

Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil*

Medical borderlands: engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil

Alexander Edmonds

University of Edinburgh, Edinburgh,
Reino Unido.
alex.edmonds@gmail.com

Emilia Sanabria

Ecole normale supérieure de Lyon,
Laboratoire Triangle & INSERM
15 Parvis René Descartes, Lyon,
França.
emilia.sanabria@ens-lyon.fr

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.193-210.

Resumo: Este estudo explora as margens da medicina, em que práticas de saúde e aprimoramento se confundem. Ele é baseado no trabalho de campo desenvolvido no contexto de dois projetos de pesquisa distintos no Brasil sobre cirurgia plástica e terapias de hormônio sexual. Há uma significativa sobreposição clínica dessas duas terapias. Ambas estão disponíveis nos sistemas de saúde público e privado de tal forma que revelam a dinâmica de classes subjacente à medicina brasileira. Essas terapias também têm uma dimensão experimental enraizada no contexto normativo do Brasil e nas expectativas da sociedade em relação à medicina como forma de controlar a saúde reprodutiva e sexual da mulher. O uso medicinal experimental desses tratamentos está associado a um uso experimental “social”: as mulheres os adotam em resposta a pressões, ansiedades e aspirações no âmbito profissional e na vida pessoal. Argumenta-se aqui que essas técnicas experimentais estão se tornando moralmente autorizadas como um controle rotineiro da saúde da mulher, integradas aos tratamentos predominantes de obstetria e ginecologia, e sutilmente confundidas com práticas de cuidados pessoais que são vistas no Brasil como essenciais para atingir uma forma de feminilidade moderna. Palavras-chave: cirurgia plástica; terapias hormonais; Brasil; gênero e sexualidade; saúde reprodutiva.

Abstract: This paper explores medical borderlands where health and enhancement practices are entangled. It draws on fieldwork carried out in the context of two distinct research projects in Brazil on plastic surgery and sex hormone therapies. These two therapies have significant clinical overlap. Both are made available in private and public healthcare in ways that reveal the class dynamics underlying Brazilian medicine. They also have an important experimental dimension rooted in Brazil's regulatory context and societal expectations placed on medicine as a means for managing women's reproductive and sexual health. Off-label and experimental medical use of these treatments is linked to experimental social use: how women adopt them to respond to the pressures, anxieties and aspirations of work and intimate life. The paper argues that these experimental techniques are becoming morally authorized as routine management of women's health, integrated into mainstream Ob-Gyn healthcare, and subtly blurred with practices of cuidar-se (self-care) seen in Brazil as essential for modern femininity. Keywords: plastic surgery; hormonal therapies; Brazil; gender and sexuality; reproductive health.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100012>

Introdução

O aprimoramento médico é hoje uma questão social urgente. Isso se deve ao fato de que ele às vezes funciona (e a frequência disso é determinante). O atleta toma esteroides, com um risco considerável, pois eles realmente melhoram o desempenho. À medida que os melhoramentos médicos se tornam mais eficazes (qualquer que seja a definição), eles atraem novos usuários: a China e o Brasil são hoje, respectivamente, o terceiro e o segundo maiores mercados mundiais da cirurgia estética, enquanto em muitos países em desenvolvimento as drogas “com prescrição” são usadas para acelerar o desempenho sexual ou mental (Sanabria, 2014). Com a divulgação do aprimoramento médico, torna-se mais difícil avaliar suas implicações éticas e na área da saúde. Tecnologias, como a engenharia genética, levantaram questões éticas significativas acerca de “interferir na natureza” ou “brincar de Deus” (Parens, 1998); no entanto, essas questões podem desviar nossa atenção dos problemas levantados por formas mais comuns de autorregulamentação e auto-otimização médicas que ocorrem dentro do cuidado de saúde rotineiro.

Este artigo explora fronteiras médicas em que práticas de saúde e melhoramento estão sutilmente enredadas. Ele se baseia no trabalho de campo etnográfico em cidades brasileiras, desenvolvido no contexto de dois projetos de pesquisa distintos: os usos da cirurgia plástica no Rio de Janeiro (Edmonds) e das terapias de hormônios sexuais em Salvador, Bahia (Sanabria), principalmente por mulheres. Durante o trabalho de campo, cada um de nós entrevistou profissionais na área da saúde (em sua maioria, cirurgiões, psicólogos, endocrinologistas, clínicos gerais, ginecologistas/obstetras e enfermeiras), observamos práticas clínicas e conduzimos trabalho etnográfico com pacientes-clientes que nos levaram a conhecer contextos sociais não diretamente associados aos tratamentos médicos.¹

A cirurgia estética e a terapia hormonal são tipos bem distintos de terapias que envolvem diferentes aspectos do corpo, da saúde e do bem-estar.² Contudo, no Brasil, há uma sobreposição clínica dessas terapias, como modo de intervir, ou otimizar, a saúde reprodutiva e sexual de mulheres, e também seu bem-estar. Os contraceptivos hormonais são uma das classes de remédios mais prescritas na história farmacêutica. No Brasil, encontram-se disponíveis em uma variedade de combinações e modalidades de entrega. Eles também têm racionalidades controversas que não se limitam à contracepção e ao tratamento da menopausa, incluindo a regulação dos ciclos menstruais, o controle da forma física ou o desempenho sexual e social. Esses usos *off-label* (não autorizados) são mesclados com indicações mais aceitáveis, como o controle de natalidade. Usamos o termo “hormônio” para incluir as indicações sobrepostas e os usos experimentais desses medicamentos no Brasil. Em nível global, a disponibilidade da cirurgia estética é mais limitada e, em geral, considerada uma forma de melhoramento. No Brasil, entretanto, os diversos procedimentos – incluídos a cirurgia das mamas e a abdominoplastia, a liposucção e a “lipoescultura” (na qual a gordura é reinjetada no corpo), a rinoplastia e o *lifting* facial – foram amplamente disponibilizados nas últimas décadas e costumam ser apresentados como um meio essencial de gerenciar a saúde reprodutiva, sexual e psicológica das mulheres. Para acompanhar o uso local, adotaremos o termo “plástica” para fazer referência à cirurgia estética.

Apresentamos esses dois casos juntos para explorar como eles se tornaram corriqueiros em um sistema de saúde dual e usado experimentalmente para gerenciar a vida reprodutiva e sexual da mulher. A plástica e as terapias hormonais estão disponíveis nos sistemas de saúde público e privado de maneira tal, que revelam a dinâmica de classes subjacente ao sistema de saúde brasileiro. Além disso, as duas terapias têm uma dimensão experimental importante, que associamos ao contexto de regulamentação brasileira e às expectativas da sociedade em relação à medicina como forma de controle da saúde da mulher.

Argumentamos que essas terapias, às vezes, são usadas com o intuito de moldar o corpo reprodutivo e sexual de dentro para fora. Argumentamos também o fato de essas terapias terem se tornado moralmente autorizadas como formas rotineiras de gerenciar a saúde da mulher. Essas terapias estão associadas a tratamentos estéticos, medidas higiênicas e práticas de “cuidar-se” (que diferenciamos de “autocuidado”) considerados essenciais à feminilidade moderna. Nas cidades brasileiras não faltam farmácias, salões de beleza, academias de ginástica, lojas voltadas para a alimentação saudável, consultórios médicos privados e serviços estéticos pseudomédicos. Os pacientes com quem tivemos contato encaram as práticas hormonais e a plástica como parte integral de formas comuns de cuidar-se, que incluem exercícios físicos e controle do peso, a ida ao salão de beleza para fazer as unhas ou um alisamento nos cabelos, manter o corpo bronzeado ou fazer depilação. Não há, portanto, uma distinção clara entre os tratamentos estéticos, higiênicos, eróticos e médicos; da mesma forma, é bem tênue a linha que distingue as intervenções médicas necessárias das fundamentações difusas de melhoria da autoestima ou gerenciamento de exigências da vida.

Além dos riscos que os usos experimentais de hormônio e plástica apresentam à saúde, também levantam problemas éticos que não se encaixam perfeitamente nas estruturas conceituais que bioeticistas costumavam usar para abordar a questão do aperfeiçoamento médico (Parens, 1998; Gordijn, Chadwick, 2008). A banalidade dos contraceptivos pode mascarar sua utilização em nível mais experimental para melhorar o humor, controlar peso ou regularizar a vida sexual ou social. E apesar de a plástica parecer ser um caso mais óbvio de aperfeiçoamento médico, seu princípio de melhoramento é sutilmente minimizado porque ela é praticada em hospitais públicos ou integrada ao sistema de saúde predominante. Alguns médicos e pacientes brasileiros consideram essas duas terapias um meio cotidiano de cuidar-se, sugerindo que nem sempre elas são, localmente, consideradas uma prática de “melhoramento”. O receio de “interferir na natureza”, que está enraizado em ideias político-liberais (norte-americanas) sobre a autonomia corporal – nem sempre é bem traduzido em outros contextos éticos (Edmonds, 2010). As ontologias médicas e populares brasileiras enxergam o corpo como consideravelmente plástico – suscetível a mudanças e aperfeiçoamentos (Rohden, 2001; Sanabria, 2013).

Sugerimos uma abordagem crítica diferente, que destaque os usos médicos experimentais dessas terapias, bem como o que pode ser chamado de uso social experimental. Exploramos como essas tecnologias são adotadas em resposta a pressões, ansiedades e aspirações originadas no ambiente de trabalho e na vida íntima. Esses usos costumam divergir do discurso médico oficial ou dos programas de saúde pública, embora recebam o apoio tácito e o incentivo de médicos. Discutimos, por exemplo, como a plástica e as terapias hormonais são usadas para fins não médicos, como: modular afetos ou desempenhar a força física no âmbito profissional,

abrir portas para novos mundos sociais, copiar modelos de capa da *Playboy*, aumentar o desejo ou proteger um casamento. Esses usos revelam tensões entre as normas sociais e médicas “genderizadas” da feminilidade moderna. A plástica e as terapias hormonais estão integradas a um regime de gestão que transforma a reprodução “normal” (menstruação, natalidade, amamentação e menopausa) em processos arriscados que exigem gestão “estética” e sexual. As metas estéticas são moralmente autorizadas como metas de saúde, enquanto o emprego de novas ferramentas experimentais é considerado necessário, rotineiro e até mesmo voltado para um cuidar-se prazeroso.

Como as tecnologias médicas refletem as aspirações por inclusão ou mobilidade social? Como a utilização da medicina de forma experimental, estética ou relacionada ao estilo de vida passa a ser legitimada e integrada a formas mais estabelecidas de tratamento médico? Ao responder a essas perguntas, nossa meta é desenvolver uma abordagem crítica das técnicas experimentais praticadas na fronteira entre medicina e cuidados pessoais em níveis estético, sexual e psicológico.

Terapias em busca de doenças

Hoje em dia, no Brasil, as terapias hormonais e a plástica têm fundamentos médicos como forma de intervir na saúde psicológica, sexual e reprodutiva de pacientes “normais” (alterando os sistemas endócrinos, a anatomia e a imagem corporal). Historicamente, entretanto, nota-se uma considerável incerteza médica e social com relação ao uso apropriado dessas duas terapias. Rastreamos brevemente suas origens como tecnologias experimentais e contextualizamos suas indicações médicas variáveis.

A historiadora Oudshoorn (1994) chama as terapias hormonais de “drogas em busca de doenças”. Da mesma forma, na cirurgia plástica, a possibilidade de operações estéticas com relativa segurança precedeu a “descoberta” dos transtornos a ser curados. A plástica e as terapias hormonais eram produtos de melhoramentos médicos apresentados com enorme potencial terapêutico – e financeiro – de alguns pioneiros. Ambas também surgiram antes da indicação médica que acabaram “descobrimo”. Os hormônios sexuais foram comercializados pela primeira vez no final da década de 1950 como tratamentos para transtornos menstruais; suas propriedades contraceptivas foram apresentadas como “efeitos colaterais” para mensurar o nível de aceitação no mercado de uma nova medicação controversa (Marks, 2001, p.5). Hoje, o controle de natalidade é a principal indicação aprovada de contraceptivos hormonais, embora existam vários usos não recomendados, incluindo o alívio de cólicas menstruais, a supressão menstrual, a regularização do ciclo, a recuperação da libido, indicações do “estilo de vida” (Watkins, 2012) e, no Brasil, os usos “estéticos” controversos, como o controle do peso e a melhora da textura da pele e do tônus muscular.³ Desde sua invenção, o fundamento do uso de terapias com hormônios sexuais esteve aberto a negociações e sujeito a controvérsias.

Os contraceptivos no Brasil estão disponíveis em diversos formatos, dosagens e modos de administração (Sanabria, 2014). Além das variações nas formas por via oral (nome da marca; cópias nacionais ou genéricas; combinados ou minipílulas; de segunda, terceira ou quarta geração etc.), os hormônios sexuais podem ser implantados, absorvidos pela pele (por meio de adesivo ou gel transdermal), pela vagina (por um “anel” vaginal) ou pelo útero (por um

“sistema” de liberação de hormônio intrauterino), assim como injetados (mensalmente ou trimestralmente). Essa multiplicidade reflete a busca de métodos contraceptivos de ação prolongada para o mundo dito “em desenvolvimento”, em que instituições médicas brasileiras têm exercido um papel significativo.⁴

Os médicos também têm um espaço considerável para experimentar novas modalidades de prescrição. Isso ocorre especialmente com implantes hormonais desenvolvidos no Brasil, onde implantes padronizados de marca, como o Implanon, são raros. A maior parte dos implantes existentes no mercado é produzida por farmácias de manipulação em laboratórios de pequena escala⁵ e contém combinações de levonorgestrel, estradiol, gestrinona, elcometrina e testosterona. Embora esses implantes sejam apresentados como tratamentos de ponta, sua produção é nitidamente *low-tech*, exigindo mão de obra intensiva. Em uma dessas farmácias, Sanabria observou técnicas de laboratório confeccionando manualmente implantes de tubos de silicone utilizando hormônio em pó importado. Os implantes têm as mais variadas indicações: método contraceptivo de ação prolongada, “controle” dos sintomas da tensão pré-menstrual ou “tratamento” de endometriose suprimindo a menstruação, e reposição hormonal para aliviar sintomas da menopausa. Nem todos esses tratamentos são clinicamente testados, diferente do que ocorre com aqueles produzidos por empresas farmacêuticas transnacionais. Os únicos dados publicados foram obtidos de estudos do comportamento de mulheres, muitos dos quais realizados no Brasil, com supervisão ética, às vezes, questionável. Uma mulher entrevistada por Sanabria em 2013 explicou que seu ginecologista solicitou que fizesse exames clínicos (pagos por ela), incluindo exames cardiovasculares e análise do nível de colesterol. Após descobrir *on-line* que seu ginecologista havia publicado um estudo em que ela provavelmente teria sido incluída, ficou indignada por saber dos riscos aos quais havia sido submetida como, em suas palavras, “uma cobaia” de um experimento.

Um dos exemplos mais radicais de experimentação com hormônios sexuais é o uso feito por travestis (transexuais) de contraceptivos isentos de prescrição médica para feminilizar o corpo, em geral em combinação com silicone líquido injetado e cirurgias plásticas (Sanabria, 2013; Kulick, 1998; Edmonds, 2010). Essas técnicas “suavizam” a estrutura facial e alteram a distribuição da gordura para emular os ideais eróticos nacionais. Mulheres também usam hormônios sexuais em busca de efeitos sexuais e “estéticos”, principalmente a testosterona. A terapia da testosterona invariavelmente ganha a manchete de mídias no Brasil por seus benefícios durante atividades físicas ou para aumentar a energia, a vontade, o desejo e a disposição. Profissionais de *marketing* e da saúde apresentam a testosterona como um tipo de afrodisíaco, embora as descrições feitas por mulheres sobre suas experiências sejam mais ambivalentes. Ao observar a inserção ou a remoção rotineira de implantes hormonais em uma clínica baiana, Sanabria anotou os comentários sobre um pequeno tufo de cabelo que surge no local do implante, em geral nas nádegas. A enfermeira especializada considera esse pequeno tufo de cabelo espesso, mais longo que o normal, como uma “prova” visual de que a testosterona realmente funciona.

Embora os médicos observados por Sanabria que prescreveram implantes costumassem se referir à testosterona como “dando fogo” (uma metáfora sexual explícita), as pacientes tendiam a destacar principalmente mudanças no que chamam “disposição”. Cleonice é uma mulher na faixa dos 40 anos de idade, casada com um arquiteto do sul do Brasil. Sanabria

a conheceu em uma clínica onde ela estava fazendo renovação dos seus implantes, que já usava havia mais de uma década. Cleonice também havia se submetido a várias plásticas, que ela chamava de “pequenas” modificações (nas pálpebras, no nariz e no rosto). “Gosto de me cuidar”, explicou, “e os hormônios me ajudam para que eu me sinta bem, cuidado do corpo, da pele. Eles melhoram a *performance* e aumentam a disposição”. Apesar de disposição estar às vezes associada a interesse sexual, Cleonice quis dizer que os hormônios lhe devolveram a “energia necessária para enfrentar seu dia a dia, com mais vontade de fazer as coisas”. Além do aumento do desejo que a testosterona parece proporcionar, as mulheres explicavam que adquiriam energia para ver ou perceber de forma diferente, e para ser mais operacionais em um mundo predominantemente masculino. Em 2008, uma série de artigos da mídia descrevia o crescente uso de implantes de testosterona por mulheres brasileiras em academias de ginástica. Chamadas de mulheres chipadas (com microchips), elas diziam que a testosterona permitiu desenvolver mais massa muscular, perder gordura subdermal mais rapidamente e otimizar os exercícios físicos. Uma fotógrafa explicou a Sanabria que seu ginecologista adicionou uma cápsula de testosterona para aumentar seu “tesão”. Ela disse ainda que, graças à testosterona, seus equipamentos de câmera pareciam mais leves e ela tinha mais energia para se dedicar ao exigente trabalho e para equilibrar melhor a vida profissional/pessoal.

Apesar de não serem reconhecidos por todos os usuários, os efeitos dos medicamentos estão condicionados às expectativas dos pacientes (Moerman, Wayne, 2002). Devido à ausência de testes clínicos que avaliem esses usos experimentais de implantes contraceptivos, é difícil separar os efeitos específicos dos medicamentos dos contextos médicos e sociais mais abrangentes que os tornem eficazes. Os efeitos sexuais dos hormônios sutilmente se mesclam aos “efeitos estéticos” e de “estilo de vida” (abordados a seguir), como perda de peso, redução da celulite, definição de músculos e melhora da textura da pele.

Em contraste com a banalidade da pílula, a cirurgia estética em geral é considerada um tratamento excepcional, e às vezes até mesmo perigoso. Contudo, os procedimentos de reconstrução hoje vistos como não controversos do ponto de vista médico, como a correção de um palato fendido, já foram rotulados de “estéticos” (Gilman, 1999). A ortodontia estética ainda é classificada como “estética”, mas também se tornou rotineira, a tal ponto que a negar a uma criança é considerada uma atitude cruel ou irresponsável, pelo menos nos EUA. Argumentamos o fato de que a cirurgia estética no Brasil vem se tornando mais rotineira e parte integral do gerenciamento da passagem pelo ciclo de vida feminino.

Apesar de médicos terem feito experimentos anteriores com procedimentos estéticos, somente após a consolidação das habilidades técnicas por meio da reconstituição dos rostos de veteranos dilacerados pela Primeira Guerra Mundial é que foi cogitada a possibilidade de efetivas cirurgias estéticas. No entanto, atitudes nos âmbitos social e médico da época consideravam frívolo o uso da cirurgia com objetivos exclusivamente estéticos (Gilman, 1999). A sociedade euro-americana conseguia vislumbrar as possibilidades terapêuticas da cirurgia estética, em parte pela popularização de abordagens psicanalíticas que apontavam o significado emocional da aparência (Haiken, 1997). Os cirurgiões brasileiros avançaram muito, e com sucesso, sob esse aspecto do “fundamento psicoterapêutico” na prática da cirurgia estética, até mesmo justificando sua disponibilização em hospitais públicos. O Sistema Único de

Saúde (SUS) não autoriza diretamente a cirurgia estética (com exceção de alguns procedimentos). Entretanto, alguns hospitais públicos oferecem cirurgias estéticas. Nesse caso, como em qualquer órgão do setor público, a cirurgia é gratuita, visando oferecer “treinamento científico” aos cirurgiões residentes. Alguns cirurgiões-chefes do setor público buscam apoiar essa lógica, destacando os benefícios universais da cirurgia estética para a “saúde”, que eles acreditam que deveriam ser disponibilizados igualmente para ricos e pobres (Edmonds, 2009, 2010).

Muitos cirurgiões residentes saem de seus países de origem para treinar em alas de hospitais brasileiros as técnicas de cirurgia plástica, atraídos pela oportunidade de ter experiência prática em técnicas estéticas (Edmonds, 2011). Um residente europeu disse que havia realizado 96 cirurgias em seu terceiro ano de residência, das quais 90% eram estéticas. Outro residente europeu, surpreso ao acompanhar duas cirurgias estéticas de grande porte sendo realizadas simultaneamente na mesma sala cirúrgica, comentou que os cirurgiões brasileiros são muito habilidosos e que o índice de complicações é baixo.⁶ Na verdade, talvez os pacientes corram mais risco em algumas clínicas particulares que, diferentemente dos hospitais públicos, nem sempre têm sala de emergência. Alguns cirurgiões plásticos se vangloriam de que a alta demanda e a agenda lotada de hospitais-escola contribuíram para o espírito tipicamente brasileiro de “criatividade” e “inovação” (Edmonds, 2010).

Outras técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para atender à população mestiça e às normas de beleza brasileiras, segundo cirurgiões entrevistados por Edmonds. Os cirurgiões explicaram que pacientes afrodescendentes têm maior predisposição à formação de queloides espessos em cicatrizes, porém, como há muita mistura racial, nem sempre a ancestralidade fica visível no fenótipo. Portanto, antes de decidir se uma redução estética de mamas tem uma boa relação risco-benefício, é necessário realizar um pequena incisão de “teste” entre as mamas da paciente para verificar se ela desenvolverá essas cicatrizes. Os cirurgiões também usam técnicas cosméticas para emular ostensivamente os efeitos “bons” do que chamam de “miscigenação”, como “lipoescultura” que redistribui a gordura da cintura para as coxas. No entanto, eles também dizem que a cirurgia é capaz de corrigir efeitos negativos atribuídos à mistura racial. Por exemplo, ao afinar o nariz para “harmonizá-lo” com a aparência geral de uma paciente que se identifica como branca ou morena. Essas “indicações estéticas” experimentais são legitimadas pelo fato de que as cirurgias estéticas são realizadas em hospitais públicos ou oferecidas como intervenções na saúde reprodutiva da mulher (Edmonds, 2013a).

As pacientes em geral estão dispostas a se submeter a técnicas experimentais, combinar cirurgias ou fazer repetidos retoques. Injetar silicone líquido industrial (procedimento com um nível de risco inaceitável e hoje proibido) costuma ser associado às transformações corporais feitas por travestis no Brasil e em outros países. Existem casos de médicos que injetaram silicone líquido também em mulheres brasileiras ou elas mesmas experimentaram fazer isso. Algumas precisaram recorrer a hospitais públicos para fazer correções necessárias. Outras pacientes optaram por realizar uma cirurgia quando um defeito que elas mesmas não haviam notado foi apontado por um médico. Por exemplo, Raquel procurou um hospital público para se submeter a uma cirurgia estética das mamas, mas, devido à longa fila de espera, decidiu fazer uma cirurgia no nariz, sua segunda preferência. Muitas pacientes continuam desinformadas

sobre os riscos de complicações, que raramente são abordados e costumam ser subestimados para terapias hormonais e plásticas.

Alguns usos experimentais dessas terapias ocorrem à margem de práticas médicas “convencionais” com pouca supervisão médica. Em plásticas e terapias hormonais, observamos que os pacientes estavam em busca de profissionais dispostos a realizar intervenções divulgadas em telenovelas ou por meio de conhecidos e parentes. No Brasil, notamos que as alas dos hospitais onde são realizadas cirurgias plásticas e procedimentos ginecológicos acabam se transformando em locais de alta sociabilidade, em que o boca a boca espalha informações sobre procedimentos, hospitais e médicos compreensivos. Vamos explorar agora como essas terapias estão inseridas no cuidado da saúde da mulher, abordando a dinâmica de classes em instituições médicas brasileiras.

A biopolítica de classe em plásticas e terapias hormonais

O Brasil pós-ditadura (1985-) presenciou mudanças rápidas, muitas vezes contraditórias, no sistema de saúde (Biehl, 2005). Apesar dos avanços dos movimentos sociais com a garantia do direito à saúde na Constituição de 1988, a classe média muitas vezes optou por não utilizar o sistema de saúde público e recorreu aos serviços do setor privado, acessados por meio de planos de saúde relativamente baratos – uma realidade ao qual Faveret e Oliveira (1989) se referem como um “universalismo excludente”.

O Brasil agora tem um sistema de saúde altamente diferenciado, dividido entre um setor público e outro privado, ao qual cerca de 25% da população tem acesso. Algumas clínicas particulares são precárias, mas lá os pacientes se livram das longas filas do sistema público de saúde, enquanto as clínicas mais caras visam ao luxo e ao *glamour*. O setor público, igualmente heterogêneo, muitas vezes é percebido como prestador de tratamento de baixa qualidade. Embora os dois setores costumem ser representados como separados, médicos, pacientes e protocolos percorrem ambos os setores (Sanabria, 2010).

Plásticas e terapias hormonais são oferecidas em clínicas públicas e particulares, almejando, portanto, usuários de diferentes situações socioeconômicas. Os contraceptivos via oral têm estado amplamente disponíveis no Brasil desde a década de 1970, quando o estado reverteu sua posição pró-natalista. Mas continuam a existir sensíveis diferenças de classe nos padrões de prescrição de contraceptivos hormonais. Rose (2007) e Rabinow e Rose (2006) fizeram a distinção entre uma biopolítica disciplinar, mais antiga, e uma biopolítica emergente, mais recente. A biopolítica mais antiga é um modo de gestão que costuma incluir técnicas coercivas, exercidas pelos Estados soberanos para regulamentar a saúde da população. A forma emergente, eles argumentam, é um modo de “autogerenciamento” ou “individualidade somática” que reflete a crescente importância de uma política de risco e da “responsabilização” de pacientes-clientes por sua própria saúde em “sociedades avançadas, liberais”. De certa forma, o modo “mais antigo” de biopolítica parece estar em vigor no setor de saúde pública no Brasil, em que hormônios são prescritos de acordo com uma lógica de controle da população que está vinculada ao desenvolvimento nacional (Sanabria, 2010). A regulamentação da reprodução é retratada aqui em termos da responsabilidade moral para coletividade, como quando

adolescentes e jovens mães da classe trabalhadora que “não conseguem” controlar a fertilidade são castigadas por ginecologistas e obstetras (McCallum, 2005; De Zordo, 2012).

À primeira vista, o modo de autogerenciamento “mais recente” parece ser mais claramente adotado no uso de hormônios sexuais na medicina praticada no setor privado. As mulheres costumam usar hormônios para gerenciar melhor seus afetos ou limitar riscos em relacionamentos sexuais devido ao distanciamento de parceiros, estimulando quimicamente seu desejo com o uso de testosterona. Apesar de os hormônios sexuais no setor privado estar envoltos em um discurso de autonomia pessoal, liberdade e escolha, seu uso real reflete diferenças entre as expectativas dos provedores e dos pacientes, bem como as pressões sociais e as restrições que problematizam a noção de “autogerenciamento” (Sanabria, 2010). A dinâmica de classe também molda o gerenciamento da tensão pré-menstrual, uma das principais indicações para contraceptivos de supressão menstrual no Brasil. A adição de testosterona aos implantes é apresentada a mulheres de classe média e alta como um elemento que desperta o desejo. Entre as pacientes de baixa renda que usam métodos como Depo-Provera (que também é um supressor menstrual), a lógica destaca mais as possibilidades de benefícios no trabalho, em que a menstruação é vista como um fator que esgota energia. Em diferentes classes sociais, as mulheres explicaram que adotaram os tratamentos de supressão menstrual para gerenciar melhor suas oscilações emocionais, sejam esses sentimentos cíclicos de depressão, irritação ou raiva, que interferem nos relacionamentos em casa e no trabalho.

Assim como as terapias hormonais, as cirurgias plásticas são praticadas no sistema de saúde público e privado, de tal forma que refletem a dinâmica de classes da medicina brasileira. Antes vista como restrita à elite, a cirurgia estética foi “democratizada”, conforme destacado por um cirurgião. No setor privado, com o aumento do crédito ao consumidor e o controle da inflação, as cirurgias ficaram ao alcance da classe média. As cidades brasileiras agora têm algumas das maiores concentrações de cirurgiões plásticos do mundo inteiro. A prática rotineira de cirurgias estéticas na camada mais rica da sociedade brasileira contribuiu para a percepção de que essa prática é parte integral de regimes modernos de gestão da saúde da mulher (Edmonds, 2013b).

O motivo pelo qual tantas mulheres buscam terapias hormonais e plásticas é ilustrado pelo papel de pacientes-celebridades – e médicos-celebridades – que deram visibilidade social a essas tecnologias. “Artistas” (celebridades) usam a cirurgia estética para aumentar ou levantar seios ou bumbum, ou para afinar a cintura e aumentar os lábios. Consumidores ordinários também passaram a buscar esses procedimentos, influenciadas por revistas como *Playboy* ou *Plástica & Beleza*. Alguns cirurgiões se queixam das expectativas não realistas de seus pacientes, que vão aos consultórios com a foto de uma celebridade. Muitos procedimentos de plástica visam a um tipo de “perfeição” hiperfeminina associada à cultura de celebridades e a uma identidade nacional brasileira racializada (Edmonds, 2010).

A popularização das terapias hormonais se deve, em grande parte, às celebridades. Uma história de capa de revista sobre a perda de peso da atriz de telenovela Carla Regina explica que seu namorado, o ginecologista Malcolm Montgomery, receitou implantes hormonais específicos para ela.⁷ Montgomery é conhecido como o ginecologista das “estrelas”. Ele explica que modificou os implantes “de Carla” porque a combinação de testosterona anterior “injetou proteína nos seus músculos, aumentando seu volume. A nova combinação

elimina o excesso de inchaço e afina a silhueta”. Montgomery disse ainda que “a principal função medicinal é controlar as flutuações hormonais e reduzir o mal-estar do período menstrual”, mas “o especialista” notou que eles também têm “esse efeito estético interessante”.

Os “efeitos estéticos” de implantes hormonais foram destacados nos principais títulos da imprensa. A cobertura do São Paulo Fashion Week 2012, por exemplo, apresentou implantes hormonais como “chipes da beleza” usados por modelos para suprimir a menstruação, diminuir a celulite e evitar o ganho de peso. O único problema do “chipe hormonal”, segundo a modelo Natália Zambiasi, é que “você fica tarada por sexo”. A ex-namorada do jogador de futebol Ronaldo, a modelo Raica Oliveira, explicou que usou o implante por oito anos com objetivos estéticos: “[Sem ele] preciso fazer mais ginástica, meu bumbum fica flácido; quando uso o implante, ele fica firme e sarado”. Outra modelo comentou: “Você ‘seca’, desincha, perde peso, elimina a celulite, adquire músculos, seu corpo fica mais firme e a textura da pele melhora. E, de quebra, você se livra da menstruação!” Ginecologistas de celebridades, como Montgomery e Elsimar Coutinho, promovem seus trabalhos por meio de “parcerias” com a indústria da moda. Diz-se que uma agência de modelos chegou a pagar adiantado o equivalente a R\$3.500 a uma modelo por um tratamento hormonal específico. Apesar das críticas a tais indicações estéticas feitas pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e pelo Conselho Federal de Medicina, outras instituições médicas promovem ativamente os implantes, enquanto clínicas privadas se eximem de esforços para conseguir uma regulamentação mais rígida mediante brechas legais.

Esses tipos de usos da plástica e de terapias hormonais parecem representar uma “nova” biopolítica descrita por Rose (2007), orientada ao gerenciamento de risco; entretanto, não se trata apenas de usar isso como um meio de cuidar do *self* ou da “individualidade somática”. Esses usos apontam para a importância de aspirações sexuais e de classes, e para a cultura de celebridade na medicina brasileira. Essas práticas também revelam a brecha entre as possibilidades disponíveis no sistema de saúde privado e os escassos recursos disponíveis no sistema de saúde pública, em que o atendimento é muitas vezes oferecido como um “favor” ou um tipo de “caridade”, e não como um “direito” (Sanabria, 2010; Edmonds, 2010). As técnicas médicas são adotadas não apenas para que a pessoa se constitua como um “bom” cidadão e evite riscos à saúde; elas envolvem riscos para simular práticas sexuais e estéticas que são usadas por celebridades rotineiramente como parte do cuidado pessoal. Embora essas terapias sejam muitas vezes praticadas debaixo do radar da biopolítica do Estado, elas não são “individuais” ou desprovidas de socialidade. O autogerenciamento – ou na linguagem local, “cuidar-se” – é frequentemente associado ao cuidado com os relacionamentos de forma que não seja resumido a noções de “autogerenciamento” neoliberal. Afinal, “individualista” chega a ser um termo pejorativo. Cuidar-se não envolve (apenas) a própria pessoa. Nos casos brasileiros aqui expostos, enquanto a pessoa cuida do corpo, ela também está criando relações sociais. Vejamos agora como essas técnicas estão inseridas em mudanças nas relações de gênero no Brasil para atender a usos locais.

As dimensões sociais do cuidado pessoal: gerenciando a passagem pelo ciclo de vida feminino

Uma característica marcante tanto das plásticas quanto das terapias hormonais é que elas são apresentadas como meios técnicos de melhorar a qualidade de vida de uma pessoa. Assim como aumentam os traços que podem ser retificados, modificados ou aperfeiçoados, a associação entre o que pode e o que deve ser alterado também muda. Em sua história cultural da testosterona, Hoberman (2005, p.8) observa que um “condicionamento físico estimulado por medicamentos”, tornado possível por meio da prescrição de estrogênios ou androgênios, pode ser encarado como “uma obrigação de estar sexualmente ativo, mesmo na ausência de desejo”. Essa obrigação de despertar o desejo do outro e ter desejo pelo outro se enquadra em muito do que foi observado em nossas respectivas pesquisas de campo.

Ilustramos esse ponto analisando como a plástica e as terapias hormonais gerenciam a passagem pelo curso da vida. A trajetória esboçada a seguir é um “tipo terapêutico ideal”, e não uma recomendação clínica oficial. Médicos e pacientes escolhem entre essas possibilidades terapêuticas, sendo pouco provável que uma só pessoa adote todas essas terapias. Nosso objetivo é mostrar como mulheres usam essas técnicas para reagir às expectativas sociais e somáticas que envolvem a passagem pelo curso da vida.

O início da menstruação

Alguns cirurgiões plásticos hesitam em fazer operações em adolescentes, que supostamente são menos estáveis em termos emocionais que adultos. Mas um cirurgião alegou que “nada impede que adolescentes busquem uma nova aparência”.⁸ Em alguns casos, as plásticas são oferecidas a adolescentes até mesmo como presente de festa de 15 anos. Uma mulher entrevistada por Sanabria explicou que sua filha adolescente sofria pressão para “manter a aparência”, pois as colegas de escola ganhavam de seus pais “um par de seios” ou um “novo bumbum”.

Os contraceptivos hormonais podem ser prescritos antes do início da menstruação, para adiar a menarca, controlar o sangramento irregular (comum nos primeiros anos) ou controlar a acne. O ginecologista Coutinho gerou controvérsias ao propor a administração do medicamento Depo-Provera em massa para adolescentes de baixa renda visando reduzir a taxa de gravidez entre as jovens. O *poster* da campanha estampava a imagem de uma barriga bem-torneada de uma menina mulata com um *piercing* no umbigo, incentivando meninas a optar pela injeção contraceptiva e manter uma bela barriga chapada, e não uma barriga flácida típica do pós-natal.⁹

Gravidez e parto

A gravidez e o parto são vistos como tendo a possibilidade de trazer riscos e causar danos iatrogênicos ao corpo da mulher, que podem ser “corrigidos” por meio de intervenção cirúrgica.¹⁰ Há uma série de técnicas disponíveis para atender às normas impostas pela cultura das estrelas – bem como pela cultura médica – para voltar rapidamente à “boa forma” após o parto.¹¹ As plásticas pós-parto incluem cirurgias de seios e abdômen, bem como a lipoaspiração e a lipoescultura, que redistribui a gordura para “moldar” a silhueta do corpo.

Os mandamentos para gerenciar ganho de peso durante a gravidez misturam preocupações estéticas com riscos à saúde relativos à diabetes gestacional ou à hipertensão arterial. A plástica também está integrada à ginecologia/obstetrícia, com ginecologistas e obstetras indicando cirurgias plásticas para as mães, com promessas de que a barriga, a vagina ou os seios retomarão a forma anterior à gravidez. No Brasil, há um alto índice de cirurgias estéticas, mas também de cirurgias como ligadura de trompas, episiotomia, histerectomia e cesariana (ver Araujo, Aquino, 2003; Giffin et al., 2003; McCallum, 2005; Edmonds, 2013a, para obter uma análise sobre os vínculos entre essas cirurgias). O alto índice de cesarianas no Brasil tem causas complexas subjacentes, incluindo a conveniência dos médicos, mas a cirurgia às vezes é representada como um meio legítimo de evitar danos ao períneo e não comprometer o futuro bem-estar sexual (Carranza, 1994; Béhague, 2002).

Essa meta, contudo, coexiste com práticas que são decididamente “estéticas” ou outras que visam aos parceiros do sexo masculino. Muitos partos vaginais incluem episiotomias seguidas do dito “ponto de marido” (Diniz, Chacham, 2004). Em hospitais públicos, Sanabria (2011) descobriu que algumas mulheres que não conseguem “obter” um parto por cesariana procuram cirurgias plásticas vaginais após o parto. No setor privado, as “plásticas íntimas” são comercializadas para aumentar o prazer sexual e melhorar a aparência genital. Apesar de a cesariana evitar danos pélvicos, ela resulta em danos estéticos no abdômen – cicatrizes e flacidez – que podem ser reparados por plástica. Tornar a cesariana uma prática rotineira contribui, portanto, para uma nova “necessidade” médica de cirurgias estéticas corretivas (Edmonds, 2013a).

Amamentação

Fala-se muito sobre danos estéticos causados pela amamentação, bem como sobre uma suposta diminuição do desejo sexual da mulher e de sua menor disponibilidade para o parceiro. Uma das cirurgias mais populares no Brasil é a de redução de mamas, que, diferente de grande parte da Euro-América, pode ter um fundamento basicamente estético. Cirurgiões e pacientes dizem que a cirurgia emula um ideal de corpo nacional – muitas vezes visto como um legado afro-brasileiro – que aprecia cinturas finas, quadris, coxas e nádegas amplos, e seios relativamente pequenos (Hanchard, 1999). Mas a cirurgia de mamas também é indicada como forma de gerenciar um corpo erótico ameaçado pela reprodução (Edmonds, 2013b).

Menopausa

A terapia de reposição hormonal (TRH) é altamente prescrita no Brasil com os mais diversos propósitos: controlar os sintomas da menopausa, tratar a disfunção sexual ou melhorar a experiência sexual. A mídia costuma se referir à inclusão da testosterona na TRH como a “nata da reposição hormonal”. Os tratamentos incluem implantes contendo testosterona e testosterona em gel, facilmente encontrados em farmácias de manipulação, a ser aplicados por via tópica.

Muitos ginecologistas brasileiros negam os riscos da TRH para a saúde, mostrados nos estudos da Women’s Health Initiative (WHI). Um ginecologista do setor privado que renovou uma prescrição de TRH pelo 12º ano consecutivo foi indagado com certa ingenuidade pela

etnógrafa sobre a lógica médica de um tratamento tão longo. Ele respondeu com certa agressividade, minimizando a importância dos estudos da WHI por considerá-los um produto de “feministas cabeludas norte-americanas agitadas”. “Minhas pacientes”, disse ele, “não estão preocupadas com os riscos futuros; elas desejam apenas continuar belas e manter sua sexualidade. Por que devo detê-las?”

Sanabria ouvia ginecologistas apresentarem a TRH como uma forma de cuidado pessoal básico. Com a menopausa, “o corpo” – disse um ginecologista – “começa a envelhecer e entrar em decadência. As mulheres hoje vivem mais e permanecem sexualmente ativas. A TRH surge apenas para ajudá-las a manter suas vidas e relacionamentos”. Existe a ideia implícita de que é justo que um homem, cuja sexualidade é naturalizada, busque sexo com mulheres mais jovens se sua esposa fica “largada”.

Zunara tem 61 anos de idade e sempre se recusou a fazer TRH. Como médica, lésbica e feminista, ela fica indignada com tamanha prevalência do hormônio na ginecologia brasileira. Durante uma consulta, seu médico ficou chocado ao constatar que a vagina de Zunara estava tão ressecada e começou a deixá-la temerosa, pois falou de “um campo ressecado” e de riscos de infecção. Ao refletir sobre o evento, ela concluiu que os ginecologistas “defensores da reposição hormonal” estão acostumados a ver “vaginas rosadas” e não sabem “como é realmente a vagina de uma mulher de 61 anos de idade”. A norma mudou, graças à intervenção farmacêutica. Hoje, as vaginas de mulheres de 61 anos de idade não são mais “secas”, na prática de consultórios privados. “Qual seria a resposta feminista para isso?” – Zunara se perguntou. A promoção do prazer sexual para além da reprodução pode ser vista como parte de um projeto de empoderamento sexual. Entretanto, isso parece estar ocorrendo por meio da imposição de uma norma que obriga as mulheres a permanecer sexualmente disponíveis e atraentes, de acordo com uma representação idealizada da femininidade (juvenil). Mulheres como Zunara, que optam por não usar a TRH, são consideradas “corajosas”, “alternativas” ou irresponsáveis e desprovidas do cuidar-se básico.

Da mesma forma, algumas pacientes que se submeteram a cirurgias plásticas, descreveram-se e as demais como pessoas com pouca vaidade, o que para brasileiros/portugueses em geral tem conotações positivas. Os cirurgiões dizem que a plástica eleva a autoestima durante a menopausa, apresentada como um período difícil para as mulheres. Márcia, que aguardava havia dez meses para fazer um segundo *facelift*, analisou a plástica em relação ao ciclo de vida: “Quando entrei na menopausa três anos atrás, tudo começou a cair realmente rápido. As mulheres envelhecem mais rápido... menopausa, hormônios, amamentação, parto, tudo deforma a barriga, seu corpo... e a vida doméstica também é afetada pelo desgaste, estresse. E os homens também exigem mais de nós”. Para Márcia, a plástica é uma forma de compensar pelos danos devidos aos processos fisiológicos.

Mas os comentários da Márcia também apontam para uma mudança nas expectativas sexuais dos gêneros na meia-idade. As normas brasileiras de envelhecimento mudaram rapidamente desde a década de 1980. Assim como na maior parte do mundo industrializado, os consumidores brasileiros foram “responsabilizados” por sua saúde como novos ideais do “envelhecimento bem-sucedido” tão popularizado na mídia (Debert, 2010; Leibing, 2005; Edmonds, 2014). Essas normas incluem o foco predominante no gerenciamento da disposição sexual e da beleza. A mídia promove um “arsenal” de medicamentos e práticas estéticas visando

ao “sexo depois dos 40”: desde brinquedos eróticos e psicoterapia até regimes hormonais com testosterona e cirurgias estéticas.

O discurso marqueteiro, contudo, não se limita a criar novas necessidades médicas *ex nihilo*, como tem sido alegado por alguns críticos do melhoramento médico. Dentro dessa visão, que lembra críticas do consumo irracional, instituições médicas cada vez mais poderosas criam novos nichos de mercado para tecnologias antes desnecessárias. Mas os hormônios e as plásticas foram aceitos com entusiasmo, em parte porque eles “se adequam a” realidades médicas e sociais duradouras; acreditamos que eles tenham se integrado à vida familiar e sexual. No Brasil, a sexualidade “recreativa” ou “plástica” (Giddens, 1993) coexiste com as formas “tradicionais” de sexualidade patriarcal; culturas jovens sexualmente abertas crescem, convivendo com a disseminação da norma “moderna” de casamento romântico, com a união de fato (Rebhun, 1999; Mayblin, 2010). Os homens e as mulheres que conhecemos muitas vezes viam as relações sexuais como altamente competitivas (Goldenberg, 2010). Apesar de as justificativas oficiais da cirurgia plástica enfatizarem os benefícios psicológicos, era comum, em conversas íntimas, surgir preocupações com a manutenção de relacionamentos. Várias mulheres se submeteram a cirurgias plásticas após uma separação. Uma jovem mãe recém-divorciada recebeu Sanabria em sua casa, vestida com a cinta pós-operatória, para uma conversa sobre o uso de implantes de supressão menstrual. Ela explicou que sempre quis fazer plástica, mas que seu ex-marido não a apoiava; agora ela queria mostrar ao mundo que poderia reestabelecer-se depois de um divórcio humilhante. A plástica e os hormônios costumam ser usados para manter diferentes tipos de relacionamentos – doméstico, profissional, de classe – em ambientes de muita incerteza. Os nichos de mercado para tecnologia médica coexistem com o que pode ser chamado de nichos sociais, que são criados pela mudança de normas e aspirações sexuais e de gênero.

A abordagem de Paul Rabinow (1996) sobre a biossociabilidade destaca os relacionamentos “horizontais” que se formam entre pessoas com categorias compartilhadas, sejam genéticas, de risco ou de doença. A abordagem salientou como alguns grupos de pacientes desafiaram antigos relacionamentos hierárquicos entre especialistas e leigos. Esse argumento passa ao largo das linhas de fratura de grupos sociais formadas em torno da doença ou do risco: os momentos em que o coletivo se desfaz. No Brasil, os modos de consumo médico da elite muitas vezes se tornam modelos das classes populares. Há uma poderosa dimensão de aspiração a entrar no biossocial que nem sempre é realizada, talvez condenada pela lógica capitalista em manter-se sempre incompleta. O prefixo “bio” em “biossociabilidade” é um “para acontecer” – não algo dado de vez ou que embasa a identidade no sentido em que as classificações genéticas ou de doença às vezes são compreendidas pelos públicos euro-americanos (Strathern, 1992).

Conclusão

Este trabalho reuniu material de nossos respectivos campos de pesquisa para explorar áreas de sobreposição clínica e social em relação aos usos da plástica e da reposição hormonal. Apesar das diferenças existentes entre essas terapias, procuramos mostrar que, juntas, elas estão envolvidas em redefinições da feminilidade normal e entretidas com complexos processos

de classe. Procuramos mostrar que elas são usadas de forma altamente experimental, que distorcem as fronteiras entre “bem” e “melhor que bem”.

Esses usos têm lógicas clínicas diferentes; em certa medida, “invertidas”. Os hormônios sexuais são parte “normal” dos cuidados na saúde reprodutiva. No entanto, eles também são usados para fins médicos e sociais que vão além dessas indicações: desde o corpo erótico esculpido dos travestis, passando pela supressão menstrual e os efeitos estéticos do “chipe da beleza”, até o cuidado pessoal sexual. Por outro lado, a cirurgia estética não faz parte “oficialmente” dos cuidados com a saúde reprodutiva, mas está sendo integrada à obstetrícia e à ginecologia, praticada no sistema de saúde público, e usada para corrigir danos iatrogênicos resultantes das práticas dominantes na saúde da mulher. Como tal, ela “toma emprestada” a legitimidade dos contextos clínicos em que é praticada, como um aspecto rotineiro do gerenciamento psicológico, reprodutivo e sexual. Um efeito disso é que a “estética” entra em cena como uma dimensão fundamental dos cuidados rotineiros com a saúde da mulher no Brasil (Edmonds, 2013a).

Buscamos ampliar o foco da literatura bioética que se concentra nas tecnologias utópicas ou distópicas para incluir seus usos comuns, do dia a dia em instituições médicas brasileiras. Essa é uma tarefa crítica devido à prevalência das terapias desviantes aqui discutidas. Com o crescimento das “drogas para o prazer” (Race, 2009), o uso de esteroides anabolizantes, Viagra recreativo, melhoramento neurológico e outros meios experimentais para aperfeiçoar e lidar melhor, o aperfeiçoamento passou a ser uma questão de saúde e ética crucial “além do Ocidente”. Esse ponto é importante pois os críticos dos melhoramentos médicos em geral pressupõem que isso partiu de um *ground zero* ocidental rumo a outros lugares. Queremos mostrar que essa linha de tempo não considera os fluxos globais e o *feedback* entre regiões. Hoje, os experimentos brasileiros com a medicina sexual e estética são “exportados” para países mais ricos do Ocidente. Italianos viajam para o Brasil em busca da cirurgia estética não por ser mais barata, mas por ser mais glamorosa. Médicos brasileiros como Elsimar Coutinho têm papel fundamental na produção de “evidência” clínica para sustentar o discurso da supressão menstrual em nível global e de uso *off-label* dos hormônios sexuais.

Esses melhoramentos envolvem um nível considerável de riscos.¹² As tecnologias passam a ser inseridas no sistema de saúde e também são mais aceitas do ponto de vista médico. Assim, fica mais fácil minimizar ou ignorar os riscos para a saúde. Essas terapias estão se tornando rotineiras, não apenas porque foram comercializadas de maneira agressiva ou cínica, mas porque revelam conflitos em normas de gênero quanto à forma adequada e ideal de despertar o desejo do outro e ter desejo pelo outro; como buscar um equilíbrio entre os desejos reprodutivo e sexual; e como ser uma “boa” mãe e uma mãe “moderna”.

AGRADECIMENTOS

Sanabria obteve aprovação ética por sua pesquisa da University of Cambridge e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia. Seu trabalho teve o apoio do British Economic and Social Research Council (Grant PTA 03020033301669). Edmonds obteve aprovação ética da Princeton University e recebeu verba de Princeton, do Social Science Research Council e da Woodrow Wilson Foundation. Os autores expressam sua gratidão a Eileen Moyer e Vinh-Kim Nguyen, que organizaram a conferência “Beyond Biosocialities in Medical Anthropology” na University of Amsterdam em janeiro de 2013, para a qual o presente estudo foi desenvolvido, estendendo agradecimentos a Marian Burchardt, a Carlo Caduff e aos participantes da

conferência por seus comentários perspicazes. Eles são gratos aos dois pareceristas anônimos, a Anita Hardon e Eileen Moyer, editoras convidadas do número especial de *Anthropology & Medicine* (v.21, n.2) “Mediating medical technologies: flows, frictions and new socialities” e a Takeo David Hymans pela leitura cuidadosa do texto. Os autores agradecem ao Center for Social Science and Global Health por financiar a versão de acesso aberto do artigo em inglês.

Os autores não têm interesses concorrentes a declarar.

NOTAS

* Este artigo foi originalmente publicado em inglês, “Medical borderlands: engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil”, em *Anthropology and Medicine*, v.21, n.2, p.202-216, 2014 (DOI: 10.1080/13648470.2014.918933). A tradução aqui publicada foi aprovada pelos autores.

¹ Nossa análise comparativa não foi planejada antes de iniciarmos o trabalho de campo, mas foi iniciada após conversas em que percebemos a sobreposição de diversos temas importantes em nossas respectivas pesquisas.

² Empregamos o termo “terapia” entre aspas, que foram suprimidas para simplificar: isto é, não sugerimos que as cirurgias ou os hormônios sexuais sejam sempre terapêuticos.

³ Também houve mudanças significativas nas tecnologias usadas para oferecer hormônios. O regime de 21/7 foi adotado para reproduzir um episódio de sangramento artificial mensal que imitava um “ciclo natural” (Marks, 2001; Kissling, 2013; Mamo, Fosket, 2009). A estabilização de um ciclo normal de 28 dias só foi escrita posteriormente no *design* do próprio objeto (Sanabria, 2009).

⁴ Elsimar Coutinho, ginecologista baiano e autor controverso de *Is menstruation obsolete?*, em cuja clínica Sanabria desenvolveu um trabalho etnográfico, afirma ter descoberto os efeitos contraceptivos do acetato de medroxiprogesterona (na Depo-Provera) e desenvolve uma série de implantes hormonais no Brasil.

⁵ Eles ocupam cerca de 10% do mercado farmacêutico, segundo algumas estimativas, e podem ser encontrados na maioria dos centros comerciais (Sanabria, 2009).

⁶ Os procedimentos estéticos podem ser (legalmente) realizados por médicos sem treinamento específico em cirurgia plástica. Uma paciente alegou que, na década de 1980, obstetras faziam a lipoaspiração logo após o parto e que era “a pedido” da paciente (alegação rejeitada por cirurgiões).

⁷ <http://boaforma.abril.com.br/famosas/famosas-em-boa-forma/carla-regina-emagreceu-5-kg-532732.shtml>. Acesso em: 17 de out. 2013.

⁸ “Reino das Formas Perfeitas”, *Época*, 19 jun. 2000.

⁹ O *poster* dessa campanha foi apresentado por Sílvia de Zordo.

¹⁰ As terapias hormonais e a plástica costumam ser usadas para corrigir danos iatrogênicos causados por outras tecnologias médicas rotineiras. A plástica é usada para corrigir danos provocados pela mastectomia, por cirurgias plásticas anteriores, bem como por cesarianas ou partos normais assistidos. Os medicamentos de combinação hormonal com testosterona podem otimizar a funcionalidade afetada por outras terapias hormonais ou produtos farmacêuticos, ou substituir hormônios endógenos perdidos com a histerectomia.

¹¹ Isso não é específico ao Brasil, conforme comprovado pela divulgação na mídia internacional de fotos de Kate Middleton exibindo sua barriga chapada menos de três meses após dar à luz o bebê príncipe George.

¹² Para obter uma discussão mais detalhada sobre esses riscos, ver Edmonds (2013a) e Sanabria (2010).

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Thalia V. Barreto de; AQUINO, Estela M.L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.S2, p.S407-S417. 2003.

BÉHAGUE, Dominique. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women’s resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.26, p.473-507. 2002.

BIEHL, João. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press. 2005.

CARRANZA, Maria. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. In: Saffioti, Heleieth; Muñoz-Vargas, Mônica. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1994.

- DEBERT, Guita Grin.
The dissolution of adult life and youth as a value. *Horizontes Antropológicos* v.16, n.34, p.49-70. 2010.
- DE ZORDO, Silvia.
Programming the body, planning reproduction, governing life: the "(ir-)rationality" of family planning and the embodiment of social inequalities in Salvador da Bahia (Brazil). *Anthropology & Medicine*, v.19, n.2, p.207-223. 2012.
- DINIZ, Simone; CHACHAM, Alessandra.
"The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brasil". *Reproductive Health Matters*, v.12, n.23, p.100-110. 2004.
- EDMONDS, Alexander.
Surgery-for-life: aging, sexual fitness and self-management in Brazil. *Aging & Anthropology*, v.34, n.4, p.246-259. 2014.
- EDMONDS, Alexander.
Can medicine be aesthetic? Disentangling beauty and health in elective surgeries. *Medical Anthropology Quarterly*, v.27, n.2, p.233-252. 2013a.
- EDMONDS, Alexander.
The biological subject of aesthetic medicine. *Feminist Theory*, v.14, n.1, p.65-82. 2013b.
- EDMONDS, Alexander.
"Almost invisible scars": medical tourism to Brazil. *Signs*, v.36, n.2, p.297-302. 2011.
- EDMONDS, Alexander.
Pretty modern: beauty, sex and plastic surgery in Brazil. Durham: Duke University Press. 2010.
- EDMONDS, Alexander.
Learning to love yourself: esthetics, health and therapeutics in Brazilian plastic surgery. *Ethnos*, v.74, n.4, p.465-489. 2009.
- FAVERET FILHO, Pedro; OLIVEIRA, Pedro Jorge de.
A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IEI. 1989.
- GIDDENS, Anthony.
The transformation of intimacy: sexuality, love, and eroticism in modern societies. Stanford, California: Stanford University Press. 1993.
- GIFFIN, Karen et al.
Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1611-1620. 2003.
- GILMAN, Sander.
Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery. Princeton: Princeton University Press. 1999.
- GOLDENBERG, Miriam.
Por que homens e mulheres traem? Rio de Janeiro: BestBolso. 2010.
- GORDIJN, Bert; CHADWICK, Ruth.
Medical enhancement and posthumanity. New York: Springer-Verlag. 2008.
- HAIKEN, Elizabeth.
Venus envy: a history of cosmetic surgery. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1997.
- HANCHARD, Michael.
Black cinderella? Race and the public sphere in Brazil. In: Hanchard, Michael (Ed.). *Racial politics in contemporary Brazil*. Durham: Duke University Press. 1999.
- HOBERMAN, John.
Testosterone dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping. Berkeley: University of California Press. 2005.
- KISSLING, Elizabeth A.
Pills, periods, and postfeminism. *Feminist Media Studies*, v.13, n.3, p.490-504. 2013.
- KULICK, Don.
Travesti: sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes. Chicago: University of Chicago Press. 1998.
- LEIBING, Anette.
The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. *Journal of Aging Studies*, v.19, p.15-31. 2005.
- MAMO, Laura; FOSKET, Jannifer Ruth.
Scripting the body: pharmaceuticals and the (re) making of menstruation. *Signs*, v.34, n.4, p.925-949. 2009.
- MARKS, Lara.
Sexual chemistry: a history of the contraceptive pill. New Haven and London: Yale University Press. 2001.
- MAYBLIN, Maya.
Gender, catholicism, and morality in Brazil: virtuous husbands, powerful wives. New York: Palgrave-Macmillan. 2010.
- MCCALLUM, Cecilia.
Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociology of Health & Illness*, v.27, n.2, p.215-242. 2005.
- MOERMAN, Daniel; WAYNE, Jonas.
Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Annals of Internal Medicine*, v.136, n.6, p.471-476. 2002.
- OUDSHOORN, Nelly.
Beyond the natural body: an archeology of sex hormones. London; New York: Routledge. 1994.

- PARENS, Erik (Ed.).
Enhancing human traits: ethical and social implications. Washington: Georgetown University Press. 1998.
- RABINOW, Paul.
Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: Rabinow, Paul. *Essays on the anthropology of reason*. Princeton: Princeton University Press. 1996.
- RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas.
Biopower today. *Biosocieties*, v.1, p.195-217. 2006.
- RACE, Kane.
Pleasure consuming medicine: the queer politics of drugs. Durham: Duke University Press. 2009.
- REBHUN, Linda-Anne.
The heart is unknown country: love in the changing economy of Northeast Brazil. Stanford: Stanford University Press. 1999.
- ROHDEN, Fabíola.
Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- ROSE, Nikolas.
The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton and Oxford: Princeton University Press. 2007.
- SANABRIA, Emilia.
The same thing in a different box: similarity and difference in pharmaceutical sex hormone consumption and marketing. *Medical Anthropology Quarterly*, v.28, n.4, p.537-555. 2014.
- SANABRIA, Emilia.
Hormones et reconfiguration des identités sexuelles au Brésil. *Clio*, v.37, p.85-103. 2013.
- SANABRIA, Emilia.
The body inside out: menstrual management and gynecological practice in Brazil. *Social Analysis*, v.55, n.1, p.94-112. 2011.
- SANABRIA, Emilia.
From sub- to super-citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. *Ethnos*, v.75, n.4, p.377-401. 2010.
- SANABRIA, Emilia.
Le médicament, un objet évanescant: essai sur la fabrication et la consommation des substances pharmaceutiques. *Techniques & Culture*, n.52-53, p.168-189. 2009.
- STRATHERN, Marilyn.
Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies. Manchester: Manchester University Press. 1992.
- WATKINS, Elizabeth Siegel.
"How the pill became a lifestyle drug: the pharmaceutical industry and birth control in the United States since 1960". *American Journal of Public Health*, v.102, n.8, p.1462-1472. 2012.

