

Fabricando Corporalidades. Usos e Discursos sobre Cirurgia Plástica no Rio de Janeiro

Silvia Naidin*

Além de agradável sou muito autêntica. Olhem só que corpo! Todo feito sob medida. Olhos amendoados, 80 mil. Nariz, 200 mil. [...] Peitos, dois porque não sou nenhum monstro, 70 mil cada um, mas eles já estão superamortizados. Silicone? Nos lábios, na testa, maçãs do rosto, quadris e bunda. O litro custa mais de 100 mil. Calculem vocês porque já perdi as contas. Redução de mandíbulas, 75 mil. Depilação definitiva a laser, as mulheres também vêm dos macacos, tanto ou mais que os homens. 60 mil por sessão. Depende da cabeluda que se é, o normal é entre duas e quatro sessões. Mas, se for uma diva do flamenco, precisará de mais, claro. Como eu ia dizendo, custa muito ser autêntica, senhoras. E nessas coisas não se pode economizar. Porque se é mais autêntico quanto mais se parece com o que se sonhou para si mesma. (Agrado, “Tudo sobre minha mãe”. Filme de Pedro Almodóvar, 1999).

Resumo

O artigo explora os diferentes usos e significados assumidos pela cirurgia plástica tanto do ponto de vista médico como de pacientes do público feminino. Expõe-se os interesses e valores que orientam a atuação de cirurgiões e as demandas das pacientes, refletindo sobre o caráter normalizador que essas cirurgias assumem nos contextos observados. Vemos que um certo ideal de natureza (pre)suposto por ambas as partes aparece como norteador importante das intervenções, dos resultados almejados e do tipo de corporalidade que se produz através do tratamento cirúrgico.

Palavras-Chave: corporalidade, cirurgia plástica, normalização, natureza.

* Silvia Naidin tem mestrado em antropologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris) e faz atualmente doutorado na mesma área no PPCIS/UERJ. Email: silvia.naidin@gmail.com

Abstract:

The article explores the different uses and meanings assumed by the plastic surgery, both by the doctor's point of view and those of their female patient's. It exposes the interests and values that guide the work of surgeons and the demands of patients, reflecting on the normalizing character assumed by these surgeries in the contexts observed. We see that a certain ideal of nature (pre) supposed by both parties appears as important value guiding interventions, the results sought and the type of physicality that is produced through the surgical treatment.

Keywords: corporeality, plastic surgery, normalization, nature

Pretendo apresentar neste artigo alguns achados da pesquisa etnográfica que venho realizando em circuitos variados de intervenção estética no corpo e de fabricação dos marcadores corporais de gênero. O foco aqui será o campo das cirurgias plásticas, embora minha investigação não se restrinja a esse domínio. Baseio-me na corrente teórica inaugurada por Judith Butler (1990) que entende o gênero como uma instância performática, algo que se faz (e se refaz), e não ontológica, algo que se é. Embora a maioria dos estudos inspirados por essa autora¹ tenha explorado o chamado “universo *trans*” (Benedetti, 2005), sugiro analisar aqui os processos de construção das corporalidades ditas “normais” e os processos de negociação moral dessa normalidade. A meu ver, os arranjos corporais e existenciais das pessoas que “transitam entre os gêneros” (Leite Jr., 2012) tornou-se foco privilegiado de pesquisa, pois eram entendidos como experiências que, longe de ratificarem os padrões hegemônicos do gênero, confundem e embaralham sua lógica, perturbam a ordem social vigente, abrindo possibilidades de questionamento e transformação. Embora reconheça a importância política e analítica dessa linha de estudos, creio que as formas de produção das “corporalidades hegemônicas”, isto é, as diversas práticas e procedimentos que inscrevem na materialidade dos corpos os padrões dominantes de gênero, ainda não foram suficientemente analisadas à luz dessas teorias.

Desse modo, pergunto-me: como os sujeitos que não têm (a princípio) qualquer projeto de transgressão ao “modelo heteronormativo”² (Butler, 2010) se apropriam do vastíssimo mercado das tecnologias de fabricação/modulação corporal (hormônios sintéticos, suplementos alimentares, remédios para emagrecer, substâncias de preenchimento, próteses etc.)? Que usos vêm fazendo dessas tecnologias e que corporalidades vêm sendo produzidas? Que princípios culturais, valores morais e que concepções de gênero orientam as práticas e discursos dos consumidores dessas tecnologias e de seus agentes? Tais questionamentos são a base dos elementos etnográficos que exponho a seguir, concentrando-me no discurso de cirurgiões plásticos e pacientes do público feminino. Vale ressaltar que o foco no público feminino não foi fruto de um recorte prévio ao início da pesquisa. Essa escolha se deve ao maior acesso que tive às mulheres, o que evidentemente não é um dado fortuito. Embora todos os médicos tenham falado que a procura de cirurgias por homens vem crescendo, a imensa maioria do público é composta de mulheres. No imaginário coletivo, há uma identificação da cirurgia plástica ao universo feminino e, não à toa, os próprios médicos se referem constantemente à sua clientela geral no feminino: “as pacientes”. O corpo operado, seja ele de quem for, é sempre um corpo feminizado, na medida em que agrega atributos simbólicos associados ao feminino como a passividade, abertura e fragilidade. Concomitantemente, a posição de quem opera é masculinizada: é o corpo que penetra, que tem autoridade, que atua sobre o outro. Não à toa “os” cirurgiões são sempre designados no masculino.

Meu primeiro contato com o universo das tecnologias de intervenção sobre os marcadores corporais de gênero ocorreu em clínicas de cirurgia plástica. Durante três meses frequentei duas clínicas diferentes, uma situada num hospital público, fundada

pelo Professor Ivo Pitanguy, e outra, privada, situada no bairro de Botafogo. Em ambos os casos, foram contatos pessoais que me deram acesso ao campo. Minhas tentativas de acessar médicos e clínicas, apresentando-me como antropóloga, nunca funcionaram. Quando percebi que à minha volta conhecia diversas pessoas (de todas as idades) que já haviam feito algum tipo de cirurgia plástica, não foi difícil conseguir que algumas mediassem meu encontro com seus cirurgiões.

Conversei primeiro com dois médicos reputados, que me receberam em seus consultórios, Dr. Rogério, no Jardim Botânico, Dr. Fernando, no Leblon (bairros nobres da Zona Sul da cidade). Um deles trabalhava também no hospital público e foi quem negociou minha autorização de pesquisa no local.

No hospital público realizam-se cirurgias gratuitas, custeadas pelo SUS, e cirurgias privadas a preços muito abaixo do mercado. Isto porque a instituição tem um programa de pós-graduação em cirurgia plástica onde as operações são realizadas por alunos/residentes como parte do aprendizado. Graças aos custos menores, a clientela desse hospital vem das classes populares da cidade.

Já a clínica de Botafogo concentra-se nas cirurgias privadas. É considerada de alto luxo, embora também possua um curso de pós-graduação e um ambulatório separado onde os/as residentes operam, a preços reduzidos, pessoas de menor poder aquisitivo. Quando conversei com a gerente geral da clínica, ela se apressou em dizer que meu acesso seria restrito a esse ambulatório, já que a outra clientela era de “pacientes diferenciadas”, cuja privacidade deveria ser resguardada. Para ela, essas “pacientes VIP”, que “pagavam caro por aqueles serviços” não gostariam de conversar com uma pesquisadora e explicou: “muitas delas não contam sequer para o marido que estão vindo fazer plástica, escondem da família e dos amigos, imagina se vão querer conversar com você?”. Falar com os médicos da “clientela diferenciada” também não seria possível, já que todos eram “muito estrela” e certamente me recusariam a entrevista.

“Natureza” como critério estético e moral

Nos meios mais elitizados é comum a discrição, ou mesmo a dissimulação das intervenções. “Tem mulheres que tiram férias no trabalho, dizem que vão viajar só para vir operar”, me disse Dr. Rogério. “Esconder do marido é muito comum”, contou-me sua secretária. A preocupação com o “não parecer que fez plástica” revela-se também no temor às cicatrizes, que sempre devem ser o mais escondidas e discretas possível. Dr. Rogério explica: “A cicatriz é um estigma. A pessoa olha e logo vê que você operou, já não é mais natural”. Embora vivamos num regime de profunda incitação ao consumo de intervenções corporais, essas mesmas práticas são alvo de condenação moral – práticas estigmatizadoras, portanto.

A “naturalidade” é relatada no discurso médico como um valor nobre, o verdadeiro ideal a ser perseguido nas cirurgias. Plástica bem feita, ouvi várias vezes, é aquela que ninguém percebe.

Uma vez operei o nariz de uma paciente que ficou ótimo, tecnicamente perfeito. Pouco tempo depois ela voltou ao meu consultório dizendo: “Doutor, não estou satisfeita”. Eu disse, “mas por que? Ficou tão bom!” Para minha surpresa, ela respondeu: “poxa doutor, ninguém reparou que eu operei.”

A reação um tanto incomum da paciente foi motivo de satisfação para Dr. Rogério. “Aí percebi que tinha ficado bom mesmo”. Nada mais revelador do êxito do seu trabalho que essa “naturalidade” que o faz passar despercebido. Um “bom cirurgião” apaga os rastros da sua passagem, reduz ao máximo as marcas da intervenção. Outra paciente do Dr. Rogério me disse, muito satisfeita com a prótese mamária que havia colocado: “Eu amei, achei que ficou ótimo, nunca ninguém olhou pra mim e disse ‘ah, você fez plástica’. Meu corpo ficou mais harmônico, ficou muito natural”.

As noções de “natureza” e de “naturalidade” estão profundamente presentes no campo das cirurgias plásticas, operando ao mesmo tempo como critério estético e moral.

Tem pacientes que chegam querendo colocar uma prótese mamária completamente desproporcional ao tamanho delas. Isso eu não faço. Elas ficam contrariadas, dizem: “ah doutor, mas eu quero que fique grande! Minha amiga pôs uma prótese de 400 ml e ficou linda!” Mas eu não faço, porque não vai ficar natural.

É essa suposta “natureza” que o cirurgião plástico deve “imitar” e “respeitar”. O “natural” é ao mesmo tempo critério para avaliar a qualidade dos resultados, e parâmetro para determinar que demandas são legítimas e aceitáveis, merecedoras da intervenção médica, e que demandas devem ser recusadas. A jovem que desejava submeter-se a uma mastectomia para ter os seios removidos porque se identificava com o sexo masculino, Dr. Fernando não operou porque via naquilo uma “mutilação”, algo que ia “contra a natureza”. Entretanto, a remoção de mamas em homens de todas as idades não é mutilação, mas sim uma “condição médica” que possui um diagnóstico – a chamada ginecomastia – e a cirurgia é uma das mais realizadas entre a clientela masculina, sem que isso apresente qualquer dilema ético ou moral. O implante de seios em travestis, ou mesmo a troca de próteses já existentes, não pode ser feito sem que a paciente já tenha passado pela cirurgia de transgenitalização e, sobretudo, pela adequação dos documentos de identidade à mudança de sexo. Já a remoção de próteses mamárias em travestis “arrepentidas”, que “desejam voltar a ser homem” são permitidas, nas palavras do cirurgião-chefe do hospital público.

Vemos assim que a natureza, como representação, funciona como um referente do que é bom e aceitável. A chamada ordem natural funciona como uma ordem moral representando um modelo ideal de realidade (Luna, 2005, p. 409). É também nítida

a profunda conotação de gênero – heteronormativa (Butler, 1990) – subjacente a essa noção de “natureza” acionada pelos médicos.

Há que se conformar os corpos a uma suposta “natureza” que é ao mesmo tempo *presumida e construída* pela prática médica. A “natureza” é de onde se parte e para onde se vai.

O ideal de “natureza” e a separação entre cirurgias “estéticas” e “reparadoras”

Vemos que a oposição entre cirurgia estética e reparadora funda-se nesse mesmo discurso sobre a natureza. Trata-se de uma distinção fundamental e estruturante do campo das cirurgias plásticas e determina, entre outras coisas, o direito de um(a) paciente ter as despesas da cirurgia custeadas pelo Estado, através do SUS, ou por um plano de saúde privado. Somente as cirurgias entendidas como reparadoras, ou reconstrutoras, enquadram-se nesses termos. Isso porque estas são entendidas no discurso médico como cirurgias “voltadas para a correção de um problema” ou para a “recuperação” de uma função biológica prejudicada, sendo, portanto, “necessárias”. As cirurgias “estéticas”, por sua vez, não sendo motivadas por qualquer problema de saúde ou “disfuncionalidade”, seriam fundamentalmente “eletivas” e por isso devem ser pagas.

Embora essa distinção seja constantemente acionada pelos médicos, todos sublinham que, na prática, a definição dessas fronteiras é bem mais complicada. “Uma orelha de abano, por exemplo? É estética ou reparadora? Normalmente é classificada como estética, mas e o *bullying* que a criança sofre na escola, sendo chamada de “Dumbo” o tempo todo? Isso gera traumas, gera danos psicológicos à pessoa!” (R3,³ HP). O lado psicológico é muitas vezes acionado pelos médicos para mostrar que mesmo nas cirurgias tidas como estéticas há “reparo”. Nesse sentido, o caráter “psicológico” e “emocional” que atribuem a toda cirurgia plástica – caráter que eles visivelmente não consagram a cirurgias de outras especialidades – é o que os faz por vezes questionarem a fronteira que eles mesmos estabelecem entre estética e reparo.

A fala do cirurgião-chefe do hospital público ilustra bem outra conotação “reparadora” das cirurgias estéticas:

Aqui a gente faz trabalho de Robin Wood. A gente usa o dinheiro que ganha com as cirurgias estéticas para arcar com custos das reparadoras, porque com o dinheiro do SUS e dos planos de saúde a gente não banca a enfermaria. Nós recebemos muita paciente que não pode pagar a cirurgia. Aí a gente avalia qual é a natureza do problema dela. Uma prótese de mama, por exemplo, é estética pura. É a cirurgia estética por excelência. Mas aí a gente avalia caso a caso. Se a *deficiência* for algo que *descaracterize a natureza feminina* da paciente, se a hipomastia for acentuada a esse ponto, aí a gente pode enquadrar a cirurgia

como reparadora e fazer de graça. Aconteceu um caso desses há pouco tempo.

Pressuposta como um dado universal, a “natureza feminina” da paciente deve ser instaurada através de uma cirurgia que passa então a ser vista como reparadora. Essa lógica ilustra perfeitamente a colocação de Preciado, para quem a biofeminilidade tal como nós a conhecemos no Ocidente não existe sem um conjunto de dispositivos mediáticos, biomoleculares e, eu acrescentaria, também cirúrgicos. As biomulheres são artefatos industriais modernos (Preciado, 2008, p. 126). No discurso médico, há reparo nas práticas “estéticas” porque há sempre um ajustamento, uma adequação dos corpos a uma ordem natural que é tida como prévia e universal. As normas de gênero, por serem vistas como parte da ordem natural, devem ser instauradas a título de reparação – cirurgias necessárias e não eletivas, portanto. Pelo mesmo motivo, a mastectomia em homens com ginecomastia (mencionadas anteriormente) é vista como uma cirurgia “reparadora”, podendo ser paga pelo Estado ou planos de saúde.

A noção de reparo pressupõe uma fisicalidade “natural”, em sua aparência e em seu funcionamento, que precisa ser instaurada/restaurada. A existência de uma base natural da realidade é tomada como um dado indiscutível pelos médicos com quem conversei. Vemos como a “natureza” pode ser identificada com o campo da “norma”, no sentido que Foucault deu ao termo,⁴ quando descrevia o caráter normalizador das sociedades Ocidentais modernas. Nesse sentido, o exercício da cirurgia plástica pautado nessa ideia de natureza é uma atividade profundamente normalizadora.

Entretanto, a fala do residente que transcrevo a seguir, nos leva a pensar que essa identificação rígida entre “natureza” e “norma” vem ganhando novos significados a partir dos desenvolvimentos recentes da biomedicina.

Porque você se vê todo dia, você tem que conviver com esse corpo para o resto da vida, né? Como diria Xico Xavier, essa encarnação que a gente veio, essa forma física... E a cirurgia plástica te dá a oportunidade de *mudar o original de fábrica*, né? Ela te dá uns opcionais para o que não veio original de fábrica. E tendo condições de pagar isso, a pessoa está lá, feliz da vida, porque botou sua prótese, está com o bumbum mais bonito, porque está com a cinturinha bonitinha.

Foucault falava da medicina como processo de normalização que instaurava a norma no domínio do “natural” e criava tecnologias e procedimentos de “correção” e “cura” dos desvios, de modo a conformar sujeitos e corpos a essa normalidade. Tratava-se de uma medicina de “cura” de doenças e “correção” de desvios, onde a noção de “natureza” era absolutamente crucial. O que se entendia por doença e desvio eram, como ele bem mostrou, construções político-morais. Atualmente, alguns autores (Clarke *et al.*, 2003; Rose, 2007) afirmam que a medicina vem deixando de ter esse papel normalizador por

conta dos rumos tomados pela biotecnologia. Em vez de atuar somente sobre o domínio das “doenças” e “patologias” (definindo-as e curando-as), a prática médica agora se estende também ao domínio da saúde. Reposições hormonais, técnicas de reprodução assistida, dietas, cirurgias estéticas, são alguns exemplos disso. Para Clarke *et al.* (2003), por exemplo, as intervenções médicas não têm mais o objetivo de trazer os indivíduos desviantes/doentes para o que seria o funcionamento “natural” do corpo. Com os “avanços” da tecnociência, a própria dimensão do “natural” torna-se aberta a intervenções e modificações, visando ao seu *aprimoramento*: é possível melhorar o “original de fábrica”, para retomar a expressão do médico. Dentro dessa perspectiva, o corpo não é mais visto como algo imutável, relativamente estático e alvo do controle médico, mas, antes, como algo flexível, passível de ser reconfigurado e transformado. Se a medicina dos séculos XIX e XX era uma prática de “controle” e normalização dos corpos, as práticas médicas que vemos hoje – altamente influenciadas pela tecnociência, pela indústria farmacêutica e cosmética – é, para Clarke, uma prática de *customização* das corporalidades.

A psicologização da cirurgia plástica

A dimensão psicológica e os discursos psicologizantes são regularmente empregados tanto por médicos como por pacientes para legitimar a realização das cirurgias. Como me disse uma paciente do Dr. Rogério sobre a prótese mamária que havia colocado há dez anos: “a plástica é uma cirurgia emocional. Na adolescência eu tive bulimia, me sentia o patinho feio. Acho que a plástica foi um processo da minha terapia. Depois que pus o silicone, me olhava no espelho e me sentia muito mais mulher, mais feminina, mais confiante. Aumentou muito minha autoestima.” Falando de uma paciente que havia realizado uma lipoaspiração, um residente da clínica de Botafogo (Francisco) disse: “eu não mexi com a saúde dela, mas o bem-estar físico e mental dela, o psicológico... isso levou ela a ter uma satisfação imensa. Você vê o tanto de qualidade de vida que a cirurgia deu para aquela pessoa. É isso que eu mais gosto na minha profissão”.

Parece que há uma necessidade moral de se vincular as intervenções médicas a alguma forma de “correção” e afastá-la de motivações “fúteis” e “supérfluas” como a vaidade. Vaidade esta que em nossa cultura é, paradoxalmente celebrada (exigida até) como forma de “cuidado de si”, e repudiada moralmente. Por isso, atribuir às cirurgias plásticas alguma finalidade terapêutica ou reparadora é aproximá-la dos valores que asseguram a legitimidade moral da própria prática médica como um todo.

A vaidade, neste caso, é exigida até o ponto em que se considera “saudável” uma preocupação com o corpo, em adequá-lo a uma estética padronizada. O ideal de natureza ajuda a regular o investimento nas intervenções estéticas, limitando (e normalizando), de certa forma, este investimento. Como me disse Francisco: “Se a paciente me disser que ela quer operar porque tem algum trauma de infância, ela já me ganhou.” E contrapõe: “Mas tem paciente que vê a cirurgia plástica como comprar uma bolsa Louis Vuitton.

Já pediu um carro caro pro marido, agora quer uma cirurgia plástica... Essa paciente não é interessante pra gente”. Se não há reparo de alguma “função biológica”, deve ao menos haver um reparo psicológico, ou nos termos nativos, um “resgate da autoestima” das pacientes, que é viabilizado através das cirurgias.

A beleza e seus litígios

Entretanto, como pude perceber no discurso dos médicos, o lado “psicológico” é ao mesmo tempo álibi e vilão das cirurgias plásticas. É ele quem motiva e legitima boa parte das intervenções e da demanda por elas. Por outro lado, é do seu caráter demasiado “subjetivo” e dos eventuais “desequilíbrios psicológicos” que decorrem os principais litígios entre cirurgiões e pacientes. Litígios que, aliás, não são poucos. Ao longo das minhas conversas com residentes, médicos e suas secretárias, pude perceber o quanto suas falas remetiam às desavenças e discordâncias com as pacientes, sobretudo no que diz respeito à qualidade do resultado da cirurgia. São frequentes os casos em que pacientes insatisfeitas acabam processando seus médicos. O terreno das cirurgias plásticas é altamente litigioso. A determinação do que é um resultado “malsucedido”, e do culpado/responsável, é objeto de brigas judiciais constantes. Os cirurgiões dizem que, ao contrário de outros ramos da medicina onde o resultado da operação ou do tratamento é avaliado em termos de “cura”, na cirurgia estética o resultado não goza da mesma “objetividade”. Trata-se de uma questão de “gosto”, em que os critérios são altamente “subjetivos”, estando sujeitos a constantes discordâncias e desentendimentos. Nesse sentido, os médicos dizem tentar ao máximo explicar às pacientes as possibilidades e limitações de cada intervenção, tentando evitar futuras decepções.

Tem muita paciente que chega aqui com foto de alguma celebridade, com foto da Angelina Jolie dizendo “doutor, eu quero ficar assim, com essa boca”, ou então com uma foto de quando era mais nova: “quero ficar como eu era”. Aí a gente tenta explicar que a boca da Angelina Jolie é da Angelina Jolie e que aquilo não vai se adaptar ao corpo dela... Ou [explicamos] que a pele dela já não tem mais a qualidade e a elasticidade de antes e que isso não dá pra resolver totalmente. Dá até pra melhorar, mas... O problema é que tem paciente que não quer entender (R3, HP).

Se a questão “emocional” e “psicológica” é um elemento central na motivação/legitimação das cirurgias, por outro lado elas podem ser a “causa” de seu insucesso (segundo os médicos, é claro):

A paciente tem que fazer a cirurgia para ela, para se sentir melhor consigo mesma. Porque tem muita paciente que vem operar porque foi traída pelo marido e acha que levantando os seios o marido vai vol-

tar... Mas não volta! Essa paciente nunca vai ficar satisfeita com o resultado. Por isso que é muito importante a gente tentar entender o que trouxe a paciente ao nosso consultório, antes de operar (Dr. Rogério)

Ou então: “Nós até tentamos ajudar a gordinha a perder peso, mas às vezes o problema não está no físico, está no psicológico. Aí não tem cirurgia que dê jeito, ela vai sempre voltar reclamando” (secretária Dr. Rogério)

A associação entre o descontentamento das pacientes a uma suposta “fragilidade psicológica” ou emocional é um traço absolutamente recorrente no discurso dos médicos. Essa é claramente uma forma de tirar de si, ou ao menos de dividir com a paciente, a responsabilidade pelo insucesso da cirurgia. Como disse a fisioterapeuta que fazia drenagem linfática no consultório do Dr. Rogério: “o emocional é muito importante no pós-operatório também. Aquela paciente que não estava bem de cabeça, que estava muito nervosa antes da cirurgia, que operou escondido do marido, essa tem muito mais chances de ter algum tipo de complicação e de não ficar satisfeita”.

Ou como disse Dr. Rogério:

Muitas vezes a gente recebe a paciente, acha que está tudo certo com ela, opera, mas depois da cirurgia ela volta dizendo que não está bem, que o resultado não ficou como o esperado, que a cicatriz está horrível... aí a gente começa a conversar com ela, pergunta, “mas por que você acha isso, como está a sua vida pessoal, o que o seu marido achou da cirurgia?”... aí a paciente começa a contar, que as coisas em casa não andam bem, ou que a cunhada disse que tinha ficado horrível... enfim, aí a gente vai descobrindo...

Se, por um lado, a cirurgia plástica se vende moral e comercialmente pela promessa de atenuar ou sanar algum sofrimento psicológico decorrente de uma insatisfação com o próprio corpo, por outro, nos muitos casos em que isso não ocorre, o sofrimento psicológico converte-se em razão ilegítima para a realização da cirurgia. Segundo os médicos, não se deve operar pacientes “mais frágeis psicologicamente”, porque elas “nunca ficarão satisfeitas”. Seria preciso então avaliar com cuidado o “perfil psicológico” da paciente e suas “reais motivações” antes de realizar a operação. Dr. Fernando me disse, inclusive, que em determinados casos pedia autorização da paciente para entrar em contato com seu psicanalista a fim de discutir se a cirurgia deveria ou não ser realizada.

Eu diria que, de forma geral, os médicos ressaltam constantemente a “fragilidade psicológica” de quase todas as pacientes. Como se isso fosse um traço, uma característica comum, principalmente nas mulheres, que vêm aos seus consultórios. “Você já percebeu que todas aqui no ambulatório são meio doidinhas?”, perguntou-me uma residente.

Todos os médicos deram muita ênfase à importância de se saber recusar certas cirurgias como forma de preservar certa ética médica e (sobretudo talvez) sua reputação

no mercado. A expressão que ouvi de absolutamente todos os residentes é bem expressiva nesse sentido: “O dinheiro de um cirurgião plástico vem dos pacientes que ele opera, mas a reputação vem daqueles que ele não opera”. Todos os residentes me repetiam essa frase como uma máxima enfatizada por seus professores. As pacientes, segundo eles, “mais problemáticas” e os eventuais processos judiciais podem prejudicá-los profissionalmente, na medida em que a clientela de um cirurgião se constitui principalmente de indicações, “do boca a boca” como dizem. Pacientes insatisfeitas podem difamar um médico e contaminar sua reputação. Sendo assim, em grande parte das cirurgias há um processo de negociação (se devem ser mesmo realizadas, qual o procedimento a ser adotado, como etc.).

A fala de um residente da clínica de Botafogo é muito expressiva e levanta algumas questões interessantes:

A cirurgia plástica é uma cirurgia onde é o paciente que vem buscar a gente. A gente não ganha o paciente num ambulatório, quando ele está doente. É um desejo que vem do *íntimo*, e essas pessoas estão buscando alguma coisa para preencher um vazio. Aí que mora o perigo. Tem paciente que está sendo deixada pelo marido, aí a gente entra no meio de uma briga... Ou então tem paciente que é muito sozinha, aí faz uma cirurgia plástica grávida de seis meses... o que gera risco para ela... paciente que já passou na mão de um monte de cirurgiões plásticos... Essas pacientes não são interessantes pra gente. Mas se eu te falar que não vou operar uma paciente assim eu vou estar mentindo pra você. Porque a gente acaba entrando... Mas você não pode deixar isso virar sua rotina, entendeu? Porque não é legal ter uma paciente assim. Porque uma paciente assim, ela até vai te dar lucro num primeiro momento, mas depois ela vai voltar reclamando... Porque você não está oferecendo para ela o que ela realmente quer, entendeu? Ela está *maquiando* uma necessidade dela com a cirurgia plástica. A gente não consegue identificar isso em todas as pessoas, claro. Mas com o tempo a gente deve ficar bem melhor nisso. Da mesma forma que ela maquiou com a compra de uma casa, um carro, entendeu? A cirurgia plástica não deixa de ser um bem pra ela, que ela faz quando quer. É um procedimento que ela compra, não depende de plano, não depende de nada.

A presença de certos “distúrbios psicológicos” em pacientes é apontada pelo discurso médico como uma “contra-indicação” e um perigo para realização do procedimento cirúrgico. Entretanto, é interessante notar que no caso das cirurgias plásticas ligadas à troca de sexo (o processo transexualizador), o diagnóstico psiquiátrico do “distúrbio”, ou

“Disforia de Gênero” como é chamado pelo DSM-5, é justamente o que torna as operações legítimas, “reparadoras” e, portanto, passíveis de serem custeadas pelo SUS.

A fala dessa residente ressalta outro aspecto crucial, embora de abordagem delicada entre os médicos: o interesse econômico. Por um lado, afirmam que devem atender somente às demandas “legítimas”, por outro, recusar muitas pacientes pode prejudicar seu retorno financeiro. Isso se torna um dilema importante, sobretudo se levarmos em conta que a possibilidade de se ganhar muito dinheiro foi citada por grande parte dos Residentes como um dos principais atrativos dessa especialidade médica. Como muitos me disseram, o mercado da cirurgia plástica é altamente competitivo, e há sempre um médico disposto a fazer aquilo que a paciente deseja. Então, em muitos casos, recusar uma operação significa apenas que a paciente irá buscar a concorrência. Além disso, pelo que pude ouvir, médico(a)s que recusam demais também podem ficar mau reputados e perder parte significativa de clientes potenciais. A fala desse Residente confirma a percepção que construí ao longo da minha pesquisa, de que os interesses financeiros frequentemente suplantam certos cuidados com a saúde das pacientes. Como já assinalou Rohden (2011), essa associação, aparentemente estranha segundo certos valores, entre interesse econômico e saúde, vem se tornando cada vez mais visível em trabalhos etnográficos, de modo que a distinção analítica entre esses domínios torna-se, em muitos casos, inoperante.

Conclusão

É importante ressaltar que os discursos e práticas analisados aqui emanam de contextos formais e legalizados de intervenção corporal. Tais discursos e práticas não se mantêm quando percorremos circuitos clandestinos de uso de substâncias proibidas pela lei. A própria cirurgia plástica assume significados distintos e obedece a outros critérios fora dos meios elitizados. Por isso, essa abordagem do campo das intervenções cirúrgicas me levou a expandir minha análise em direção a esses outros circuitos. O contato com pacientes do hospital público me fez perceber que figuras públicas como a cantora de funk Valeska Popozuda, as dançarinas Viviane Araújo e Gracyanne Barbosa,⁵ ou as inúmeras “mulheres-fruta”⁶ representam um tipo de apropriação das “tecnologias de gênero” que vem se difundindo cada vez mais nos meios populares. Através do uso combinado de diversas tecnologias (hormônios sintéticos anabolizantes, lipoaspirações, próteses de silicone, preenchimentos com Metacril etc.) elas superdimensionam certos marcadores corporais de gênero (glúteos, seios, coxas...) criando, com isso, uma espécie de “hiperfeminilidade” que em nada corresponde aos ideais de “natureza” celebrados pelo discurso médico e pelas pacientes de meios elitizados dos quais falei neste trabalho. A compreensão desses outros usos e apropriações das tecnologias de gênero que vêm dando origem a essas “hipermulheres” é foco atual da minha pesquisa etnográfica.

Recebido em 27/11/2013

Aprovado em 06/12/2013

Notas

. Cito aqui o trabalho de Butler, *Gender trouble*, por ser ele considerado um texto canônico dos estudos *queer*, como afirma Preciado (2004, p. 248 citada por Pelúcio, 2007, p. 97), embora ela não tenha sido a única influência dessa corrente de trabalhos aos quais me refiro.

². Em Butler, a heteronormatividade seria a matriz cultural por intermédio da qual os sujeitos ganham inteligibilidade. Nas sociedades Ocidentais, essa matriz se funda nas suposições de um sexo biológico binário (homem *x* mulher), e da heterossexualidade universal. Assim, dentro desse modelo, as existências inteligíveis seriam aquelas que reproduzem o nexos causal que parte de um sexo biológico (binário) que irá determinar a identidade de gênero (masculina *ou* feminina) e que, por conseguinte, irá engendrar desejos e práticas heterossexuais.

³. A abreviação R3 é usada pelos médicos para designar os/as Residentes que estão no 3º ano da formação. Utilizarei a sigla HP para designar o hospital público onde realizei a pesquisa.

⁴. Para Foucault, a norma é o elemento que funda e legitima o exercício de algum tipo de poder (Foucault, 1999, p. 46). Para ele, o exercício moderno do poder é fundamentalmente da ordem da normalização (e não mais somente da legislação) dos indivíduos e populações, e nesse regime, a norma converte-se no princípio fundamental de divisão dos indivíduos (“normais” e “anormais”). O autor ressalta o papel crucial da medicina nesse regime de poder: “Desde o momento em que é uma sociedade da norma a que está se constituindo, a medicina, posto que ela é a ciência por excelência do normal e do patológico, será a ciência régia” (Foucault, 1994, p. 75-76).

⁵. Gracyanne Barbosa é atualmente casada com o cantor de pagode Belo, e Viviane Araújo é ex-esposa do mesmo cantor. A primeira foi dançarina do grupo de axé Tchakabum, e atualmente desfila em diversas escolas de samba no Rio de Janeiro e em São Paulo. Viviane Araújo também desfila em escolas de samba, participou de *Reality Shows*, entre outros.

⁶. Assim como Valesca Popozuda, as mulheres-fruta atuam também no mundo funk como dançarinas e cantoras. A primeira delas foi a chamada Mulher-Melancia, que ganhou popularidade através da “dança do créu” no grupo liderado pelo chamado MC Créu. O apelido de “melancia” faz alusão ao volume e ao formato de seu glúteo. Em seguida vieram diversas “mulheres-fruta”: a Mulher-Melão, Mulher-Moranginho, Mulher-Cereja (todas dançarinas desse mesmo grupo), há também a Mulher-Pêra que é cantora e que chegou a se candidatar em 2012 a deputada federal e vereadora pela cidade de São Paulo. Embora não tenha apelido de fruta, a chamada Mulher-Filé faz parte do mesma referência. É dançarina do cantor de funk Mr. Catra e participou recentemente da 6ª edição do *Reallity Show* “A Fazenda”.

Referências Bibliográficas

- Benedetti, M. R. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- Butler, J. *Problemas de Gênero : Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira (3a ed), 2010 [1990].
- Clarke et al. "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine". In: *American Sociological Review* vol.68, 2003. pp.161-194.
- Foucault, M. *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*. Paris: Gallimard-Seuil, 1999.
- "Dits et écrits III. Paris: Gallimard-Seuil, 1994.
- Leite Jr. J. "Transitar para onde? monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras". In: *Revista Estudos Feministas*. Vol 20, n.2. Florianópolis, 2012. Pp. 559-568
- LUNA, N. *Natureza Humana Criada em Laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*. In: *História, Ciências e Saúde: Rio de Janeiro*, vol.12 n.2, pp.395-417, maio-agosto, 2005.
- PELUCIO, L. *Nos Nervos, na Carne, na Pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, 2007.
- Preciado, B. *Testo Yonqui*. Madrid: ESPASA, 2008.
- Rohden, F. *Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas*. (palestra) 28ª Reunião Brasileira de Antropologia - São Paulo, PUC, 2012.
- Rose, N. *The politics of life itself*. Pinceton University Press, 2007.