Mauro	M	40	Pedreiro	Ginecomastia	X		
Júlia	F	26	Professora Infantil	Abdominoplastia, virilha,Perna, mamas, braço e nádegas	X		
Íris	F	30	Técnica em Enfermagem	Retoque da cicatriz da lipo nas coxas		Mamoplastia, lipo coxas e Abdominoplastia	X
Jassi	F	32	Estagiária em Serviço Social	Lipo na barriga		Rinoplastia	X
Caio	M	21	Estudante	Abdominoplastia			X
Leonilde	F	53	Cuidadora de Idosos	Abdominoplastia Lipoma	X		
Mariana	F	77	Aposentada	Rinoplastia	X		
Yvis	F	43	Dona-de-casa	Quelóide na cicatriz cesária	X		
Olímpia	F	65	Aposentada	Ressecção de lesões Pele	X		
Eliana	F	43	Dona-de-casa	Gigantomastia	X		
Graziela	F	30	Operadora de Produção	Prótese de Silicone			X
Paola	F	19	Vendedora loja	Prótese de Silicone	X		
Gislaine	F	15	Estudante	Queimadura	X		
Aparecida	F	39	Cozinheira	Lifting nos Braços	X		
Melina	F	23	Estudante	Prótese de Silicone	X		
Laura	F	18	Estudante de Geografia	Otoplastia	X		
Doria	F	38	Babá	Rinoplastia	X	Rinoplastia	
Márcio	M	39	Técnico em Biologia/Unicamp	Lipoaspiração barriga e nas mamas	X		
Soraia	F	53	Dona-de-casa	Lifting nos braços			X
Hortência	F	32	vendedora	Mamoplastia,		Mamoplastia	

				Abdominoplastia			
Mara	F	25	Desenhista	Cicatriz cirúrgica		X	
Geralda	F	39	Serviços Gerais	Mamoplastia		X	
Fernando	M	37	Comerciante	Abdominoplastia		X	
Silvana	F	38	Área de Segurança	Troca da prótese de Silicone		X	
Jonathan	M	12	estudante	Cicatriz de corte pele		X	
Leonora	F	43	Manicure	Abdominoplastia e Lifting nos braços		X	

Bibliografia

ANTONIO, Andrea Tochio de .(2004). *Corpo e estética: a construção do feminino pela cirurgia plástica*. São Carlos- SP. Monografia de conclusão da graduação em Ciências Sociais- UFscar.

BRAZ, Camilo Albuquerque de. (2006). *Além da Pele: etnografia da body modification em São Paulo*. Campinas. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Unicamp.

BUTLER, Judith.(2003). *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

_____. (2001). “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes (org) *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2

CORRÊA, Mariza . (2004). “Não se nasce homem”. Trabalho apresentado no Encontro *Masculinidades/ Feminilidades nos Encontros Arrábida*, Portugal.

_____. (2004). “Fantasias Corporais”. In: Piscitelli, Gregori & Carrara, Sergio (orgs). *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond.

COSTA, Sérgio & DINIZ, Débora. (2001). *Bioética: Ensaio*. Brasília: Letras Livres.

CSORDAS, T. J. (1996). “Introduction: the body as representation and being in the world”. In: *Embodiment and Experience: The existencial ground of culture and self*. New York: Cambrigde University Press, pp. 1-24.

DA MATTA, R. (1985). *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Rocco.

DEBERT, Guita Grin. (1999). *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp/Fapesp.

_____. (2000). *Políticas do Corpo e o Curso da Vida*. São Paulo: Editora Sumaré.

_____. (2004). *A Cultura Adulta e Juventude como Valor*, apresentado no ST13 Imagens da Modernidade: Mídia, Consumo e Relações de Poder, Caxambu.

_____. (2005). “Os estudos de gênero na UNICAMP. In: Moraes, Maria Lygia Quartim (orgs). *Gênero nas fronteiras do Sul*. Campinas, Pagu/Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP.

DEL PRIORE, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac.

DUMONT, L. (2000). *Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.

EDMONDS, A. (2002). “No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro”, in: *Nu e Vestido*, RJ: Record.

FEATHERSTONE, Mike. (1991). *The body: social process and cultural theory*. London, Sage.

_____. (1993). “O Curso da Vida: Corpo, Cultura e o Imaginário no Processo de Envelhecimento”. In: *Antropologia e Velhice. Textos Didáticos*, n.13, Campinas.

_____. (2000). “Envelhecimento. Tecnologia e o Curso da Vida Incorporado”. In: Debert, Guita Grin & Goldstein, Donna M (orgs). *Políticas do Corpo e o Curso da Vida*. São Paulo: Editora Sumaré, pp 109-132.

FERREIRA, Lygia M. (1995). *Manual de Cirurgia Plástica*. Unifesp, São Paulo: Ed Atheneu.

GARFINKEL, Harold. (1977). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prince-Hall.

GILMAN, Sander L. (1999). *Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press.

GONÇALVES, I. Lopes (2001). *Cortes e Costuras: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica no Rio de Janeiro*, Dissertação de Mestrado, Museu Nacional, UFRJ.

GOLDENBERG, Mirian & RAMOS, Marcelo S. (2002). "A civilização das formas: O corpo como valor". In: *Nu e Vestido*, RJ: Record.

GOLDENBERG, Mirian (2005). *De Perto Ninguém é Normal: estudos sobre corpo, sexualidade, gênero e desvio na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Ed Record.

_____ (2006). "O Corpo como Capital: para Compreender a Cultura Brasileira". In: *Arquivos em Movimento*. Rio de Janeiro, v.2, n.2, julho/dezembro.

HARAWAY, Donna. (1991). *Simians, cyborgs and women. The reinvention of nature*. Routledge, New York.

_____ (1994). "Um Manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo na década de 80". In: Holanda, Heloísa Buarque de (org). *Tendências e Impasses- o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.

HEILBORN, Maria Luiza e SORJ, Bila. (1999). "Estudos de Gênero no Brasil". In: Miceli, Sergio (org). *O que ler nas ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES.

LATOUR, Bruno e WOOLGAR, Steve. (1997). *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

LEVAI, Laerte Fernando. (2004). *Direito dos Animais*. Campos do Jordão: Ed Mantiqueira.

LOEB, Raul (1993). *História da Cirurgia Plástica Brasileira: 150 anos de evolução*. Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo: Medsi.

LÖWY, Ilana (2003). *L'emprise du genre*. Paris: La Dispute.

MALUF, Sonia Weider. (2002). "Corporalidade e desejo: Tudo sobre minha mãe e o gênero na margem". In: Estudos Feministas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAUSS, M. (1974). "As Técnicas Corporais". In: *Sociologia e Antropologia*, São Paulo: EdUSP.

_____ (1974). "Uma Categoria do Espírito Humano: A Noção de Pessoa, A Noção do 'EU' ". In: *Sociologia e Antropologia*, São Paulo: EdUSP.

PITANGUY, Ivo. (1992). "Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica". In: Filho, Júlio de Mello. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas Editora.

_____. (2006). "Até que ponto a pele estica?". Conferência realizada no Centro Cultural CPFL, Campinas.

RIBEIRO, Liliane B. (2003). *Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença*, apresentado no GT: Pessoa, Saúde, Corporalidade na V Reunião de Antropologia do Mercosul, Florianópolis, UFSC.

ROSE, Nikolas. (2001) “The politics of life itself”. In: *Theory, Culture & Society*, 18(6): 1-30.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. (1995). “Cuidado de Si e Embelezamento Feminino: Fragmentos para uma história do corpo no Brasil”. In: _____.(org). *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade.

SINGER, Peter .(2004). *Libertação Animal*. Porto Alegre, São Paulo: Lugano.

TOLEDO, Luís Sérgio (1994). “Corpo, Estética e Cirurgia Plástica”. In: Dantas, Estélio H. M. (org). *Pensando o Corpo e o Movimento*. Rio de Janeiro: Shape, pp: 147-150.

THOMAS, Keith. (1989). *O homem e o mundo natural*. São Paulo: Companhia das Letras.

VASCONCELLOS, Zulmar Antonio & VASCONCELLOS, João Justino. (2005). *Desnudando a Cirurgia Plástica*. Florianópolis: Insular.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. (1996). “Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio”. In: *Mana* 2, pp 115-144.