



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública

PAULO POLI NETO

A MEDICALIZAÇÃO DA BELEZA

Florianópolis – SC

2006

PAULO POLI NETO

A MEDICALIZAÇÃO DA BELEZA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Setor de Ciências de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Sandra N. C. de Caponi

Florianópolis – SC

2006

Agradeço a toda família, pelo incentivo

À Marcela, companheira, que me ensina e me aprende

Aos amigos, trabalhadores da saúde e usuários
do Centro de Saúde da Vargem Grande,
por todo o apoio

Aos amigos, André e Armando, por me fazerem perceber
uma outra medicina

À Sandra Caponi, por sua orientação precisa
e emancipadora

EPÍGRAFE

O pai morava no fim de um lugar.

Aqui é lacuna de gente – ele falou:

Só quase que tem bicho andorinha e árvore.

Quem aperta o botão do amanhecer é o arãquã.

Um dia apareceu por lá um doutor formado: cheio de

suspensórios e ademanes.

Na beira dos brejos gaviões-caranguejeiros comiam

caranguejos.

E era mesma a distância entre as rãs e a relva.

A gente brincava com terra.

O doutor apareceu. Disse: Precisam de tomar anquilostomina.

Perto de nós sempre havia uma espera de rolinhas.

O doutor espantou as rolinhas.

Manoel de Barros

SUMÁRIO

Resumo	VII
Abstract	VIII
Introdução	01
Fundamentação teórica	
A Expansão de uma Medicina da Beleza.....	04
Corpo, objeto histórico.....	08
Medicina Moderna: estrutura medicalizante.....	10
A Medicina e o Estado Moderno: apoio institucional.....	13
Método	15
Referências	18
Resultados da Pesquisa	
Artigo 1 – Medicalização: revisitando definições e teorias	21
Introdução.....	22
Medicalização: Definições, Teorias e Estudos.....	23
Desmedicalização e Remedicalização.....	29
Risco e Medicalização.....	32
Considerações finais.....	34
Referências.....	36
Abstract.....	39
Artigo 2 – A Medicalização da Beleza	40
Introdução.....	41
Método.....	42
O Nascimento de uma Medicina da Beleza.....	42
Um Olhar Clínico para a Beleza.....	44
Normas Biológicas da Beleza.....	51
Normas Sociais da Beleza.....	54
A Motivação para a Intervenção da Beleza.....	57
Considerações Finais.....	60
Referências.....	63
Apêndice – artigos utilizados no estudo.....	66
Abstract.....	68

RESUMO

A importância atribuída à aparência física aumenta ano-a-ano, como sugerem pesquisas que avaliam a insatisfação com a imagem corporal, a incidência de bulimia e anorexia e a expansão de uma Medicina da Beleza – espaço disputado pela cirurgia plástica, dermatologia, medicina estética, oftalmologia e otorrinolaringologia. O avanço da medicina em direção à aparência física põe em questão a possibilidade de uma patologização de variações estéticas, dada à forma peculiar com que aborda seus objetos de estudo. O objetivo da pesquisa é identificar características da racionalidade biomédica no discurso da Cirurgia Plástica Estética, através da análise das revistas *Aesthetic Plastic Surgery* e *Aesthetic Surgery Journal*, em 2004. A discussão sobre o tema da medicalização suscitou a feitura do 1º dos dois artigos que compõem essa dissertação e que se trata de uma revisão teórica e crítica do assunto. Analisa-se a relação entre medicalização e poder a partir dos trabalhos de Foucault, Illich e Freidson e faz-se uma releitura do tema a partir da discussão atual entre desmedicalização e remedicalização. O 2º artigo, 'A Medicalização da Beleza', busca no discurso da cirurgia plástica estética características da racionalidade biomédica. A delimitação do objeto de intervenção dessa especialidade parte da identificação das variações físicas indesejadas, da classificação das alterações e da definição de uma causa biológica e de uma lesão. As intervenções cirúrgicas apontam para um padrão de beleza ora calcado em definições gerais como harmonia, simetria e proporcionalidade, ora em estudos antropométricos que visam construir normas biológicas de beleza. Atribui legitimidade a sua ação devido aos benefícios psicológicos da intervenção estética. Essas e outras características encontradas no discurso combinam com as da racionalidade biomédica, o que permite abordar o tema em termos de saúde e doença, normal e patológico.

Palavras-chave: medicalização, aparência física, cirurgia plástica estética, beleza.

ABSTRACT

THE MEDICALIZATION OF BEAUTY

The importance given to the physical appearance increases year-to-year, as suggested by researches that evaluate the dissatisfaction with the corporal image, the incidence of bulimia and anorexia and the expansion of a Beauty Medicine – area disputed by plastic surgery, dermatology, aesthetic medicine, ophthalmology and otorhinolaryngology. The progress of the medicine towards physical appearance questions the possibility of a pathologization of aesthetic variations; given the peculiar form it approaches their study objects. The aim of this research is to identify characteristics of the biomedical rationality in the discourse of the Aesthetic Plastic Surgery, through the analysis of the periodicals *Aesthetic Plastic Surgery* and *Aesthetic Surgery Journal*, in 2004. The discussion on the theme of the medicalization led to the 1st of two articles that are part of this dissertation, which is a theoretical and critical revision of the subject, on which there are many definitions and theories. An analysis of the most important theoreticians of the medicalization took place, as Foucault, Illich and Freidson, comparing their work concerning the theme of power. Besides, this article presents the terms demedicalization and remedicalization, which refer to a reevaluation of the theme nowadays. In the 2nd article, 'Medicalization of the Beauty', the idea of medicalization is used meaning the transformation underwent by any object when captured by the biomedical rationality, that is structured starting from a theory of diseases. The speech of the Aesthetic Plastic Surgery identifies the physical variations not wanted, classifies them in different gradations, searches for a biological cause and a lesion responsible by that appearance. It suggests corrections starting from abstract beauty patterns, as harmony, symmetry and proportionality. In several studies it looks for a biological norm of the beauty. It attributes legitimacy to its action due to the psychological benefits of the aesthetic intervention. Those and other characteristics found in the speech combine with the ones of the biomedical rationality, what suggests a pathologization of the beauty.

Key-words: medicalization, physical appearance, aesthetic plastic surgery, beauty

INTRODUÇÃO

A seqüência de apresentação dos capítulos não é a história linear da evolução desse trabalho. Rememorar os fatos, as leituras, todas as exposições que suscitaram o tema da pesquisa não é fácil, mas como sugere o título - A Medicalização da Beleza – partiu-se de uma suposição, ou de uma hipótese, que guiou o estudo nesses dois anos.

O que se intuiu em algum momento é que vivemos uma medicalização da beleza ou da aparência física e que surgiu da observação do crescente interesse dos médicos em se especializar em Cirurgia Plástica Estética ou Medicina Estética; da demonstração de uma maior preocupação das pessoas com a aparência corporal, com cirurgias plásticas, com remédios para emagrecer, etc.; e também do uso aparentemente maior de imagens do corpo magro, forte e duro nos meios de comunicação para vender de tudo, de refrigerantes a cremes dentais. Bem simplesmente, a intuição surgiu desse apanhado de coisas, do avanço da medicina nessa área e de um maior interesse da população por correções estéticas, mas vejamos como a pesquisa foi se organizando.

Uma primeira dificuldade foi a conceituação do termo medicalização, que pode ser definido ou utilizado de muitas formas. Ao se fazer uma revisão teórica sobre o tema confirma-se essa pluralidade, ao mesmo tempo em que é uma ferramenta analítica para estudar um novo objeto encampado pela medicina, é usado como exemplo de uma teoria social maior, como parte do processo de industrialização ou de normalização da sociedade. Por isso, o 1º artigo apresentado nessa dissertação refere-se justamente ao tema da medicalização, quando surge, que teorias o embasam e que tipo de discussão suscita atualmente.

Uma das conclusões a que se chega nesse 1º artigo é a de que a medicalização não se relaciona a um avanço da medicina de qualquer época, mas refere-se ao arcabouço estrutural que funda uma medicina moderna ou científica, no século XIX, e que passa a permitir uma medicalização, já que a doença, o normal e o patológico ganham uma nova compreensão a partir dessa época. Por esse motivo, utilizamos como método para avaliar uma

medicalização da beleza encontrar as coincidências entre o discurso da Medicina da Beleza¹ e as características particulares dessa medicina moderna. A isso se dedica o 2º artigo, perceber como o tema da beleza vem sendo abordado em artigos científicos da Cirurgia Plástica Estética.

Aprofundar o olhar em direção às nuances que recebe o tema da aparência física no encontro com a Medicina da Beleza é perceber a medicalização no seu microcosmo, o próprio instante em que um objeto, como uma variação anatômica, é capturado e modificado por uma estrutura que tem um jeito particular de ver e de dizer; momento esse, é verdade, que pode ser determinado por outras questões maiores (culturais, econômicas, etc.), a que também pode se chamar medicalização, mas que é determinante por si mesmo, por que somente a partir dele se estabelece o processo de tornar médico.

A importância desse tipo de pesquisa para a saúde pública não se refere apenas a uma medicalização da beleza, mas ao processo de medicalização como um todo. A Cirurgia Plástica Estética, que empresta seus artigos para essa pesquisa, é apenas um exemplo de uma medicina que detém uma estrutura de conhecimento que pode ser ao mesmo tempo útil e extremamente contraprodutiva. Provém de uma mesma medicina a medicação que alivia a dor e a dessignificação da dor como constitutiva de diversas fases de nossas vidas, como a do parto. A medicina que prolonga a vida é a mesma que muitas vezes retira sua substância, ao enquadrar tristezas, ansiedades e medos em diagnósticos médicos. No caso da Medicina da Beleza, são as mesmas técnicas que corrigem um rosto deformado por um acidente ou por uma queimadura e as que apagam as marcas próprias do tempo, como rugas, linhas e criam novas normas de beleza.

O objetivo principal da pesquisa no 2º artigo é observar como o tema da aparência física vem sendo abordado pela Cirurgia Plástica Estética, o que será feito, mais especificamente, através da sobreposição entre o discurso dessa especialidade e características constitutivas da racionalidade biomédica. O que

¹ Medicina da Beleza é como defino as áreas médicas que realizam intervenções cirúrgicas ou não para melhorar a aparência física, como a cirurgia plástica, a otorrinolaringologia, a oftalmologia, a dermatologia, a medicina estética.

significa perceber como o tema da aparência física se torna médico, como surge a história clínica, o diagnóstico médico, padrões de normalidade e de patologia.

A fundamentação teórica, apresentada a seguir, propõe-se a demonstrar o crescimento exponencial de uma Medicina da Beleza e a apresentar um breve histórico da medicina moderna e da racionalidade biomédica, importantes para a compreensão da pesquisa. Em seguida, tecemos alguns comentários sobre o método e, finalmente, apresentamos o resultado da pesquisa sob a forma de dois artigos, que serão submetidos à avaliação para publicação.

A EXPANSÃO DE UMA MEDICINA DA BELEZA

A importância atribuída à aparência física aumenta ano-a-ano, como sugerem pesquisas que avaliam a insatisfação com a imagem corporal, a incidência de bulimia e anorexia e a expansão de uma Medicina da Beleza – espaço disputado pela cirurgia plástica, dermatologia, medicina estética, oftalmologia e otorrinolaringologia. Em todos os aspectos pode-se dizer que é uma área da medicina que está em crescimento, geralmente maior do que qualquer outra área médica.

Segundo a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS, 2006), que congrega apenas os cirurgiões plásticos estéticos reconhecidos pelas respectivas sociedades nacionais, houve em 2003 um aumento de 20% no número de procedimentos estéticos em todo o mundo. Os países que mais realizaram procedimentos estéticos em 2003, segundo a ISAPS (2006), são os Estados Unidos da América (EUA), México, Brasil, Canadá e Argentina, que responderam por 47% de todos os procedimentos realizados. A maioria dos procedimentos são realizados em mulheres, em uma proporção média de 88% em relação ao total, e não houve mudança nessa relação nos 3 últimos anos pesquisados, de 2000 a 2003 (ISAPS, 2006). O procedimento mais realizado é a aplicação da toxina botulínica, o Botox®, que foi utilizado quase 3 milhões de vezes nos EUA, em 2003 e, dentre os procedimentos cirúrgicos, a blefaroplastia, a mamoplastia de aumento, a lipoplastia e a rinoplastia foram as mais praticadas nesse ano, respectivamente (ISAPS, 2006). A tendência aponta para um grande crescimento no número de cirurgias plásticas cosméticas de 1992 a 2003: aumento de mamas 657%, *lift* nas nádegas 526%, lipoaspiração 412% e, somente de 2002 a 2003, um aumento de 153% nas injeções de botulina. (*American Society for Plastic Surgeons*, ASPS, 2004a)

Uma outra tendência é o aumento dessas intervenções em faixas etárias cada vez mais precoces, nos EUA foram 3.841 cirurgias para aumento de mamas em meninas menores de 18 anos em 2003, um aumento de 24% em relação a 2002. No mesmo ano, as adolescentes americanas se submeteram a 5.606 intervenções para injeção de botulina, um aumento de 950% em relação a 2002 (ASPS, 2004b).

O Brasil, como afirmamos, é o terceiro país do mundo em número de cirurgias plásticas, foram 400.000 intervenções em 2003, sendo metade delas puramente estéticas e dentre essas: quarenta por cento de lipoaspiração, 30% de mamas e 20% na face. Mais procedimentos, conseqüentemente mais cirurgiões: entre 1970 e 1996 houve um incremento de 269% no número de cirurgiões plásticos nos EUA, mais do que o dobro em relação ao crescimento médio de todas as outras especialidades médicas no mesmo país (SULLIVAN, 2000, p.74).

A cirurgia plástica para fins estéticos não é recente, data do final do século XIX, mas somente a partir da década de 1950 deixa de ser uma prática desprezada por outros profissionais da área, como sinônimo de frivolidade, e passa a ser disputada por outras especialidades médicas, como a Oftalmologia em relação às cirurgias estéticas periorbitais ou a Otorrinolaringologia em relação às cirurgias estéticas de nariz e ouvidos.

Nos EUA, a Cirurgia Plástica existe como especialidade desde 1931. A Cirurgia Plástica Estética não é uma especialidade reconhecida pela Associação Médica Americana (AMA) e nem pela *American Board of Medical Specialties* (ABMS, 2006), mas é exercida pelos cirurgiões plásticos e sua atividade é regulada pela *American Board of Plastic Surgery* (ABPS, 2006), que realiza provas para certificação de profissionais em Cirurgia Plástica e, conseqüentemente, em Cirurgia Plástica Estética. Há uma diferença teórica entre a cirurgia plástica, que lida mais com cirurgias reconstrutivas, e a cirurgia plástica estética, mas essa diferença é cada vez menor, como afirma a ABPS (2006):

A cirurgia plástica lida com o reparo, reconstrução, ou reposicionamento de defeitos físicos da forma ou da função envolvendo a pele, sistema musculoesquelético, estruturas craniomaxilofaciais, mãos, extremidades, mamas e tórax, genitália externa ou melhoramento cosmético dessas áreas do corpo. O cirurgião plástico usa os princípios da cirurgia cosmética tanto para melhorar a aparência global quanto para otimizar os resultados dos procedimentos reconstrutivos.

Com o crescimento do interesse por uma Medicina da Beleza, diversas associações começaram a ser fundadas, como a *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (ASAPS, 2005), que existe desde 1967, em que os associados são todos cirurgiões plásticos ou a *American Academy of Cosmetic Surgery*

(AACS, 2006) que “representa os interesses dos cirurgiões cosméticos práticos incluindo dermatologistas, cirurgiões oral e maxilofaciais, otorrinolaringologistas, cirurgiões gerais e plásticos, oftalmologistas...”. Com um enorme crescimento da demanda por procedimentos estéticos há uma disputa de várias especialidades médicas por esse mercado.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2005) foi fundada em 1948 e durante um breve período foi chamada de Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva, mas a partir do final da década de 1990 retornou ao nome original, com a alegação de que é difícil definir a diferença entre cirurgias estéticas e reconstructivas. No Brasil, assim como nos EUA, a Cirurgia Plástica Estética não é definida como uma especialidade ou subespecialidade médica, mas é exercida pelos profissionais reconhecidos pela SBCP (SBCP, 2005). Recentemente, surge no Brasil a Medicina Estética, uma especialidade não reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB, 2006), que foi fundada em 1973, na França, e que já conta hoje com 18 sociedades nacionais. A Sociedade Brasileira de Medicina Estética (SBME, 2005) foi fundada em 1987 e tem apresentado um grande crescimento no número de associados e de participantes em seus Congressos Brasileiros, que já tiveram 12 edições. Assim como a *American Academy of Cosmetic Surgery* (AACS), a SBME não congrega apenas os cirurgiões plásticos, mas qualquer médico que tenha feito o curso de especialização em Medicina Estética (SBME, 2005).

A valorização da cirurgia estética coincide com o momento em que a beleza física assume uma outra conotação para a sociedade. Segundo ECO (2004, 413-428), cada período histórico guarda suas características unitárias em relação ao ideal de beleza - física e estética de maneira geral -, mas costuma ter pelo menos uma contradição fundamental. No século XX, essa contradição se dá, para o autor, entre a “Beleza da Provocação” e a “Beleza do Consumo”. Na Beleza da Provocação, proposta pelos movimentos de vanguarda e experimentalismo, não se propõe um ideal estético, mas procura-se “...ensinar a interpretar o mundo com olhos diversos...” (ECO, 2004, p.415). Sua contradição se dá com a Beleza do Consumo, que define ideais de beleza calcados no interesse econômico (ECO, 2004, p. 418).

Além do crescimento de toda uma indústria da beleza, incluída aí a Medicina da Beleza, há igualmente um aumento nos casos de sofrimento devido a uma ditadura da beleza, de insatisfação com a imagem corporal. Problemas como a bulimia e a anorexia nervosas são bastante comuns e apresentam incidências bem diferentes em vários estudos, especialmente pela dificuldade de se identificar os casos de bulimia. Em um estudo feito na Inglaterra em 2005, a incidência de bulimia encontrada para a população geral foi de 6,6 por 100.000 e de 4,7 por 100.000 a incidência de anorexia (CURRIN, 2005, p. 132). O que mais impressiona nesse estudo é a relação de incidência entre mulheres e homens, que fica em 12:1 em casos de anorexia e em 18:1 nos casos de bulimia (CURRIN, 2005, p132); outro dado interessante é que a faixa etária em que há maior incidência de ambos os casos é entre os 10 e 19 anos, em que se registra um índice em torno de 35 casos para cada 100.000 pessoas (CURRIN, 2005, p133).

Para BORDO (1993, p.142), há uma relação entre anorexia, bulimia, o *bodybuilding*² e o crescimento de uma Medicina da Beleza, no que a autora chama de “eixo de continuidade”, situações que estariam atravessadas por uma mesma expectativa de corpo, que está no centro das práticas culturais. Como afirma GIDDENS (1992, p.43): “Atualmente, corpos emagrecidos não mais atestam uma devoção extática, mas a intensidade dessa batalha secular.” Esse corpo histórico, que absorve e expressa marcas próprias do seu tempo merece um breve resumo a seguir.

² *Bodybuilding* é a expressão mais utilizada hoje para designar o fisiculturismo.

CORPO: OBJETO HISTÓRICO

O corpo humano está no centro das atividades individual e coletiva, é fonte contínua de significações e objeto de variações históricas (SFEZ, 1996, P.64-65). O discurso médico, que será utilizado nesse estudo, tanto sofre influências das expectativas de corpo de uma determinada época quanto é capaz de gerar novas formas de ver e de modificar o corpo.

A filosofia mecanicista do século XVII vai fundar o modelo do corpo na máquina e as ciências biomédicas vão abusar dessa alegoria, enfatizando a imagem do corpo como algo passível de modificação ou de conserto. O corpo para o discurso científico contemporâneo, segundo BRETON (1999, p.15), "...é pensado como uma matéria indiferente, simples suporte da pessoa (...) um objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo..." .

A partir da década de 1970, segundo BRETON (1999, p.21-22), nasce uma nova idéia de corpo, em que este ocupará um lugar privilegiado, espaço de individualização, de bem estar, da boa apresentação, que propiciará o desenvolvimento do *bodybuilding*, da cosmética, da dietética. O corpo transforma-se num objeto a parte, que possui um direito próprio, um direito de felicidade (NOGUEIRA, 2003, p.186).

A imagem do corpo saudável e a do corpo bonito se confundem na mídia. A medicina, igualmente, ressalta os valores de se ter um corpo atlético como sendo uma sinonímia de saúde, há cada vez mais uma maior associação entre manter a forma, estética, e manter a saúde, o que teria levado, segundo WOLF (1992, p.302), a Associação Médica Americana a afirmar, em 1978, que a preocupação com a beleza seria o mesmo que a preocupação com a saúde.

Esse ideal de beleza, associado à boa forma, não é abordado apenas pelas áreas médicas diretamente relacionadas às intervenções estéticas, mas também por outras especialidades médicas e, da mesma forma, não se restringe apenas à alopatia, como afirma LUZ (2003, p.104): "as representações e práticas atuais concernindo à saúde, tanto as ligadas à biomedicina como as que se ligam às propostas médicas vitalistas ou mesmo às conhecidas como naturistas estão atravessadas por representações estéticas relativas ao corpo".

As práticas esportivas que tinham na Grécia Clássica o objetivo do *mens sana in corpore sana*, ou seja, uma concepção de saúde/vitalidade mas que associava mente e corpo, são diferentes das “malhações” atuais, como demonstra LUZ (2003, p.105):

A ginástica vigente entre nós neste início de terceiro milênio, é estreitamente ligada à estética do corpo individual, e visa a ‘modelar’ os corpos dos indivíduos para que eles adquiram uma *forma* (grifo da autora) condizente com as rigorosas normas de beleza da cultura fisicalista em voga. Não se trata mais apenas de equilibrar mente e corpo na busca do equilíbrio/saúde, mas de fortalecer e tornar aparentes certos tecidos do corpo, ‘desenhando’ músculos, ‘levantando’ seios e nádegas, tornando fortes músculos e tendões, modelando assim uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza.

O *bodybuilding* está, para COURTINE (1995, p.86), associado ao que chama de “obsessão dos invólucros corporais”, que lembra o discurso higienista e sua obsessão pela limpeza, e caracteriza-se pela ojeriza a quaisquer marcas corporais, como rugas ou estrias, ao flácido, ao pesado, ao franzido, a tudo que faça lembrar o envelhecimento do organismo.

Essa concepção atual do corpo certamente está relacionada ao recente aumento de uma demanda por cirurgias plásticas estéticas, são normas sociais de beleza que de alguma forma influenciam as pessoas a procurar por esses serviços. A medicina, no entanto, tem uma maneira particular de abordar os seus objetos de estudo e com o tema da aparência física não é diferente. Essa maneira própria de ver e de entender na medicina, a que se chama racionalidade biomédica, é brevemente apresentada a seguir.

MEDICINA MODERNA: ESTRUTURA MEDICALIZANTE

Não se atribui à medicina de qualquer época a idéia de medicalização, ela nasce da associação entre medicina e ciência, a partir do momento em que a ciência passa a representar, no ocidente, o mito da objetividade e da neutralidade e que está associado à idéia de infalibilidade e de veracidade do conhecimento.

A ciência é uma das maneiras de compreender e de modificar a natureza, mas que se tornou hegemônica graças a sua capacidade de resolver questões técnicas e tecnológicas e por possuir uma linguagem coerente, controlada e institucionalizada por uma comunidade ou comunidades científicas (MINAYO et al. 1993, p. 10). O raciocínio científico adota os princípios da ciência de Galileu: reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e matematização dos eventos, que formam o eixo central da construção desse modelo de ver e entender a natureza. Essa racionalidade científica será adotada, a partir da modernidade, pelo saber médico.

Na medicina grega já havia uma tentativa de dissociar a doença da vontade dos mitos ou das divindades, como se lê em frase atribuída a HIPOCRATES³ (GRÉCIA ANTIGA, 2005): "...a doença dita sagrada não me parece ser de forma alguma mais divina nem mais sagrada do que as outras, mas tem a mesma natureza que as outras enfermidades e a mesma origem." Os gregos buscavam compreender racionalmente os fenômenos naturais e dentre eles as doenças, mas uma medicina pré-científica, com pouca aceitação da comunidade e de seus pares, iria perdurar ainda por mais dois milênios, disputando espaço com curandeiros, bruxos e bruxas, parteiras, homeopatas e os próprios médicos irregulares ou práticos.

Para FOUCAULT (2003, p.157) não há uma continuidade entre a medicina grega e a atual, houve uma ruptura que implicou na formação da medicina científica:

³ Trecho de *Da Doença Sagrada*, faz parte da Coleção Hipocrática e, embora tradicionalmente atribuído ao médico Hipócrates de Cós (-460/-380), o autor é anônimo. Acessado através da página <http://greciantiga.org/cie/cie02c.asp>, portal de *Grécia Antiga*.

O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do dia em que o olhar, que começava a ser científico, do primeiro médico se dirigiu, de longe, ao corpo do primeiro paciente; é o resultado de uma reformulação ao nível próprio do saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados.

Essa reformulação do saber, para o autor, é a fundadora da medicina moderna, no final do século XIX, e está associada a dois pontos fundamentais e indissociáveis: um novo olhar e uma nova linguagem médica. O novo olhar ou o olhar clínico é, para o autor, resultado de um conjunto de fatores: o apoio institucional, ou seja, a medicina foi legitimada para cuidar dos doentes, para entrar nos hospitais, onde vai se aprimorar, estruturar e se replicar; é um olhar amplo, porque procura todos os sinais desviantes (classificatório) e que ganha profundidade com a anatomia patológica (olhar anátomo-clínico); e um olhar calculador, porque delinea probabilidades e riscos (FOUCAULT, 2003, p. 99-102). A nova linguagem é, para o autor, a transferência desse novo olhar para o enunciável e "...o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual." (FOUCAULT, 2003, p. 129)

Medicina e ciência passam a se confundir, o médico é também um cientista, um pesquisador, que detém a imparcialidade no olhar e na intervenção. A medicina ganha legitimidade ao se colocar sob esse grande guarda-chuva que é a ciência em tempos de *cientolatria*, como afirmam EHREINREICH & ENGLISH (2003, p.81):

A ciência era capaz de se transformar numa nova religião devido às suas qualidades especiais como ideologia. Ela era séria e ao mesmo tempo transcendente, dura e masculina, e ao mesmo tempo capaz de "pairar acima" da realidade comercial (...) Idealmente, nem o pensamento extravagante, nem aquele que deseja a verdade, nem o desejo de fama podem turvar as decisões dos cientistas: a avaliação dos resultados – os gráficos, colunas de números, medidas cortejadas – é decisiva.

A busca de uma maior cientificidade vai trazer para a medicina um novo entendimento do significado de saúde e doença. CANGUILHEM (1982, p.46) demonstra como, entre os séculos XVIII e XIX, diversos estudos em fisiologia e patologia vão servir para corroborar a teoria de que o normal e o patológico não se diferenciam qualitativamente, como se acreditava antes, mas quantitativamente, ou seja, a doença não é "...uma entidade extrafisiológica,

que viria reacrescentar-se ao organismo...”, mas parte de um mesmo processo vital, que se expressa no organismo pela falta ou pelo excesso, pela hiper ou hipoexcitação e assim é de certa forma desvinculada do sentir-se doente. A interpretação de que não é mais a dor ou a incapacidade funcional que fazem a doença e sim a alteração anatômica ou o distúrbio fisiológico altera o papel do médico em relação ao conceito de saúde e de doença, pois, segundo CANGUILHEM (1982, p. 68): “A doença, que jamais tinha existido na consciência do doente, passa a existir na ciência do médico.”

CANGUILHEM (1982, p.187-189) se opõe a essa idéia e procura demonstrar que não existe diferença quantitativa entre o normal e o patológico, mas sim uma diferença qualitativa que transforma o doente em um sujeito diferente daquele de antes da patologia. Ao se afirmar a continuidade e a diferença quantitativa entre o normal e o patológico aumentam as possibilidades de intervenção no indivíduo e abre-se espaço para que qualquer anomalia possa ser transformada numa patologia.

A relação entre medicina e ciência, no entanto, não é tão simples como em outras áreas do conhecimento, como a física e a química, por exemplo. A medicina se apóia nas ciências naturais, mas lida também com questões existenciais humanas, ou seja, próprias das ciências sociais que, por sua vez, não compartilham dos mesmos critérios de objetividade e neutralidade exigidos pela ciência dita “dura”. Como afirma CAPONI (2004, p.177), “...a medicina não nos permite falar em termos de progresso teórico, não é possível separar nem sobrepor a racionalidade científica à experiência imediata, não falamos de matematização senão de corpos, de dores e de sofrimentos concretos.”

A dificuldade de se definir uma ciência médica aparece ainda mais quando se tenta definir a própria medicina, termo que se refere tanto à prática do médico quanto aos seus saberes. Segundo CAMARGO JR. (2003, p.73-74), um corpo teórico possível, um fio condutor da construção do saber médico dá-se a partir de uma teoria das doenças, em torno da qual se organiza um mosaico de representações díspares, como técnicas de prospecção de queixas (anamnese), esquadrinhamento de sinais (semiologia), categorias diagnósticas (doenças), tratamentos (clínica). Afirma ainda que: “Os objetos precípuos da medicina, por sua vez, são historicamente excluídos do escopo do seu discurso

(...) sofrimento, saúde, homem, vida, cura encontram-se perdidos nas brumas do imaginário ou empurrados para o terreno da metafísica (...) mesmo o conceito de doença não é explicitado uma única vez.” (CAMARGO JR. 2003, p. 73-74) CANGUILHEM (1982, p.185) já discutia a dificuldade de se forjar uma ciência médica: “A clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal...”.

A MEDICINA E O ESTADO MODERNO: APOIO INSTITUCIONAL

Além da legitimidade científica e da construção de comunidades científicas para o controle e formação dos médicos, há uma apropriação do saber médico pelos estados e uma intensa parceria na construção do que FOUCAULT (1988, p.133) denominou de biopolítica, que anuncia a entrada da vida e de seus fenômenos próprios na ordem do saber e do poder. O biopoder é essencial para a manutenção do capitalismo e objetiva a inserção controlada das populações, dos seus corpos, na administração ou gestão dos estados modernos. A medicina, assim como a família, o exército, a escola, a polícia, participa também da estratégia disciplinar que FOUCAULT (1988, p.131) denomina de anátomo-política do corpo.

FOUCAULT (1979, p.84-85) considera que, ao contrário do que se afirma comumente, com o capitalismo se verifica a passagem da medicina privada ou individual para uma medicina social, em que o primeiro objeto seria o corpo social, inicialmente o da própria burguesia e, em seguida, por motivos diversos, o do proletariado. Os médicos assumem um papel social e suas práticas se integram a outras áreas como estatística, geografia, demografia e planejamento urbano; é o início de uma medicina de estado, que exercerá um papel fundamental na normalização da sociedade. COSTA (1983, p.64) acerca da relação entre a medicina, o estado e a família burguesa brasileira diz:

Os trabalhos médicos sobre a higiene mostram como, no nível do saber, essa troca de favores entre medicina e Estado foi teorizada. Um mesmo eixo lógico orientava todos eles. De início, o fenômeno físico, cultural ou emocional era aspirado e

convertido em fato médico e, em seguida, reinjetado no tecido social conforme a articulação prevista. Desta forma, o repertório de sentimentos e conduta antes administrado pela família era encampado pela medicina e, através dela, devolvido ao controle estatal.

A construção da medicina como profissão - que segundo FREIDSON (1988, p.187) acontece quando uma ocupação obtém a licença e o mandato da sociedade para controlar o seu próprio trabalho - vai ter o apoio do estado, numa relação de troca em que o estado lança mão da medicina para o controle da população e a medicina garante a exclusividade do seu ato, o auto-controle da profissão e a exclusão daqueles que competem com ela pelo campo da saúde.

Apresentamos nessa breve fundamentação alguns dados que demonstram o crescimento de uma Medicina da Beleza, que coincide com um período em que o corpo passa a ter uma outra conotação na sociedade, que é a idéia do corpo como um cartão de apresentação. Esses movimentos, razoavelmente recentes, lançam a questão de como a medicina vem se apropriando do tema da aparência física. Nesses últimos capítulos foram apresentadas algumas teorias sobre a institucionalização científica e política dessa medicina e que servirão de base para compreender como o tema da beleza surge no discurso da Cirurgia Plástica Estética.

COMENTÁRIOS SOBRE O MÉTODO

Para a confecção do primeiro artigo realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema da medicalização e uma análise crítica dos seus principais teóricos.

No segundo artigo, o método utilizado foi a análise de conteúdo de artigos científicos publicados nas revistas *Aesthetic Plastic Surgery* e *Aesthetic Surgery Journal*, especializadas em intervenções estéticas, entre 2003 e 2004. Os artigos foram previamente selecionados pelo pesquisador e pelo orientador de acordo com a pertinência ao tema.

A análise de conteúdo é, segundo BARDIN (1977, p.42):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo não se presta apenas à verificação da coerência interna das mensagens ou à análise do próprio contexto em que foi gerada, mas é a manipulação dessas mensagens para que possam ser analisadas a partir de um outro recorte, de um outro enfoque qualquer desejado, sociológico, filosófico, antropológico, etc. (BARDIN, 1977, p.44)

A autora concebe duas funções gerais para a análise de conteúdo, a *heurística* – em que a partir da exploração do material surgem hipóteses – e a *administração da prova*, em que se trabalha a partir de uma ou algumas hipóteses e o material serve para confirmá-las. As análises de conteúdo vão, na sua maioria, combinar essas duas funções. Essa metodologia permite uma combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, na primeira valoriza-se a frequência com que surgem os indicadores e na qualitativa busca-se a ausência ou presença de uma dada característica ou de um conjunto de características naquela mensagem (BARDIN, 1977, p.30)

Em relação ao material a ser explorado, a análise de conteúdo permite o estudo de qualquer tipo de comunicação (falada, escrita, codificada, sinalizada).

As fases de uma análise de conteúdo, segundo BARDIN (1977, p.95-102) são as seguintes:

1. A *pré-análise* é a fase mais intuitiva da pesquisa, em que se faz uma sistematização das idéias iniciais. Nessa fase são escolhidos os documentos que serão submetidos à análise e é o momento em que se formulam as hipóteses, os objetivos e escolhem-se os indicadores ou categorias que vão fundamentar a interpretação final.

2. A *exploração do material* consiste em operações de codificação ou numeração dos documentos, em função de regras previamente formuladas.

3. No *tratamento dos resultados* é o momento em que se faz a síntese e seleção dos resultados, as inferências e a interpretação.

A análise categorial é a mais antiga e a mais utilizada dentre as técnicas de análise de conteúdo e será utilizada neste estudo. A categorização é um processo de classificação e reagrupamento dos elementos que se pretende estudar. Segundo BARDIN (1977, p.120), um conjunto de categorias boas deve possuir as seguintes qualidades: *a exclusão mútua*, ou seja, não deve existir em mais de um grupo; *a pertinência* - deve estar adaptado ao material de análise e ao referencial teórico; e *a produtividade*, deve gerar resultados férteis.

Para este estudo foram selecionadas as seguintes revistas:

1. *Aesthetic Surgery Journal*: publicada desde 1996, é a revista oficial da *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (Sociedade Americana de Cirurgia Plástica Estética), dedica-se aos novos desenvolvimentos científicos em técnicas clínicas em cirurgia plástica estética. É uma publicação trimestral, original dos EUA, e possui avaliação QUALIS B internacional.
2. *Aesthetic Plastic Surgery*: publicada há mais de 20 anos, é a revista oficial da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética. É uma publicação bimestral, original dos EUA, e possui avaliação QUALIS B internacional.

Não foi escolhida uma revista brasileira porque a principal revista brasileira de cirurgia plástica, a da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, possui QUALIS C nacional e, possivelmente, tem menos influência do que as norte-americanas na gênese e manutenção do discurso médico que se pretende estudar. Além disso, os principais estudos brasileiros nessa área são publicados nas revistas selecionadas para esse estudo.

O discurso médico nessas revistas científicas não expressa apenas o conhecimento técnico do tema que aborda, subentende uma concepção do corpo que é a injunção dos valores sociais, políticos e técnico-científicos daquele momento. A partir dessa perspectiva serão analisados os artigos, divididos nas seguintes categorias: como a Cirurgia Plástica Estética vê esse objeto de estudo e intervenção; como se refere a padrões de beleza; e como compreende a demanda da população pelas correções estéticas. Esse será o tema do 2º artigo que será apresentado como resultado dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF COSMETIC SURGERY, AACS (EUA). **Patient FAQ's**. Disponível em: <<http://www.cosmeticsurgery.org/Patients/cosmeticsurgeryfaqs.asp>>. Acesso em: 15 jan. 2006.
- AMERICAN BOARD OF MEDICAL SPECIALTIES, ABMS (EUA). **APPROVED ABMS® SPECIALTY BOARDS & CERTIFICATE CATEGORIES**. Disponível em: <<http://www.abms.org/approved.asp>>. Acesso em: 20 jan. 2006.
- AMERICAN BOARD OF PLASTIC SURGERY, ABPS (EUA). **About ABPS**. Disponível em: <http://www.abplsurg.org/about_abps.html>. Acesso em: 12 fev. 2006.
- AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic Surgery Trends 1992, 1998, 2002, 2003**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004a.
- _____. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic Surgery Age (18 or younger)**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004b.
- AMERICAN SOCIETY FOR AESTHETIC PLASTIC SURGERY, ASAPS (EUA). **About ASAPS**. Disponível em: <<http://www.surgery.org/public/aboutasaps.php>>. Acesso em: 10 nov. 2005.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, AMB (Brasil). **Sociedades de Especialidade filiadas à AMB**. Disponível em: <http://www.amb.org.br/inst_depto_sociedades.php3>. Acesso em: 28 fev. 2006.
- BARDIN, Lourence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BORDO, Susan. **Unbearable Weight: Feminism, western culture and the body**. Berkeley: University Of California Press, 1993. 366 p.
- BRETON, David Le. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Campinas: Papirus, 2003. 242 p.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina, Saber & Ciência: Uma abordagem crítica**. São Paulo SP: HUCITEC, 2003. 195 p.
- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 2. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 1982. 274 p.
- CAPONI, Sandra N. C.. **La historia de la ciencia y el poder médico**. História Revista, Goiania, v. 9, n. 2, p.161-190, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio De Janeiro: Graal, 1983.

COURTINE, Jean-Jacques. **Os Stakhanovistas do Narcisismo**: Body Building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (Org.). *Políticas do Corpo: Elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 81-114.

CURRIN, Laura et al. **Time trends in eating disorder incidence**. *The British Journal of Psychiatry*, Londres, n. 186, p.132-135, fev. 2005. Mensal.

ECO, Umberto. (Org.). **História da Beleza**. Rio De Janeiro: Record, 2004. 440 p. Tradução de Eliana Aguiar.

EHREINREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Para o seu próprio bem**: 150 anos de conselhos de especialistas para as mulheres. Rio De Janeiro: Rosa Dos Tempos, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 15. ed. Rio De Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p. Tradução de Roberto Machado.

FREIDSON, Eliot. **Profession of Medicine**: A study of the Sociology of Applied Knowledge. 2. ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 1988. 420 p.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1992.

GRÉCIA ANTIGA (Brasil). **A Causa das Doenças**. Disponível em: <<http://greciantiga.org/cie/t-cie02c-2.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, ISAPS. **ISAPS Statistics: comparisons 2002-2003-2004**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Stats2004CompRes.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

LUZ, Madel T.. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A Segunda Crítica Social da Saúde de Ivan Illich**. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p.185-190, fev. 2003. Semestral.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, Técnica e Arte**: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

SFEZ, Lucien. **A Saúde Perfeita:** Crítica de uma nova utopia. São Paulo: Loyola, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, SBCP (Brasil). **Histórico.** Disponível em: <<http://www.cirurgioplastica.org.br/publico/historico.cfm>>. Acesso em: 15 dez. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA ESTÉTICA, SBME (Brasil). **A HISTÓRIA DA MEDICINA ESTÉTICA.** Disponível em: <http://www.sbme.org.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=29>. Acesso em: 15 jan. 2005.

SULLIVAN, Deborah A.. **Cosmetic Surgery:** The cutting edge of commercial medicine in America. New Jersey, USA: Rutgers University Press, 2001. 235 p.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza:** como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres. Rio De Janeiro: Rocco, 1992. Tradução de Waldéa Barcellos.

MEDICALIZAÇÃO, REVISITANDO DEFINIÇÕES E TEORIAS

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

RESUMO

O termo medicalização é bastante utilizado pela saúde coletiva e pelas ciências sociais em saúde, especialmente a partir da década de 1960, período em que autores como Foucault, Illich, Freidson, entre outros, lançam mão da corporação médica como exemplo em suas teorias sociais. Apesar de sua freqüente utilização em pesquisas na área de saúde, não há um consenso muito claro sobre o significado da medicalização, convivem várias definições e teorias como ampliação da jurisdição médica na sociedade, patologização de variações cotidianas, geração de dependência dos serviços médicos e a acepção mais popular que vincula medicalização ao uso de medicamentos. Nesse estudo, procura-se resgatar essas diversas conceituações do termo e discuti-las à luz de trabalhos mais recentes sobre o tema. Dois aspectos são enfatizados: 1. a abordagem diferenciada de Foucault, Illich e Freidson em relação à forma de poder que se exerce ao medicalizar; 2. a percepção dos diferentes autores em relação ao momento que se vive, se há uma maior medicalização ou uma desmedicalização. A idéia de medicalização é heterogênea, mas a convergência entre os autores é relacioná-la à medicina moderna ou científica. E há novas formas de medicalização nos dias de hoje, em que novos temas são incorporados pela medicina, especialmente com o advento do conceito de risco, que permite medicalizar em uma outra dimensão têmporo-espaçial a nossa existência.

Palavras-chave: medicalização, racionalidade biomédica, risco, poder.

INTRODUÇÃO

A idéia de medicalização é bastante utilizada nas ciências sociais em saúde e na saúde coletiva e surge especialmente após a década de 1960 em que autores como Foucault, Illich, Freidson, entre outros, lançaram um novo olhar sobre a corporação médica, que serviu de exemplo para as teorias que construíram sobre a sociedade, como a da anátomo-política e a da biopolítica *foucaultianas* e a da contraprodutividade da sociedade industrial de Illich.

Essas críticas surgem justamente em um momento, segunda metade do século XX, em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), de novas classes de medicamentos, de novas técnicas e de materiais cirúrgicos e de novas áreas de pesquisa, como a genética, a imunologia, a virologia, entre outras. Na maioria dos países, houve uma melhoria nos indicadores de saúde, na longevidade, na mortalidade infantil e materna, de tal modo que a saúde e a medicina são sempre anunciadas como prioridades em qualquer governo, independente da orientação política. A medicina torna-se, cada vez mais, parte do dia-a-dia da maioria das pessoas e oferece uma explicação e uma intervenção para as mais diversas situações como o sono, o sexo, a alimentação, as emoções, entre outras. Pesquisa recente do IBOPE (2005), por exemplo, realizada no Brasil, demonstra que os médicos detêm a maior confiança da população (81%), maior do que igreja católica (71%) e do que outras instituições ou profissões.

Quais os fundamentos então das críticas à corporação médica? A contraposição costuma se dar a partir de algumas afirmações: 1) a medicina não é causa de melhoramento da saúde da população e sim a maior oferta de alimentos e condições de saneamento (MCKEOWN¹, apud GARCIA, 1983, p. 381); 2) a saúde se torna um produto, a lógica da corporação médica é a lógica de mercado, em que o objetivo é ampliar o número de consumidores e de condições que o tornem consumidores (POLACK², apud GARCIA, 1983, p.381); 3) a transformação de situações corriqueiras ou variações cotidianas em objeto

¹ McKeown, T. *Medicine in Modern Society*, Londres, 1965.

² Polack, J. C. *La Médecine du Capital*, Paris, 1971.

de estudo da medicina estigmatiza as pessoas, gera medo, insegurança e dependência de serviços médicos (ILLICH, 1982, p.10).

Nesse mesmo período, portanto, em que há uma enorme valorização da medicina, da ciência, dos avanços tecnológicos e um crescimento do poder global da corporação médica, aumentam também as críticas à medicina, há um (re) surgimento de outras práticas de cura e de cuidados com o corpo, um maior número de processos contra médicos e uma maior contestação desse poder médico.

Pretende-se refletir neste artigo sobre a conceituação de medicalização em um tempo em que se louva a medicina por apresentar uma maior eficácia da terapêutica e do diagnóstico e, por outro lado, contesta-se sua participação cada vez maior na existência das pessoas.

No artigo há uma revisão crítica das teorias que embasaram a idéia de medicalização e, em seguida, são apresentados e discutidos artigos mais recentes que tratam do tema e também os termos desmedicalização e remedicalização, que surgem com uma maior contestação à medicina alopática e com uma maior aceitação das práticas da chamada medicina alternativa e de outras formas de cuidados com o corpo. Por fim, faz-se uma introdução ao tema do risco, ao qual tem se atribuído um papel medicalizador notável.

MEDICALIZAÇÃO: DEFINIÇÕES, TEORIAS E ESTUDOS

A medicalização é explicada de maneiras muito diversas, uma avaliação da bibliografia sobre o tema demonstra que há uma plêiade de definições como: crescimento em número de estabelecimentos médicos (hospitais, indústrias, laboratórios) ou em profissionais médicos; maior produção, variedade e distribuição de medicamentos; a incorporação de temas pela racionalidade biomédica; o controle dos indivíduos através da medicina, entre outras.

Para NYE (2003, p.117), que fez um resgate histórico do uso do termo, ele é compreendido de maneiras diferentes ao longo do tempo, o autor faz uma análise desde os primeiros trabalhos, em que significa apenas a ampliação em quantidade da assistência médica, número de habitantes por médico, de leitos hospitalares e de novas técnicas terapêuticas até a conversão do termo a um

significado mais amplo, em que se refere à crescente incorporação de diferentes aspectos da condição humana, sejam sociais, econômicos ou existenciais sob o domínio do medicalizável, isto é, do diagnóstico médico, da cura, da terapêutica, da patologia, etc.

A convergência entre os autores que estudam a medicalização é datar o seu nascimento somente a partir de uma medicina científica ou moderna. Em *O Nascimento da Clínica*, FOUCAULT (2003, p.157) afirma que a medicina de hoje é herdeira da medicina do século XIX, a que denomina medicina moderna, e que possui uma estrutura diferente da medicina que a precedeu e da medicina greco-romana, ou seja, não é resultado de uma progressão histórica linear, impulsionada por descobertas científicas casuais, mas consequência de uma ruptura, uma mudança completa na maneira de ver e de entender na clínica médica. A partir desse momento, em que se separa a doença do doente, a que FOUCAULT (2003, p15-17) chama especializações da doença, e que se organiza o saber médico em torno de uma teoria das doenças e da anátomo-clínica, vai ser possível medicalizar novos espaços e, mais do que isso, há uma conjuntura de interesses para que se medicalize mais.

A medicina é para o autor um dos poderes disciplinares, assim como a escola, o exército, a família, a polícia, instituições que também teriam se modificado ou sido criadas no século XIX para auxiliar o estado no controle das pessoas, através da anátomo-política que “centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade” (FOUCAULT, 1988, p.131) e da biopolítica que ocupa-se do corpo-espécie, “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida” (FOUCAULT, 1988, p.131). A inovação de Foucault em relação a uma teoria do poder é a rejeição de um modelo que considera ultrapassado, o de uma superestrutura econômica, das forças de produção ou das relações de produção, que dita de cima para baixo todas as relações de poder na sociedade, que reprime, proíbe, marginaliza para um poder positivo que “fabrica, que observa, um poder que sabe e se multiplica a partir de seus próprios efeitos” (FOUCAULT, 2000, p.55). Em relação à medicina, aqueles que eram marginalizados da sociedade como os loucos ou os leprosos vão ser incluídos, categorizados, individualizados,

estudados. É a forma da medicina exercer o seu poder, o que para Foucault está associado a uma idéia de medicalização. Para o autor, o poder médico é aceito, ou seja, pode-se tolerar a interferência dessa rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza o espaço, introduz reformas na vida cotidiana (normas claras nas intervenções dos higienistas) porque produz positivities, resolve problemas médicos, possui certa eficácia curativa, permite prolongar a vida. É essa positividade que permite que seja criada essa rede de micropoderes médicos que percorre a existência dos indivíduos.

Em seus estudos genealógicos, FOUCAULT (1979) analisa as estruturas do saber-poder a partir do estudo da rede de micropoderes, em que o controle e a vigilância da sociedade passa das estruturas panópticas, que seriam instituições como a escola, família, medicina, etc., para as pessoas individualmente, o controle realizado em consequência a uma internalização de normas disciplinares.

Ao contrário da idéia de uma rede de micropoderes, ILLICH (1975), em *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina*, enfatiza uma relação vertical de poder, de uma medicina que a partir da sociedade industrial gera dependência continuamente e retira a autonomia das pessoas. A geração de dependência dos produtos médicos (medicamentos, intervenções, saber médico) aconteceria com a divulgação e internalização desse discurso médico legitimado cientificamente, que forçaria as pessoas a abandonarem os próprios conhecimentos sobre saúde e doença, a chamada medicina popular (BOLTANSKI, 1984, p.33). O paradoxo que Illich procura demonstrar é o da contraproduzitividade dessa sociedade que promete a resolução de todos os problemas com a tecnologia, mas que na verdade resolve menos do que gera dependência da própria tecnologia. No caso da medicina, demonstra como a geração de dependência diminui a saúde e a capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas, não havendo um avanço real em saúde com a industrialização. Para ILLICH (1975, p.79) “a medicalização da vida aparece portanto como parte integrante de sua institucionalização industrial”.

WILLIAMS e CALNAN (1996, p.1609-10), fizeram uma revisão dos estudos sobre medicalização e o dividiram em dois grandes grupos: 1) aqueles que a vêem como resultado do poder exercido pela própria categoria médica em

definir o que é saúde e doença para estender seu domínio profissional; 2) ou como resultado de um processo social mais amplo no qual a corporação médica é apenas uma parte. Há diversos estudos nesse primeiro grupo, que abordam como um novo tema passa a ser reinterpretado e encampado pela medicina, como a medicalização do corpo feminino, do parto, da menopausa e da menstruação (VIEIRA, 2002; ROHDEN, 2001), a medicalização da aparência física (WOLF, 1992; SULLIVAN, 2001; GILMAN, 1999), da obesidade e de transtornos relacionados à alimentação (BORDO, 1993), a medicalização do parentesco e da família através da genética (FINKLER, 2001), a medicalização de variações do comportamento, do aprendizado, entre outros exemplos. Nesse grupo de estudos, os autores demonstram como um determinado tema, como o alcoolismo, por exemplo, passa a ser abordado pela medicina e convertido em doença. São estudos bem heterogêneos, que variam de acordo com a metodologia aplicada, alguns autores, por exemplo, abordam o discurso da população e a sua maior dependência de algum serviço médico, outros abordam o discurso médico e o processo de incorporação de um novo tema pela medicina.

No segundo grupo de estudos, a medicalização serve como exemplo de uma teoria social em que a corporação médica é parte de um processo, como demonstramos nos trabalhos de Illich e de Foucault. FREIDSON (1988) é um outro exemplo nesse segundo grupo, no livro da década de 1970, *Profession of Medicine*, o autor apresenta sua teoria sobre a construção das profissões a partir do processo de profissionalização na medicina, em que a medicalização é consequência da legitimação e da institucionalização dessa profissão, que permite sua auto-regulação e o controle dos temas relacionados à saúde, como demonstra o autor no exemplo abaixo:

Deveria uma profissão definir uma doença por sinais e sintomas que a população em geral considera como trivial e sem importância, ou embaraçoso e estigmatizado, o conceito da profissão de uma doença é provavelmente distorcido e parcial, baseado em conhecimentos altamente limitados de uma experiência e seus atributos, e em inadequadas estatísticas de incidência, prevalência e significância (FREIDSON, 1988, p.273).

A preocupação maior de FREIDSON (1988) é com o poder institucionalizado, a legitimação que a sociedade oferece às profissões e, nesse

caso, à medicina para que ela defina o seu próprio objeto de trabalho. O autor ocupa-se de percorrer o caminho que levou a medicina de uma ocupação a uma profissão, estado em que “por virtude de sua posição autoritária na sociedade, vem a transformar ou mesmo a criar a substância do seu próprio trabalho” (FREIDSON, 1988, p. XVII). A partir do momento em que se define oficialmente, ou seja, com a legitimação dos estados, que cabe a determinadas profissões definirem os objetos de seu trabalho abre-se espaço para que interesses corporativos interfiram nesse processo. Além disso, a determinação de profissões “oficiais” impede que outras ocupações dêem-se a chance da exposição empírica, da experimentação do erro e do acerto, da sua aplicação em grande número de casos ou pessoas.

Há mais convergências do que divergências nos trabalhos de Foucault, Illich e Freidson, como na idéia da medicalização a partir do nascimento de uma medicina moderna, da legitimação da corporação médica a partir de sua associação com o estado e, principalmente, de uma invasão da racionalidade biomédica em todos os campos da sociedade. A diferença maior está em que enquanto Foucault estuda o poder multidirecional e os micropoderes e afirma que o poder não é somente negativo, não reprime apenas, senão produz saber, individualidades e subjetividades, Freidson aborda mais o poder institucionalizado e sua repercussão no período de profissionalização das ocupações, nesse sentido fala de um poder vertical, que se exerce de cima para baixo, das estruturas institucionais e estatais para a população, dada a carta em branco que as profissões detêm da sociedade. Para Illich, trata-se igualmente de uma forma de poder opressor, vertical. Nestes dois últimos autores poderia ficar sem resposta a aceitabilidade da interferência médica no cotidiano, isto é, a razão pela qual a população aceita a intromissão médica em sua existência. No caso de Foucault, a aceitação dessa interferência pode ser explicada como contra-face da positividade do saber médico.

Apesar da presença marcante da idéia de medicalização nos trabalhos de Foucault, Illich e Freidson, ela não é o escopo principal dos seus trabalhos e não é possível encontrar uma definição mais precisa do termo, e talvez seja um trabalho improdutivo fazê-lo, mas LOWENBERG e DAVIS (1994, p.582)

procuraram elaborar uma sistematização para conceituar medicalização, que assim seria definida:

1) Quando alguma condição indesejável ou atividade humana problemática previamente fora do escopo do “modelo médico” chega ao pensamento popular ou às políticas públicas como sendo de sua jurisdição; 2) que independentemente do que causou inicialmente essa indesejável condição ou atividade problemática, aquelas pessoas que a exibem não serão punidas ou isoladas por causa dela, especialmente por profissionais de saúde, elas são persuadidas, com certeza, a engajarem em um curso de tratamento designado especificamente para melhorá-las ou curá-las; 3) as decisões sobre tratamento deverão ser decididas e dispensadas por profissionais que, por virtude de seu treinamento, estão numa situação desigual, superior, aqueles que receberão o tratamento.

Os autores definiram essas três características - ampliação da jurisdição médica, desculpabilização e relação hierarquizada – como eixo da medicalização e utilizam essa estrutura para avaliar novos temas que são incorporados à prática médica assim como avaliam novas abordagens médicas, como a medicina holística, e inferem se são mais ou menos medicalizantes do que outras. Quando o autor cita a desculpabilização, refere-se também à causalidade do processo, a biomedicina teria ocupado o espaço da igreja e da moral católica, com a secularização, na explicação de condutas não aceitas pela sociedade, como o alcoolismo, a drogadição, a perversão sexual e, agora, os viciados em trabalho, em jogos, em sexo. No momento em que define essas condutas como doença, a medicina retira uma culpa moral e oferece uma possibilidade de “cura” (LOWENBERG e DAVIS, 1994, p.582).

Para FINKLER (2001, p.241), no entanto, apesar da medicina retirar uma culpabilização moral ou social pode estigmatizar os indivíduos ao fornecer um diagnóstico biomédico. Em um tempo de avançado processo de secularização, talvez não tenha tanto sentido valorizar esse item como característico da medicalização, até porque a abordagem médica utilizando a culpa e o medo como ferramentas para que as pessoas sigam as prescrições é muito comum. O tema do risco, que será abordado adiante, também gera muita culpabilização e em todos os espaços da vida das pessoas, como alimentação, atividade física, trabalho, etc.

Uma outra associação interessante à idéia de medicalização é a utilização da racionalidade e do discurso biomédico em outras áreas do conhecimento e da vida prática, a unicausalidade e a busca de causas e de *locus* específicos

para cada problema, o diagnóstico e terapia apropriada que aparecem em discursos econômicos, sociais, entre outros. No que se refere ao homem, a primazia da explicação é essencialmente da biomedicina, com destaque atualmente para a genética e para a neurociência, o que lembra o que já afirmara FOUCAULT (2003, p.228): “a importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura europeia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem”.

DESMEDICALIZAÇÃO E REMEDICALIZAÇÃO

Até o momento, passamos um retrato perverso da medicalização, seja *per se* ou como consequência de um movimento mais amplo, como a industrialização. E de fato essa era a perspectiva da maioria dos autores na década de 1960 e 1970, que identificavam que: a atenção médica não é a principal causa de melhoramento da saúde das populações; que a prática médica aumenta seu campo de atividade no momento que define um maior número de condições humanas como enfermidade; e que o profissionalismo constitui comumente uma defesa de privilégios ocupacionais e de classe em lugar de um mecanismo para manter bons níveis de atenção (GARCIA, 1983, p.381). E, ainda, a idéia da vigilância e do controle exercido por instituições e pelas próprias pessoas.

Mas há quem defenda um momento mais otimista atualmente em relação a esse processo, especialmente aqueles que acreditam que não há uma aceitação passiva por parte da população e até que há uma contestação do poder das instituições. NYE (2003, p.126-127), por exemplo, considera que o discurso médico continua forte e monopoliza as informações em saúde, por outro lado não há uma aceitação passiva desse discurso pelos indivíduos. WILLIAMS e CALNAN (1996, p.1611-13) lançam mão das formulações teóricas de Giddens³ para se contraporem ao pessimismo dos autores da década de

³ Anthony Giddens é professor de Sociologia na Universidade de Cambridge e dentre suas contribuições estão a teoria da estruturação e o estudo das mudanças sociais causadas pela dissociação do espaço e do tempo, produtos dos avanços tecnológicos contemporâneos. Na política, Giddens formulou os postulados da Terceira Via, entre o capitalismo liberal e o socialismo.

1960, eles utilizam como corpo teórico a idéia de uma maior reflexividade social na modernidade tardia, o que significaria uma susceptibilidade maior da maioria dos aspectos da atividade social a uma revisão crônica em função de novas informações e conhecimentos. Nesse caso, a medicina "...como uma corporação e uma coleção de grupos especializados, torna-se uma empresa cada vez mais reflexiva em termos de sua base de conhecimento, sua organização social e a natureza da prática médica diária." (WILLIAMS e CALNAN, 1996, p.1612)

Segundo os autores, ainda, há um espaço de crítica entre a população e a medicina moderna, em que a mídia tem um papel crucial de desmistificação da ciência e da tecnologia (WILLIAMS e CALNAN, 1996, p.1615). Haveria um empoderamento da população já que as pessoas estão mais conscientes das fragilidades das corporações, como afirmam no exemplo abaixo:

É nesse contexto que a visão da população em relação à ciência e à tecnologia, incluindo a medicina moderna, vem a compor uma dialética que alterna confiança e dúvida, certeza e incerteza, reverência e desilusão. A Medicina, portanto, torna-se uma fonte de esperança e de desesperança na medida em que suas 'limitações' são expostas como nunca. (WILLIAMS e CALNAN, 1996, p.1613)

A população, munida de maior acesso à informação, através da Internet ou de outros meios de comunicação poderia estar mais consciente dos custos, benefícios e malefícios de uma maior medicalização de suas vidas (MOYNIHAN E SMITH, 2002 p.859-60), asserção que submete o termo medicalização a uma possibilidade de valoração positiva e a população na condição de julgar o seu valor.

Assim como há uma reinterpretação do significado da medicalização há aqueles que entendem que a entrada ou o crescimento de outras racionalidades médicas ou outras áreas ligadas à saúde, como a acupuntura, a homeopatia, a educação física e uma revalorização da medicina popular representaria um movimento de desmedicalização. Para TESSER (2004, p.342), por exemplo, "...é momento de conceber o mundo, as doenças e seus tratamentos como co-construídos", vertente epistemológica que propõe uma partilha de poder dessas outras racionalidades com a racionalidade biomédica. Por outro lado, poderia representar apenas uma forma de substituição de poderes, do poder da racionalidade biomédica por outras formas de poder, ligadas a outras

racionalidades e que perpetrariam a medicalização em outros espaços da vida cotidiana, como sugere WILLIAMS (2004, p.455), por exemplo, em relação à medicina holística: “a mudança para abordagens holísticas⁴ (...) tem mais a ver com *remedicalização* [grifo do autor] do que com desmedicalização; um processo, para os seguidores de Foucault, que por si só produz novas formas de (auto) vigilância e controle”.

Para ILLICH⁵ (apud NOGUEIRA, 2003, p.186), que defendia a desmedicalização, ou seja, uma diminuição do poder da corporação médica, uma diminuição da dependência de tecnologias, uma democratização no acesso aos bens produzidos pela ciência e maior autonomia das pessoas nas questões de saúde, essa desmedicalização representa na verdade mais uma forma de iatrogenia. Para o autor, a medicina cede espaço para outras áreas porque surge uma outra concepção sobre o corpo - a corpolatria - que vai resultar na busca patogênica pela saúde. O maior acesso às informações sobre doenças ou sobre hábitos saudáveis que poderia representar um empoderamento da população diante da corporação médica representa para ILLICH (1999, p. 28) apenas o efeito de um tempo em que todas as atividades humanas são maciçamente relacionadas à saúde e há uma neurose coletiva em busca da saúde perfeita, como se depreende também da leitura de NOGUEIRA (2003, p.188), sobre os últimos trabalhos de Illich:

Illich não só indica uma limitação da sua forma de abordagem anterior da iatrogênese, como também parece inverter sua compreensão quanto ao que pode constituir uma forma adequada de evitar seus riscos: as práticas do auto-cuidado passam a ser consideradas parte da iatrogênese gerada pela nova imagem do corpo. (...) Houve, sim, uma desmedicalização da saúde, mas num processo que é iatrogênico. Illich faz uma interpretação veementemente negativa dessa linha contemporânea de autonomização do cuidado com o corpo.

A discussão entre medicalização e desmedicalização concentra-se na questão da autonomia/heteronomia e que, por sua vez, guarda relação com a

⁴ Abordagens holísticas seriam as práticas relacionadas à saúde que abordam os pacientes integralmente, sua cultura, relações familiares, trabalho, a comunidade em que está inserido. Para Lowenberg e Davis (1994), caracterizam-se por uma relação menos hierárquica com o paciente, maior autonomia (em certo sentido, maior culpabilização) e uma ampliação do campo patológico para outras esferas, como relações familiares, espiritualidade, etc.

⁵ Illich, I. **In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990**. New York: Marion Boyars, 1992.

associação que fizemos acima entre medicalização e poder. Se para WILLIAMS e CALNAN (1996, p.1617-19) o momento é de desmedicalização porque há mais acesso à informação em saúde por parte da população e a própria corporação médica é mais reflexiva em relação às conseqüências da sua prática, para outros autores, como ILLICH (1999, p.28), há de fato uma desmedicalização, mas a medicina perde espaço para outras áreas porque vigora uma concepção doentia de cuidado com o corpo e de busca da saúde. FREIDSON (1988, p.386) considera que há uma diminuição da autonomia técnica do profissional médico, mas que a profissão como um todo jamais teve o poder que detém hoje, o autor é contrário, portanto, a uma idéia de desmedicalização nos últimos anos.

Um outro exemplo de que possivelmente não se vive uma desmedicalização deve-se ao crescimento da utilização do conceito de risco na medicina. A idéia de medicalização parece ganhar um novo impulso com a transformação da sociedade no que se convencionou chamar de “sociedade de risco”⁶.

RISCO E MEDICALIZAÇÃO

O conceito de risco introduz uma nova possibilidade de medicalização, pois se até o momento a explicávamos como a ação ou o movimento de incorporar ao discurso e à prática médica uma condição atualmente desfavorável, com a idéia de risco cria-se um estado intermediário, que se relaciona a uma possibilidade futura de uma condição desfavorável e, segundo CASTIEL (2003), “redimensiona o papel da configuração espácio-temporal na compreensão do adoecer” e acrescenta:

A biomedicina incorpora como sua tarefa a localização e identificação nos sadios de seus possíveis riscos (...) surge uma infindável rede de riscos em que comportamentos, sinais, sintomas e doenças podem confluír para se tornarem fatores de risco para outras afecções (...) o eixo temporal assume maior importância nos modelos explicativos dos processos de adoecer (...) Vemos, então, surgir no discurso

⁶ Termo cunhado por Beck em Beck, U. **Risk Society: Towards a New Modernity**. Sage. London, 1992.

e na intervenção biomédica, uma nova condição medicalizável: o estado de saúde sob risco. (CASTIEL, 2003)

A noção contemporânea de risco é diferente da idéia tradicional que o associava a desastres naturais ou à vontade divina. Nas últimas décadas, o risco se tornou um parâmetro fundamental e estruturante da vida moderna e em grande parte são riscos decorrentes da própria atividade industrial e não mais os riscos causados pela natureza. Na medicina, o conceito de risco é muito utilizado na epidemiologia e, segundo ALMEIDA FILHO (1992), apóia-se em três fundamentos: o da possibilidade poder ser traduzida em probabilidades de ocorrência; o do princípio da homogeneidade da morbidade, em que desaparecem as singularidades do processo saúde-doença; e o do pressuposto da ocorrência dos eventos em série. O problema é a sua utilização pela clínica, sua transposição para o atendimento individual, o que segundo ADELSWÄRD e SACHS (1996 p.1185) “resulta em uma medicalização das vidas das pessoas através de mensurações abstratas.” Como complementa ALMEIDA FILHO (1992, p.143):

Afinal a questão da prevenção deixa de ser uma problemática coletiva, como na construção do modelo epidemiológico da prevenção dos riscos, e passa a se constituir em um problema individual, trazendo a possibilidade da prevenção dos riscos individuais, intervindo, alterando e evidentemente tratando, em última instância, os traços/marcas/atributos potencialmente fatores de risco para a saúde dos sujeitos singulares.

Ainda que o conceito de risco permita um avanço maior da corporação médica sobre a vida das pessoas, WILLIAMS e CALNAN (1996, p.1614) consideram que além de não haver uma aceitação completa da população, o mesmo tema do risco pode ser utilizado contra a própria medicina quando se calcula o risco de “efeitos-colaterais, dos problemas de adição e dependência, o risco de intervenções tecnológicas e as questões morais e filosóficas que são levantadas pelo ‘progresso’ médico”. De fato, são apontamentos pertinentes, mas a medicalização em consequência da utilização dos cálculos de risco na vida cotidiana parece sobrepor em muito uma idéia de risco em relação ao próprio exercício da medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse artigo abordamos algumas das facetas do termo medicalização, tão caro às ciências sociais em saúde. Ele surge no conturbado período da década de 1960 como exemplo de controle, vigilância, exercício de poder do estado e das instituições modernas. A produção teórica é muito rica e diversos autores utilizam o termo, com muitas conotações diferentes. Aqui, estudamos um pouco mais os trabalhos de Foucault, Illich e Freidson, para quem a medicalização serve como um modelo de explicação de uma teoria social maior. A convergência entre o trabalho deles e de outros autores é apontar o início desse processo de medicalização apenas após o nascimento de uma medicina científica, que dataria do fim do século XVIII. As divergências são muitas, especialmente no que se relaciona a uma teoria sobre o poder, fundamental para o entendimento do processo de medicalização, que se trata também de uma imposição de uma racionalidade, no caso a biomédica, que é uma maneira de entender o mundo e o homem. Os estudos de Foucault sobre o poder e sobre as tecnologias de poder parecem ter sobrevivido melhor ao longo dos últimos anos se comparamos à idéia de uma relação vertical e unidirecional de poder em que há uma aceitação passiva da população, que é o que se depreende dos estudos de Freidson e de Illich.

Os artigos mais recentes que tratam do tema da medicalização são em geral mais otimistas do que denunciavam os teóricos da década de 1960. O temor dos corpos dóceis e vigiados dá lugar, para esses autores, a uma população mais crítica e mais empoderada, com capacidade de se informar, julgar e optar pelo que considera mais adequado. WILLIAMS e CALNAN (1996), em especial, lançam mão do aporte teórico de Giddens, que acredita que na modernidade tardia, as instituições não são tão rígidas e truculentas, mas que se flexibilizam, modificam-se e revisam constantemente o seu papel.

Nos trabalhos posteriores ao *Nêmesis*, Illich vê de outra forma os movimentos de desmedicalização e de uma maior preocupação da população com o tema da saúde. Para ele, trata-se de uma desmedicalização iatrogênica, ou seja, a medicina cede espaço para outras áreas porque vigora uma espécie de corpolatria, uma busca patogênica por tudo que se relaciona à saúde. Para

Freidson, apesar de um menor poder médico individual, a corporação médica nunca esteve tão forte, até porque as outras áreas ligadas à saúde que (re) surgem estão subordinadas à medicina, que estabelece os padrões de diagnóstico e de tratamento.

O tema do risco é mais um exemplo de que não se vive um momento de desmedicalização. Estudos epidemiológicos, populacionais, utilizados para cálculos de risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, degenerativas ou outras são utilizados na prática clínica diária, o que permite uma invasão nas vidas das pessoas e um controle de vários aspectos de suas existências. O que para Foucault, possivelmente representaria uma maior medicalização, no sentido de que é maior a vigilância, o controle e a produção dos indivíduos.

Diferentemente do que afirmaram LOWENBERG e DAVIS (1996) sobre a associação entre medicalização e desculpabilização, provavelmente assistimos a uma nova moralização e culpabilização dos indivíduos no que se refere a estilos de vida considerados de risco. Parece que as respostas ao processo de desmedicalização ainda são insuficientes. Se pensarmos que novos tópicos, antes impensados, entram no escopo da medicina é porque ainda há uma medicalização em marcha.

REFERÊNCIAS

ADELSWÄRD, Viveka; SACHS, Lisbeth. **The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information talks**. *Social Science and Medicine*, Grã-Bretanha, v. 43, n. 8, p.1179-1187, out. 1996. Quinzenal.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Anotações sobre o conceito epidemiológico de risco**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/risc_epid3.html>. Acesso em: 10 nov. 2005.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. 2. ed. Rio De Janeiro: Graal, 1984. 185 p. Tradução de Regina A. Machado.

CASTIEL, Luis David. **Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco**. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/aspectos.htm>. Acesso em: 10 nov. 2005.

FINKLER, Kaja et al. **The Kin in the Gene (medicalization of family)**. *Current Anthropology*, Chicago, v. 42, n. 2, p.235-264, abr. 2001. Bimestral.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 18. ed. Rio De Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 15. ed. Rio De Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Tecnologías del yo: y otros textos afines**. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A., 1990. 152 p.

_____. **Los Anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)**. Buenos Aires: Fondo De Cultura Economica De Argentina, S.A., 2000. 350 p.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p. Tradução de Roberto Machado.

FREIDSON, Eliot. **Profession of Medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge**. 2. ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 1988. 420 p.

GARCIA, Juan Cesar. **Medicina y Sociedad - las corrientes del pensamiento en el campo de la salud**. *Educación médica y salud*, Washington, v. 17, n. 4, p.363-397, 1983. Trimestral. Edição encerrada em 1995.

GILLESPIE R. **Women, the Body and Brand Extension in Medicine: Cosmetic Surgery and the Paradox of Choice**. *Women & Health*, New York, vol. 24, n. 4, p.69-85, 1996.

GILMAN, Sander L.. **Making the Body Beautiful: A cultural history of aesthetic surgery.** Princeton, NJ, USA: Princeton University Press, 1999. 397 p.

IBOPE OPINIÃO (Brasil). **Confiança nas Instituições.** Disponível em: <http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=6&proj=PortallBOPE&pub=T&db=caldb&comp=pesquisa_leitura&nivel=null&docid=72E919003D36838B832570740081D447>. Acesso em: 15 dez. 2005.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina.** 2. ed. Rio De Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti.

_____. **Un Facteur Pathogène Prédominant: L'obsession de la santé parfaite.** Le Monde Diplomatique, Paris, p. 28-28. mar. 1999. Disponível em: <<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.html#nh5>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

LOWENBERG, June S.; DAVIS, Fred. **Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health.** Sociology of Health & Illness, Oxford, GB, v. 16, n. 5, p.579-599, nov. 1994. Bimestral. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/toc/shil/16/5>>. Acesso em: 15 mar. 2005.

MOYNIHAN, Ray; SMITH, Richard. **Too Much Medicine?** British Medical Journal, Londres, v. 324, n. 7342, p.859-860, 13 abr. 2002. Semanal.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A Segunda Crítica Social da Saúde de Ivan Illich.** Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 7, n. 12, p.185-190, fev. 2003. Semestral.

NYE, Robert A.. **The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century.** Journal of History of the Behavioral Sciences, Hoboken, NJ, USA, v. 39, n. 2, p.115-129, abr. 2003. Trimestral.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio De Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 224 p.

SULLIVAN, Deborah A.. **Cosmetic Surgery: The cutting edge of commercial medicine in America.** New Jersey, USA: Rutgers University Press, 2001. 235 p.

TESSER, Charles Dalcanale. **Epistemologia Contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas.** 2004. 416 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - UNICAMP, Campinas, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino.** Rio De Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

WILLIAMS, Simon J; CALNAN, Michael. **The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity.** Social Science and Medicine, Grã-Bretanha, v. 42, n. 12, p.1609-1620, jun. 1996. Quinzenal.

WILLIAMS, Simon J. **Beyond medicalisation - healthicization?** A rejoinder to Bislop and Arber. *Sociology of Health & Illness*, Oxford, v. 26, n. 4, p.453-459, jul. 2004. Bimestral.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza:** como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres. Rio De Janeiro: Rocco, 1992. Tradução de Waldéa Barcellos.

ABSTRACT

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

MEDICALIZATION: REVISITING DEFINITIONS AND THEORIES

The term medicalization is quite used by the public health and by the social sciences in health, especially starting from the decade of 1960, period where authors as Foucault, Illich and Freidson, among others, began using the medical corporation as an example in their social theories. In spite of its frequent use in researches in the health area, there is not a very clear consensus on the meaning of medicalization, several definitions and theories live together as an extension of the medical jurisdiction in the society, pathologization of daily variations, generation of dependence on the medical services and the most popular meaning, which links medicalization to the use of medicines. This study tries to rescue those several conceptualizations of the term and discuss them to the light of more recent works on the theme. Two aspects are emphasized: 1. the differentiated approach of Foucault, Illich and Freidson in relation to the form of power that is used in medicalization; 2. the different authors' perception in relation to the moment being lived, if there is more medicalization or a demedicalization. It is concluded that the idea of medicalization is very heterogeneous to serve as an analytical tool or to be a concept; the convergence among the authors is to relate it to the modern or scientific medicine. Foucault proposes a positive form of power that does not just repress the individuals, but transforms them. Differently of Illich and Freidson, that speaks about a more vertical and repressing power. And we suggested that there is a larger medicalization nowadays, as new themes continue being incorporate by the medical corporation, especially with the coming of the risk concept, that allows medicalization in another time-space dimension to our existence.

Key-words: medicalization, biomedical rationality, risk, power.

A MEDICALIZAÇÃO DA BELEZA

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

RESUMO

A preocupação com a imagem corporal e as intervenções médicas relacionadas à beleza física tem aumentado muito nos últimos anos. O propósito desse estudo é investigar como a medicina tem abordado o tema da beleza. Realizou-se uma análise de discurso das revistas *Aesthetic Surgery Journal* e *Aesthetic Plastic Surgery*, das edições do ano de 2003 e 2004, com o objetivo de investigar a racionalidade que sustenta esse discurso. Três categorias foram priorizadas para estudo: como a Cirurgia Plástica Estética vê esse objeto de estudo e intervenção; como se refere a padrões de beleza; e como compreende a demanda da população pelas correções estéticas. O discurso encontrado nesses artigos assemelha-se às características da racionalidade biomédica, que se estrutura em torno de uma teoria das doenças e de uma construção dual entre normal e patológico, com ênfase na biologia. Nos artigos, os padrões de beleza que guiam as práticas terapêuticas estão ancorados em normas biológicas que vêm sendo desenhadas através de diversas medidas antropométricas, que por sua vez referem-se a conceitos abstratos de beleza como harmonia, proporcionalidade, simetria. No discurso, não há referências a padrões ou normas sociais de beleza, a motivação da população pelas intervenções estéticas surge como decorrente de uma baixa auto-estima em relação ao processo de envelhecimento ou a alguma desconformidade do corpo. No sentido emprestado à medicalização nesse estudo, conclui-se que há uma apropriação de variações ou anomalias da aparência física por uma racionalidade biomédica, o que permite discursar sobre o tema em termos de saúde e doença, normal e patológico.

Palavras-chave: medicalização, aparência física, cirurgia plástica estética, beleza.

INTRODUÇÃO

A observação de alguns movimentos recentes como uma maior insatisfação com a imagem corporal e de seus transtornos relacionados como bulimia e anorexia, assim como de um vertiginoso aumento no número de intervenções cirúrgicas estéticas e de uma Medicina da Beleza suscitou a presente pesquisa. Há uma história do corpo (do que ele representa em cada sociedade) e no corpo (das marcas e adereços que ele expõe) que conjuga e denuncia esses movimentos. Uma dessas marcas e a que nos interessa investigar é a de uma suposta medicalização da aparência, isto é, analisar o encontro da medicina científica - com sua maneira particular de decifrar a natureza, a que chamamos racionalidade biomédica, - com o tema da beleza física.

Já há diversos estudos sobre uma medicalização da aparência, mas com perspectivas ou métodos diferentes daquele que será abordado neste estudo. GILMAN (1999), por exemplo, faz um recorte histórico do crescimento da Cirurgia Plástica Estética, desde o século XIX, com ênfase na cirurgia étnica e nos seus desdobramentos culturais. DAVIS (1995) e GONÇALVES (2001) acompanharam serviços de cirurgia cosmética e os discursos falados de médicos e pacientes, em uma análise antropológica desse contexto. SULLIVAN (2001) faz um recorte sociológico da construção de uma demanda pela cirurgia cosmética e pela profissionalização dos cirurgiões plásticos estéticos e o relaciona ao que chama de *commercialism*, a sobrepujança dos aspectos econômicos sobre todos os demais. WOLF (1992) e GILLESPIE (1996) estudam o crescimento da cirurgia cosmética entre mulheres e sua implicação nas definições de gênero.

Neste espaço, o objetivo é analisar o discurso médico em artigos das principais revistas de cirurgia plástica estética e relacioná-lo à idéia de medicalização, no sentido de incorporação de um novo tema pela racionalidade biomédica, que significa a organização de uma nova nosologia médica, a criação de padrões de normalidade e a legitimação da intervenção médica terapêutica.

MÉTODO

Para o estudo, foram analisados aproximadamente 130 artigos de duas das principais revistas internacionais de Cirurgia Plástica Estética, a *Aesthetic Plastic Surgery* e o *Aesthetic Surgery Journal*, edições dos anos de 2003 e de 2004. O método utilizado foi o da análise de discurso que, segundo BARDIN (1977, p.44), permite a manipulação do material empírico utilizado para que possa ser analisado a partir de um outro recorte. Nessa pesquisa, os textos foram abordados a partir do referencial teórico de alguns autores da filosofia das ciências da saúde (especialmente de Canguilhem e de Foucault) com o objetivo de caracterizar a racionalidade biomédica e encontrar as sobreposições e as distâncias em relação à abordagem da Cirurgia Plástica Estética sobre as variações físicas.

Foram selecionadas categorias prévias para dirigir o estudo, baseadas nas seguintes questões: como a Cirurgia Plástica Estética vê seu objeto de estudo e de intervenção; como se refere a padrões de beleza; e como compreende a demanda da população pelas correções estéticas.

A importância de se estudar o discurso médico reside no fato de que a partir dele novos valores sobre o corpo são construídos ou confirmados. SILVA (1999, p.19), considera que "...estudar a área médica se torna fundamental para compreender como se constituem os fundamentos da expectativa de corpo atual (...) As ciências biomédicas vão organizar e divulgar uma expectativa de corpo na atualidade."

O NASCIMENTO DE UMA MEDICINA DA BELEZA

Não se pretende dizer que apenas recentemente o discurso médico vai se pronunciar sobre a beleza, mas que pela primeira vez ela surge como objeto único e central de uma área médica. Antes do surgimento da Medicina da Beleza, a aparência era valorizada em função das intenções próprias de cada área médica, mas não por ela mesma. Como é o caso da associação entre a

beleza e a maternidade, demonstrada por ROHDEN (2001, p.16) em estudo sobre a medicina dos séculos XVIII e XIX:

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade. Os médicos 'constatam' impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe.

Por sua vez, para o discurso médico-higienista do fim do século XIX e início do século XX a beleza vai estar associada a valores da moral católica, como a pureza e a limpeza. Nesse período, a aparência física é tida como um dom divino e não como uma conquista ou uma possibilidade individual: "Fora deste uso e para além das prescrições médicas, que incluem a higiene do corpo e a cultura física, o embelezamento corre o risco de denotar uma moral duvidosa." (SANT'ANNA, 1995, p.125)

A história da cirurgia plástica estética está imbricada com a da cirurgia plástica reconstrutiva, já que as técnicas são semelhantes, porém durante muitos anos a cirurgia para fins meramente estéticos era considerada pelos próprios cirurgiões plásticos regulares como uma imoralidade. SULLIVAN (2001, p.45-63) demonstra como nos Estados Unidos da América (EUA) a Cirurgia Plástica Estética passa de uma prática marginal, sem espaço para divulgação, antes da década de 1950, para uma especialidade reconhecida, regulamentada, e cada vez mais procurada pelos médicos. Há vários aspectos que se relacionam a essa mudança de percepção sobre a cirurgia estética, um deles é que a aparência física passa a ter uma outra conotação na sociedade ocidental nesse período, que ECO (2004, p.413-428) denomina de Beleza do Consumo, em que os ideais de beleza são determinados pelo interesse econômico.

Os números que comprovam a apropriação da beleza pelo mercado são impressionantes. As indústrias de cosméticos e de dietas estão entre as que mais crescem em todo o mundo e com a Medicina da Beleza não é diferente (WOLF, 1992, p. 21).

Nos EUA, em 2003, foram realizados, segundo a *AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS* (ASPS, 2004a), mais de 8.7 milhões de

procedimentos estéticos, dentre os quais: quase 3 milhões de injeções da toxina botulínica, 320 mil lipoaspirações e 254 mil aumentos de mamas. A tendência de 1992 a 2003 aponta para um grande crescimento no número de cirurgias plásticas cosméticas: aumento de mamas 657%, *lift* nas nádegas 526%, lipoaspiração 412% e injeções de botulina 153% de 2002 a 2003 (ASPS, 2004b). Uma outra tendência é o aumento dessas intervenções em faixas etárias cada vez mais precoces. Nos EUA, realizaram 3.841 cirurgias para aumento de mamas em meninas menores de 18 anos em 2003, um aumento de 24% em relação a 2002. No mesmo ano, as adolescentes americanas se submeteram a 5.606 intervenções para injeção de botulina, um aumento de 950% em relação a 2002 (ASPS, 2004c).

O Brasil é o terceiro país do mundo em número de cirurgias plásticas, atrás apenas dos EUA e do México, foram 400.000 intervenções em 2003, sendo metade delas puramente estéticas e dentre essas: quarenta por cento de lipoaspiração, 30% de mamas e 20% na face.

Independentemente de haver uma justificativa econômica para o crescimento e aceitação de uma Medicina da Beleza, ou seja, a hipótese do aumento da demanda por intervenções estéticas por ignorados motivos ter forçado o desenvolvimento dessa prática médica, deve haver uma adaptação desse novo objeto de intervenção e saber, no caso a aparência física, quando é reinterpretado pela medicina. Se o conhecimento médico se estrutura, especialmente a partir do século XIX, em torno de uma teoria das doenças - de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, baseado em pesquisas científicas - será necessária uma readequação desse discurso para que se possa construir uma Medicina da Beleza. Como vai se dar, então, o encontro dessa racionalidade com um objeto, a beleza física, que não era abordado em termos de patologia ou anormalidade?

UM OLHAR CLÍNICO PARA A BELEZA

Segundo a ASPS (2005), a cirurgia plástica estética "...é realizada para dar uma nova forma a estruturas **normais** do corpo com o objetivo de **melhorar** a aparência do paciente e sua **auto-estima** [grifos meus]." As três palavras

grifadas resumem bem o que se procura abordar nesse estudo: 1) avaliar se na prática, no discurso da Medicina da Beleza, essas estruturas normais do corpo vêm sendo realmente abordadas como normais ou se ocorre uma patologização de variações estéticas; 2) a que se refere a frase - melhorar a aparência -, que normas sociais ou biológicas surgem nesse discurso e qual a influência da Medicina da Beleza no estabelecimento dessas normas?; 3) e, por fim, a auto-estima, que é utilizada como justificativa para uma intervenção estética, como ela surge no discurso da Medicina da beleza? Do que se trata?

Antes, no entanto, trabalhemos um pouco com o termo medicalização, termo complexo, que encontra várias definições, aplicações e possibilidades, devido ao que, segundo LOWENBERG e DAVIS (1994, p.582), não há atributos suficientes e convergência entre os teóricos para defini-lo como um conceito ou uma ferramenta analítica. Convém especificar a compreensão que o termo ganhará nesse estudo, que é a assimilação (que envolve uma captura e uma transformação) de anomalias¹ e variações físicas associadas à aparência física pela racionalidade biomédica. Há outras definições de medicalização como: ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos e de empresas médicas, maior dependência da população de serviços médicos ou de medicamentos, entre outras.

Para isso, é importante apresentar as características da racionalidade biomédica, que método de saber e fazer é esse e como ele volta seu olhar em direção à aparência física? Uma racionalidade médica qualquer seria definida, segundo LUZ (1993, p.10), por um sistema estruturado e composto de cinco elementos teóricos fundamentais: 1) uma morfologia e uma anatomia humana; 2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; 3) um sistema de diagnósticos; 4) um sistema de intervenções terapêuticas e; 5) uma doutrina médica.

A biomedicina, a que também chamaremos de medicina moderna provém, para FOUCAULT (2003, p.10), do final do século XVIII, no momento em que passa "...a pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica." O raciocínio científico nessa época, e ainda hoje, é marcado por uma concepção mecanicista do mundo, estimulada principalmente por duas disciplinas, a física e

¹ Anomalia para Canguilhem é "a variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo", mas não é uma patologia.

a astronomia, que viriam a influenciar através dos seus princípios - de reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e de matematização dos eventos - todas as áreas do conhecimento. Essa racionalidade científica será adotada, a partir da modernidade, pelo saber médico, não sem dificuldades e incongruências (CAMARGO JR., 2003, p.108-109). A essa transformação da medicina, FOUCAULT (2003, p.157) chama de ruptura, porque baseia-se numa nova *episteme*:

O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do dia em que o olhar, que começava a ser científico, do primeiro médico se dirigiu, de longe, ao corpo do primeiro paciente; é o resultado de uma reformulação ao nível próprio do saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados.

Essa reformulação do saber, para o autor, está associada a dois pontos fundamentais e indissociáveis: um novo olhar e uma nova linguagem médica. O novo olhar ou o olhar clínico é, para o autor, resultado de um conjunto de fatores: 1) o apoio institucional, ou seja, a medicina foi legitimada para cuidar dos doentes, para entrar nos hospitais, nos quais vai se aprimorar, estruturar e se replicar; 2) é um olhar amplo, porque procura todos os sinais desviantes (classificatório) e que ganha profundidade com a anatomia patológica (olhar anátomo-clínico); 3) e um olhar calculador, porque delinea probabilidades e riscos (FOUCAULT, 2003, p.99-102). A nova linguagem é, para o autor, a transferência desse novo olhar para o enunciável e "...o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual." (FOUCAULT, 2003, p. 129)

A medicina moderna vai atuar em três espaços, segundo FOUCAULT (2003, p.15-16): um espaço que chama de primário, que é o da doença sem o doente, da classificação das doenças umas pelas outras, por suas homologias e diferenças, espaço exclusivo das doenças; um espaço secundário, que resulta da percepção fina da doença no doente, de suas peculiaridades, de como ela se apresenta e se desenvolve naquele doente, naquele espaço. A espacialização terciária, por sua vez, é o da doença na sociedade, por que historicamente ela foi rastreada e como vai se manipular a sua presença, com que interesses?

“Nela, todo um corpo de práticas e instituições médicas articula as espacializações primária e secundária com as formas de um espaço social de que a gênese, a estrutura e as leis são de natureza diferente.” (FOUCAULT, 2003, p. 16)

Esse olhar, descrito por Foucault, nasceu em um período em que dominavam as doenças clássicas, como as infecto-contagiosas, que auxiliaram a construir uma racionalidade biomédica, que como descrevíamos acima, seguindo o modelo conceitual de LUZ (1993) e estudado por CAMARGO JR. (2003, p.110) caracteriza-se por essa estrutura:

A doutrina médica traz implícita a idéia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam por sua vez decorrência de uma cadeia de eventos desencadeada a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas lesões; a terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças; a morfologia e a dinâmica vital servem sobretudo como auxiliares na caracterização do processo mórbido.

Essa estrutura é a que nos interessa procurar nos artigos da Medicina da Beleza, perceber como o tema da beleza física vai se adaptar a essa doutrina médica e a esses sistemas característicos da biomedicina. Abaixo, um primeiro exemplo em um dos artigos da Medicina da Beleza:

A maioria dos pacientes que procuram melhorar seu contorno corporal são mulheres que desejam correção dos depósitos de gordura local ou global e relaxamento da pele e da fáscia muscular, geralmente causados pela gravidez, ganho de peso (...) Um diagnóstico acurado é necessário para seleção da melhor abordagem cirúrgica. (CORMENZANA e SAMPRÓN, 2004, p.13)

O que se reconhece nessa fala é a apresentação típica dos “casos” na biomedicina com a etiologia, o diagnóstico, a terapêutica e, inclusive, o perfil epidemiológico. Essa mesma lógica explicativa aparece em muitos outros exemplos:

Liposucção é uma técnica cada vez mais popular no campo da cirurgia estética. A maioria dos pacientes que procuram a lipossucção deseja corrigir uma deformidade do contorno corporal, geralmente causado pela gordura. O objetivo da lipossucção é diminuir ou remover essas áreas gordurosas subcutâneas por meio de cânulas de

metal colocadas através de pequenas incisões na pele. (YASEMIN et al., 2004, p. 226)

A anatomia patológica vai se somar a esse olhar clínico (temporal) para fundar o que FOUCAULT (2003, p.155) denominou “olhar anátomo-clínico”, que permitirá uma nova espacialização da doença. Mas para o cirurgião, não é somente a anatomia patológica que permite essa reorganização espacial da doença, pois a cirurgia passa também a ser um ramo da clínica (a clínica-cirúrgica) com a “...vantagem de fornecer elementos de conhecimento das doenças e de sua localização no organismo vivo, *que se move* [grifo da autora], diferentemente da anatomia patológica, que trabalha com cadáveres.” (LUZ, 1988, p.89) Nos artigos analisados, o olhar do cirurgião plástico estético também revela essa espacialização, isto é, o encontro da variação visível com um substrato anatômico previamente conhecido. Um exemplo do olhar anátomo-clínico:

A base da beleza facial é simetria, equilíbrio e proporção. As maiores forças responsáveis pelo envelhecimento da face são gravidade, amadurecimento do tecido mole, remodelamento do esqueleto, atividade muscular facial e alterações solares. Envelhecimento no terço superior da face se manifesta como ptose da região frontal, glabelar e da sobrancelha. Iniciando da metade para o final dos 30 anos, as alterações tornam-se aparentes em toda a face. Rugas e pequenas linhas aparecem em torno dos olhos e da boca, e as pálpebras superiores e inferiores começam a cair. (MAIO, 2004, p. 295)

Uma causa para as variações estéticas indesejáveis é uma característica encontrada nos artigos estudados: como a gravidade e o envelhecimento causando alterações nas mamas e na face ou a gravidez colocada como a causa do acúmulo de gordura abdominal. E surge dessa mesma forma em mais este exemplo:

Em adição a todas as conseqüências mencionadas em toda a literatura, o processo de envelhecimento causa as mais dramáticas mudanças na face e no complexo nasolabial (...) Predisposição genética também tem um papel na aparência final nessa área. O complexo nasolabial na face envelhecida é conhecida como “área-difícil-de-tratar...” (SEN, CEK e REIS, 2004, p.37).

A busca de uma causalidade na medicina está associada a uma definição prévia (e arbitrária) de um evento, geralmente indesejável, que se quer estudar e sobre o qual se pretende intervir. No exemplo acima, o evento a ser evitado é o envelhecimento, ou melhor, a aparência física relacionada ao envelhecimento, processo atravessado por toda uma sorte de influências culturais, como na percepção diferenciada do envelhecer entre homens e mulheres na sociedade ocidental. Como afirma CANGUILHEM (1982, p.104), a esse respeito, é preciso que a anomalia seja arbitrariamente definida como um problema para que a ciência a estude: “A anomalia só é conhecida pela ciência se tiver sido, primeiro, sentida na consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das funções, sob a forma de perturbação ou de nocividade.”

A associação de uma causa à identificação de um substrato anátomo-fisiológico (como a perda de líquido no espaço intersticial ou a diminuição de algum tecido – como o da glândula mamária) representa, para CANGUILHEM (1982, p.108), o processo que leva a patologização de uma anomalia: “...desde que a etiologia e a patogenia de uma anomalia são conhecidas, o anômalo torna-se patológico”. Seguindo essa mesma lógica encontra-se uma patologia da beleza nos artigos estudados, as lesões anatômicas surgem nos estudos como estruturas alteradas responsáveis pela aparência externa indesejável, como no exemplo abaixo:

Ptoses mamárias geralmente resultam de alterações involutivas do pós-parto ou da amamentação caracterizadas por diferentes graus de atrofia da glândula mamária, flacidez da pele e ptose do complexo mamilo-areolar. (VELASCO, ARIZTI e TOCA, 2004, p. 199)

Os autores, nesse exemplo, não parecem estar tratando de um tecido normal ou de um processo de envelhecimento normal do tecido. Associada à causa da ptose mamária, que seria conseqüência do parto ou da amamentação, está uma lesão tecidual da glândula mamária, da pele e dos tecidos que sustentam o complexo mamilo-areolar. Ainda um outro exemplo:

Para tratar a dobra nasolabial (NLF) é importante identificar suas variações anatômicas. Em adição aos variados graus de severidade da NLF, há duas configurações anatômicas distintas e separadas: (1) Linhas nasolabiais e (2) dobras

nasolabiais (...) O segundo grupo de pacientes tem realmente uma dobra de pele na área nasolabial. Estudos anatômicos demonstram que a posição da NLF real permanece a mesma com o tempo, mas a migração para baixo de uma parte da bochecha malar sobre a base ancorada da NLF cria o verdadeiro defeito de sobre associado com NLFs profundas. Estudos têm demonstrado que o adelgaçamento do aspecto inferior dessa parte da bochecha malar em conjunção com a descida da pele que a sobrepõe cria a “verdadeira” dobra. (RUBIN, 2004, p. 489)

A idéia de uma lesão associada à causa, um *locus causal*, como já dissemos, é fundadora da racionalidade biomédica. A busca da localização última de uma lesão causal é uma disputa constante na medicina e já foi modificada diversas vezes, segundo Camargo jr. (2003, p.112), que acrescenta: “...para os primeiros anatomopatologistas, as lesões eram teciduais (...), a partir de Virchow a patologia é caracteristicamente celular.” No caso da Medicina da Beleza, a maioria dos estudos aponta para uma lesão anatômica, mas que pode ser decorrente de uma predisposição genética, de alterações celulares ou de influências do meio ambiente.

Uma outra característica da biomedicina que surge na Medicina da Beleza são as classificações e categorizações diagnósticas para as variações indesejadas. A organização dessas variações em diferentes gradações é o que FOUCAULT (2003, p.15) denominou de espacialização primária e pode ser encontrada neste e em outros exemplos: “Nós propusemos uma classificação da ptose pós-parto em 4 grupos e descrevemos o tratamento cirúrgico apropriado para cada categoria de ptose.” (VELASCO, ARIZTI e TOCA, 2004, p.199)

Além de um quadro classificatório para as anomalias, um outro ponto importante que caracteriza a biomedicina e pode ser encontrado na Medicina da Beleza é a criação de uma nosologia, que além de definir uma determinada variação, faz com que ela passe a existir, ou como diz FOUCAULT (2003, p.135) “libera uma verdade constante”. Alguns exemplos são: “hipoplasia dos glúteos”, “ptose mamária”, “defeitos de contorno”, “dobras parolabiais”, “linhas faciais”, “assimetria mamária”, “deficiências do contorno corporal”, “depósito excessivo de gordura”. É a associação entre o discurso e olhar apontada por FOUCAULT (2003, p.129) e que materializam essa entidade chamada doença.

Nesse capítulo apresentamos a racionalidade biomédica, sua origem e principais características, e confrontamos com excertos de artigos da Medicina

da Beleza. Percebe-se que o olhar anátomo-clínico está presente nesses textos a despeito da dificuldade de se enquadrar um tema como o da aparência física em uma teoria das doenças. Em contraposição a uma patologia, a racionalidade biomédica necessita de uma normalidade biológica, são referências duais que caracterizam a construção do conhecimento na medicina. No caso da beleza física, veremos como surge uma norma biológica.

NORMAS BIOLÓGICAS DA BELEZA

A definição de normas biológicas que permitam a classificação das variações físicas e o planejamento de intervenções estéticas é objeto de vários estudos na Medicina da Beleza, que procuram através da antropometria definir um padrão de normalidade. Assim como se lança mão de uma curva-padrão para definir uma estatura ou um peso normais, a Medicina da Beleza procura as medidas que definam um padrão de beleza, como no exemplo a seguir:

Nenhum artigo é encontrado na literatura médica descrevendo os detalhes anatômicos que tornam os glúteos bonitos, nem os defeitos nessa região que podem ajudar o cirurgião a decidir se próteses glúteas são necessárias ou não (...) Os autores estudaram 1320 fotografias de mulheres nuas e mediram 132 pacientes femininas de 16 a 62 anos (...) Com base nas informações obtidas, os defeitos da região glútea foram classificados em 5 tipos, resultando em recomendações cirúrgicas pretendidas para alcançar glúteos o mais próximo possível do padrão de beleza, com o volume certo e projeção (...) O cirurgião deve estar familiarizado com os “sinais” de beleza e um esforço pode ser feito para recriá-los. (CUENCA-GUERRA e QUEZADA, 2004, p.340)

No estudo acima, vê-se a preocupação dos autores da Medicina da Beleza em definir um padrão de beleza para guiar a prática terapêutica. RYLE² (apud CANGUILHEM 1982, p.243) já considerava que o conceito de normal devesse ser bem compreendido para a “...definição do patológico e a definição de níveis funcionais a serem visados num tratamento.” No exemplo abaixo, o objetivo é analisar que fatores, como idade e ganho de peso, influenciam as mudanças na forma dos glúteos em quatro fases da vida da mulher:

² RYLE, J. A. **The Meaning of Normal, in Concepts of Medicine**: a collection on aspects of medicine, Oxford, Londres, Pergamon Press, 1961.

O atual estudo objetiva documentar as mudanças ocorridas na região glútea através de quatro grandes períodos: o pré-puberal, o pós-puberal, o da menopausa e o da pós-menopausa (...) todas as medidas foram realizadas pelo mesmo investigador (B.B) em 132 mulheres de 5 a 83 anos selecionadas randomicamente... (BABUCCU et al. 2004, p. 405).

Assim como nesse exemplo, há vários outros estudos que realizam diversas medidas de pontos anatômicos em pessoas de idades diferentes para compreender que estruturas são alteradas com o passar dos anos e a que estão relacionadas, com o objetivo de catalogar dados para uma norma biológica. No artigo abaixo, demonstra-se a importância de se definir o normal para permitir a intervenção:

É uma realidade que a anatomia normal do complexo nasolabial com suas dobras e linhas suaves é básico da beleza da face e não deve ser removido completamente ou distorcido. Em vez disso, um esforço para normalizar a anatomia deve ser o padrão ouro de qualquer planejamento cirúrgico. (SEN, CEK e REIS, 2004, p.308)

A que se refere o autor quando fala em normalizar a anatomia se é esperado que as pessoas envelheçam e adquiram rugas, linhas e dobras faciais? Segundo CANGUILHEM (1982, p.236), o conceito de normal em biologia se define objetivamente pela frequência do caráter assim qualificado; a Medicina da Beleza ao intervir em uma variação esperada para aquela idade não está normalizando, muito pelo contrário. Seguindo a lógica dual da racionalidade biomédica entre normalidade e patologia, é a confissão do autor, nesse exemplo, de uma patologização da beleza, ou seja, se é preciso normalizar aquela anatomia é porque ela se apresenta naquele momento como anormal ou patológica.

A possibilidade de uma normalização através da Medicina da Beleza pode ser entendida ainda em um outro sentido, a de que as intervenções estéticas criam normas de beleza. A imagem do corpo modificado pela Medicina da Beleza ascende à condição de normal, na medida que é a que mais habita os meios de comunicação, são os corpos mais frequentemente vistos e expostos. Como afirma BORDO (1993, p.26), há uma nova norma "...atingível apenas através de cirurgias cosméticas contínuas – na qual a superfície do

corpo da mulher deixa de envelhecer fisicamente à medida que o corpo envelhece cronologicamente."

A maioria dos artigos da Medicina da Beleza propõe alguma intervenção cirúrgica, o que implica a definição de um objetivo para a modificação, que certamente está ancorado em algum padrão de beleza. Esse padrão, no entanto, raramente está explícito, ou os autores focam um determinado tema, como o aumento de mamas, e propõem uma intervenção específica, como o implante de silicones, sem explicitar o porquê da escolha; ou se referem a uma beleza abstrata, com termos como harmonia e proporcionalidade, como no exemplo abaixo:

O modelamento cirúrgico do corpo deve ser planejado em conformidade com parâmetros antropométricos. Antes de começar o trabalho, o cirurgião, como um escultor, deve desenhar planos de acordo com os princípios da beleza. Remover e adicionar, os dois teoremas fundamentais que inspiram a arte figurativa e a cirurgia plástica estética, combinam-se em uma ação cujo objetivo é recuperar as proporções corporais. (FRUSCELLA, 2004, p. 44)

Mesmo sem um padrão de beleza explicitado, a idéia é recuperar, normalizar, corrigir ou tratar, termos presentes em quase todos os artigos da Medicina da Beleza e que demonstram um paradoxo já apontado por CANGUILHEM (1982) e característico da biomedicina que é o da tentativa de reversibilidade dos processos, de se voltar ao que era antes. Para Canguilhem (1982, p.188), no entanto, não há reversibilidade na cura, ou no caso da Medicina da Beleza, não há uma volta à juventude e, sim, novas normas de vida.

Além dos estudos antropométricos, que objetivam definir padrões de beleza e também de fealdade, há estudos cuja intenção é encontrar uma norma natural da beleza, ou seja, "...estabelece a beleza física como um mecanismo adaptativo para a promoção e avanço evolucionário das nossas espécies." (DAYAN, CLARK e HO, 2004, p.301). Ou como sugere ETCOFF (1999, p.16): "...a busca apaixonada da beleza reflete a ação de um instinto básico." Afirmação semelhante é encontrada nesse estudo:

Parece que determinadas características faciais como simetria, juventude, e *averageness* são universalmente aceitas como favoráveis. Biólogos evolucionários argumentam que determinadas características faciais são sinais físicos que indicam saúde e adaptação, que leva a uma vantagem seletiva para encontrar parceiros e na propagação da espécie. Indivíduos com essas características (...) provavelmente manejam as forças da seleção natural mais favoravelmente. Biólogos evolucionários também apontam modelos animais para demonstrar que simetria e características medianas são comumente encontradas nas espécies melhor adaptadas. (DAYAN, CLARK e HO, 2004, p. 304)

Não são muitos os estudos da Medicina da Beleza em que se encontra uma explicação do que seria uma norma biológica da beleza, na maioria dos casos, como nos exemplos anteriores, os autores geralmente pesquisam medidas de partes do corpo ideal sem explicitar o porquê da escolha. No exemplo acima, trata-se de justificar uma Medicina da Beleza a partir de uma necessidade essencial ou natural, a de que há características nos seres humanos que são valorizadas em todas as culturas e que seriam uma herança da luta pela sobrevivência e pela reprodução. Normas sociais de beleza, ou seja, a influência ou a determinação da cultura na valorização da aparência física, raramente são abordadas nos artigos da Medicina da Beleza, o que é uma outra característica da biomedicina.

NORMAS SOCIAIS DA BELEZA

A Medicina da Beleza ao tentar estabelecer normas biológicas ou naturais de beleza diminui ou nega a importância da cultura na formação de padrões estéticos, até porque a assunção de que o corpo ideal seja produto de uma norma social poderia implicar uma ação social e não uma cirurgia plástica. Definir padrões de beleza física e dar a eles o estatuto de natural é eternizar o que para ECO (2004, p.14) "... jamais foi algo de absoluto e imutável, mas assumiu faces diversas segundo o período histórico e o país."

Da mesma forma, a concepção que se tem do corpo, o valor que se lhe atribui, como ele surge e dança na coletividade varia de acordo com a cultura e a época. Para BRETON (2003), no imaginário ocidental, continua presente o modelo do corpo como máquina, um invólucro precário e falível que aprisiona a essência do homem, o *cogito*. A transposição do corpo à condição de acessório

da pessoa, como um cartão de visitas, permite que ele seja "...submetido a um *design* [grifo do autor] às vezes radical que nada deixa inculto (*body building*, marca corporal, cirurgia estética, transexualismo, etc.). Colocado como representante de si, cepo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidenciação de uma estética da presença." (BRETON, 2003, p.22)

Como já afirmamos, nos artigos analisados não há referências a uma determinação social na concepção do corpo, parecem partir do princípio de que não há uma norma social da beleza e de que a demanda pela intervenção estética acontece por um desejo natural. Da mesma forma, alguns artigos trazem os resultados de satisfação ou de benefícios daqueles que se submeteram às intervenções sem levar em conta essas normas, como se os resultados não dependessem de uma necessidade previamente criada, muitas vezes pela própria tecnicização. Como demonstra um estudo:

As primeiras impressões estão muito baseadas nas características faciais e a psicologia tem nos ensinado que um indivíduo mais atraente tem mais chance de receber um melhor julgamento e tratamento. Nós apresentamos evidências que aqueles que se submetem à cirurgia plástica facial melhoram sua primeira impressão com base somente na sua aparência fotográfica. (DAYAN, CLARK e HO, 2004, p.306)

Abordar que fatores influenciam ou determinam a construção de normas ou padrões sociais seria amplo demais para o que se pretende neste trabalho, que se restringe a demonstrar a ausência desse tema nos artigos da Medicina da Beleza e, ainda, uma outra hipótese que é a da criação de certos padrões de beleza por essa medicina a partir das técnicas que desenvolvem e que permitem desenhos corporais inéditos. A tecnicização da beleza, ou seja, a criação de novas possibilidades estéticas pela instrumentalização do ser humano pode impor novas normas. A colocação de implantes mamários, por exemplo, é uma técnica recente, de aproximadamente 50 anos, mas com o desenvolvimento da técnica amplia-se e molda-se a necessidade conforme essas novas possibilidades, como argumenta JACOBSON (1998, p.1255): "...a necessidade foi construída conforme cirurgiões plásticos medicalizaram o tamanho e a forma das mamas."

Abaixo um outro exemplo que suscita o debate entre normas biológicas e sociais e, ainda, a questão da cirurgia estética étnica:

Muitos pacientes que se apresentam para rinoplastia requerem mudanças que os aproximam das normas percebidas nos seus grupos étnicos particulares. Para pacientes descendentes de afro-americanos e hispânicos, isso geralmente significa rinoplastia com aumento. Pacientes usam figuras da mídia e ídolos da cultura popular como referência para seus ideais, influenciando dramaticamente seus desejos e suas concepções estéticas. (STRAUCH, ERHARD e BAUM, 2004, p.325)

Nesse estudo, ao mesmo tempo em que o autor faz uma referência a padrões sociais, que são gerados na mídia ou na cultura popular, reafirma que eles se referem a normas percebidas em grupos étnicos, a características físicas peculiares de cada grupo. Além da ênfase na norma biológica, uma outra característica da Medicina da Beleza que surge nesse estudo e que denuncia, de certa forma, a influência de uma norma social são as cirurgias que mexem com características étnicas. GILMAN (1999) demonstra como a cirurgia estética vem sendo utilizada há mais de 100 anos em uma espécie de eugenia liberal e destaca as cirurgias de modificação do nariz sífilítico, do nariz judeu e do nariz do negro. No trecho da Cirurgia Plástica Estética selecionado acima, apesar de o autor enfatizar que “...o procedimento deve se dirigir às preocupações específicas do paciente, permitindo a preservação de características que mantenham a etnia do paciente em vez de produzir um nariz com aparência mais ‘Caucasiana’...”, as modificações propostas pelo cirurgião aproximam o nariz do negro, que se caracteriza por “...mostrar um *dorsum* chato e largo; pobre projeção da extremidade; e bases alares amplas” do nariz caucasiano (STRAUCH, ERHARD e BAUM, 2004, p.328-29). Exemplos semelhantes são encontrados em artigos que se referem a pacientes asiáticos, que se submetem a cirurgias para modificar as pálpebras e aproximá-las do padrão ocidental. São exemplos que claramente rompem com a hipótese de uma norma biológica porque são modificações realizadas pela Medicina da Beleza que afastam as pessoas das características mais freqüentes em seu próprio grupo étnico.

Convém discutir agora como uma norma da beleza chega até as pessoas, de que forma surge nos artigos uma explicação sobre a demanda por essas intervenções? Tema que passa pelo encontro ou pela distância entre um padrão

de beleza corporal e a experiência pessoal do próprio corpo, que gera mal-estar, timidez, vergonha ou a piora na auto-estima que "...são tanto mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros." (BOURDIEU, 2002, p.81)

MOTIVAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO DA BELEZA

Nos artigos da Medicina da Beleza ou em outros estudos sobre o tema é comum encontrar na melhora da auto-estima a motivação para se submeter a uma cirurgia plástica estética. Não há nos artigos explicação sobre o significado da auto-estima, mas depreende-se que seja um bem-estar, uma felicidade, uma avaliação mais positiva de si mesmo. São todas sensações subjetivas, do campo do *psi*, o que faz com que a Medicina da Beleza considere como resultado de sua intervenção uma reparação psicológica. Esse mote levou a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBCP) a modificar a antiga denominação (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora), que separava a Cirurgia Plástica nas subespecialidades, Estética e Reparadora, e adotasse apenas o nome atual. Numa consideração de que as duas áreas lidam igualmente com reparações, sejam físicas e/ou psicológicas, como demonstra GONÇALVES (2001, p.78):

Na clínica particular, os médicos podem levar em conta também a reparação psicológica do paciente, podendo colocar em prática aquele conceito de cirurgia plástica mais abrangente, em que toda cirurgia estética é reparadora, pois repara "problemas psíquicos" (traumas, inibições, complexos) e não apenas aqueles fisiológicos.

Da mesma forma, no exemplo abaixo, no editorial de umas das edições da *Aesthetic Plastic Surgery*, o autor fala da legitimação da especialidade frente a médicos de outras áreas graças a um benefício psicológico advindo das cirurgias plásticas estéticas:

Cirurgiões plásticos não necessitam mais discutir atualmente os benefícios da cirurgia estética com paciente ou colegas de outras áreas como fizeram nossos professores.

(...) Apesar da cirurgia da aparência (não-reconstrutiva, não-restaurativa) melhorar a qualidade de vida, raramente salva vidas. Não é tão necessária para a sobrevivência física quanto para o melhoramento psicológico. (GOLDWYN, 2004, p.357)

A associação entre satisfação dos pacientes após a cirurgia estética e legitimação da prática dessa especialidade é encontrada em vários artigos, como atesta um cirurgião em mais este exemplo: “Considerando o alto nível de satisfação demonstrado por pacientes, a gluteoplastia de aumento com implantes de silicone provou ser uma cirurgia válida.” (GONZALES, 2004, p.425) Esse é mais um passo no processo de adaptação do tema da aparência física à racionalidade biomédica, um discurso médico sobre a demanda que seja aceito pelos pares e que por isso deve estar estruturado em torno da idéia de saúde-doença. As pessoas que fazem uma cirurgia plástica estética estão sofrendo psicologicamente porque têm algum “defeito” no corpo e após a intervenção estão “curadas” desse mal-estar.

A Medicina da Beleza não apresenta, nos artigos estudados, uma explicação sobre a origem dessa baixa auto-estima, desse mal-estar relacionado a uma aparência física. Há, como vimos nos capítulos anteriores, tentativas de explicação sobre os “defeitos” da aparência física, mas não sobre a gênese desse sofrimento psíquico. Mas o que afinal motiva as pessoas a procurarem uma correção estética, aumentar as mamas, retirar dobras, rugas, mudar o nariz?

Se a Cirurgia Plástica Estética considera a busca pela beleza como um instinto básico (como vimos em alguns artigos), pode-se depreender que o sofrimento psíquico decorrente de uma aparência discordante da “norma biológica” também seja natural. Todos sofreremos, em algum grau, com o envelhecimento, com as assimetrias, com o escurecimento da pele que ocorrem com o passar dos anos. Quando se levam em conta normas sociais que influenciam ou determinam padrões de beleza, é a experimentação da diferença entre um ideal de beleza e a imagem do próprio corpo que pode estar na gênese de uma baixa auto-estima, de um mal-estar, em suma, desse sofrimento psíquico. Como se dá a internalização dessas normas sociais é entender, segundo JACOBSON (1998, p.1255), como se constrói historicamente a necessidade de uma intervenção estética como sendo um desejo individual.

Internalização, para ELIAS (1994, p.153), é “...tornar automático o comportamento socialmente desejável, uma questão de autocontrole, fazendo com que o mesmo pareça à mente do indivíduo resultado de seu livre-arbítrio e ser de interesse de sua própria saúde ou dignidade humana.” Essa internalização das normas vai tornar as práticas disciplinares (e a biomedicina é uma delas) mais eficazes, pois vão parecer próprias do comportamento ou do biológico do indivíduo. No caso das normas médicas, FOUCAULT (1998, p.44) demonstra como a internalização acontece e como ela mesma acaba corroborando, depois, o próprio ato médico:

Ela implica uma aproximação física e um jogo de sensações intensas, de que a medicalização (...) é ao mesmo tempo efeito e instrumento. Engajadas no corpo, transformadas em caráter profundo dos indivíduos (...) sobrepõem-se à tecnologia da saúde e do patológico. E, inversamente, a partir do momento em que passa a ser “coisa” médica ou medicalizável, como lesão, disfunção ou sintoma, é que vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento.

Especificamente em relação a Normas de beleza, COSTA (2004, p.78-79) demonstra como a imagem corporal substituiu os sentimentos, na passagem de uma Moral dos Sentimentos para uma Moral das Sensações. O sofrimento psíquico não decorre tanto mais das fraquezas de espírito ou de caráter quanto dos defeitos da aparência corporal, ele diz:

Hoje, é na “exterioridade” do corpo, no semblante da esfera corporal egóica, que o abjeto e o refratário ameaçam irromper. É neste novo lugar, o lugar das rugas; manchas; estrias; flacidez; barrigas; obesidade; textura indesejável da pele, tensão muscular; conformação óssea viciosa; “pneus”; pelos e cabelos a mais ou a menos etc., que o abjeto e o recalcitrante são exaustiva e implacavelmente vigiados, esquadrihados e temidos de maneira fóbica, obsessiva, histérica ou persecutória.

Nesse sentido, convém perguntar, que papel exerce uma Medicina da Beleza em um tempo em que a imagem corporal é tão valorizada senão reforçar o significado da aparência? Não traz ainda mais à superfície as dobras, as rugas, as peles, as gorduras e, conseqüentemente, a vergonha, o sofrimento e a tristeza? Mas essa discussão não está presente nos artigos estudados, como se não existisse. Quando se indaga à Medicina da Beleza a que se deve a

sensação de maior autoconfiança daqueles que se submeteram a uma cirurgia plástica estética, só há duas respostas possíveis: “É uma autoconfiança revitalizada e aumentada por si mesma, ou é porque os outros percebem os pacientes pós-cirúrgicos como melhores porque eles estão agora fisicamente mais atrativos?” (DAYAN, CLARK e HO, 2004, p.301)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno que estudamos aqui e sobre o qual sugerimos uma apropriação médica é o da aparência física – que tem tido uma importância crescente para a sociedade e para o meio médico. A Cirurgia Plástica Estética prestou-se nesse trabalho a ser mais um exemplo do processo de medicalização, que possui muitas definições e teorias, mas que aqui surge como a assimilação do tema da aparência física pela racionalidade biomédica. Nesse sentido, a observação da forma como a Medicina da Beleza aprecia o seu objeto aponta para uma medicalização da aparência.

A despeito da afirmação da ASPS (*THE AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS*, 2005) de que a cirurgia plástica estética é utilizada para dar uma nova forma a estruturas normais do corpo, o que se percebe no discurso de duas das principais revistas internacionais da área é uma abordagem que coloca as variações relacionadas à aparência física em termos de normalidade e patologia.

Nos artigos da Cirurgia Plástica Estética, determinadas variações relacionadas à aparência física ganham visibilidade, surgem diante do olhar clínico que rastreia temporalmente todo o seu desenvolvimento biológico – causa, características, evolução. Ao mesmo tempo em que os autores se aprofundam no corpo físico, em busca das menores estruturas responsáveis por cada alteração, não existe uma interrogação sobre o modo como essas variações transformaram-se em anomalias, nem sobre o processo histórico que possibilitou sua construção. Quando certas alterações físicas relacionadas ao envelhecimento ou em desacordo com as normas sociais de beleza vigentes são categorizadas como nocivas, abre-se espaço para uma pesquisa das causas, das lesões e das lesões que causam, processo que, para

CANGUILHEM (1982, p.105-106), representa a patologização de uma anomalia; no caso da aparência física, significa a patologização de uma dessas diferenças que nos caracteriza em relação aos outros.

Além do aprofundamento biológico que merecem esses desvios físicos que se tornaram visíveis, para fins de diagnóstico e de tratamento, há no discurso da Cirurgia Plástica Estética uma tentativa de formulação teórica sobre normas biológicas. Medidas, distâncias, ângulos, curvaturas e saliências ideais que definam padrões de beleza ancorados em estudos anatômicos simplesmente ou em pesquisas de opinião pública sobre aparência física, mas que também se refeririam a padrões biológicos de beleza que são aceitos por serem naturais, a-históricos, efeitos da evolução humana, isto é, que não são socialmente determinados. O enfoque no determinismo biológico permite à Medicina da Beleza discursar sobre padrões de beleza sem confrontar a sua própria prática, como se fosse mais uma técnica de restauração do normal e não de criação de novas normas.

A utilização da melhora da auto-estima como legitimadora dessa prática médica segue a mesma lógica, não se explica como as pessoas passam a se sentir infelizes com o próprio corpo, mas a cirurgia plástica estética restaura a auto-estima, traz de volta a pessoa à normalidade psíquica a partir de sua intervenção. Dessa maneira, a Medicina da Beleza é legitimada pelos próprios pares porque o seu discurso se estrutura na lógica do processo saúde-doença ou da normalidade-patologia. A noção de integralidade em saúde, que envolve o bem-estar físico, psíquico e social, facilita a aceitação de uma prática que notadamente faz as pessoas se sentirem melhores logo após a sua intervenção. O que a Cirurgia Plástica Estética não demonstra nos artigos estudados é que há um movimento anterior à intervenção e à melhora da auto-estima, que é a piora da auto-estima e que a sua prática certamente tem relação com isso, na medida que os novos recortes corporais definem novas normas, que criam essa demanda pela cirurgia estética.

Essas observações não são importantes apenas para uma Medicina da Beleza, mas para a medicina como um todo, porque servem como demonstração da maneira como novos temas, mesmo os mais improváveis, são incorporados pela estrutura da biomedicina. Como tentamos demonstrar neste

estudo não é possível limitar a crítica à Medicina da Beleza a um exemplo mais dentre as estratégias liberais do “comercialismo” - do “faz quem quer” ou da “liberdade de opções” -, mas é preciso questionar as conseqüências da absorção do tema da beleza pelo discurso médico e de sua lógica estruturada em termos de saúde e doença ou de melhor adaptação biológica. Nesse caso, os efeitos parecem ainda piores.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic and Reconstructive Procedure Trends 2000-2003**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004a.

_____. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic Surgery Trends 1992, 1998, 2002, 2003**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004b.

_____. National Plastic Surgery Statistics. **Cosmetic Surgery Age (18 or younger)**. Disponível em: <<http://www.plasticsurgery.org>>. Acesso em: 20 jul. 2004c.

_____. **What is the difference between cosmetic and reconstructive surgery?** Disponível em www.plasticsurgery.org/FAQ-What-is-the-difference-between-cosmetic-and-reconstructive-surgery.cfm>. Acesso em 15.05.2005.

BARDIN, Lourence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BORDO, Susan. **Unbearable Weight: Feminism, western culture and the body**. Berkeley: University Of California Press, 1993. 366 p.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 2. ed. Rio De Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p. Tradução de Maria Helena Kühner.

BRETON, David Le. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Campinas: Papirus, 2003. 242 p.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina, Saber & Ciência: Uma abordagem crítica**. São Paulo SP: HUCITEC, 2003. 195 p.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 2. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 1982. 274 p.

COSTA, Jurandir Freire. **O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo.** Rio De Janeiro RJ: Garamond Ltda, 2004. 244 p.

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

ECO, Umberto. (Org.). **História da Beleza.** Rio De Janeiro: Record, 2004. 440 p. Tradução de Eliana Aguiar.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador: uma história dos costumes.** Rio De Janeiro: Jorge Zahar, 1994. (Vol. 1).

ETCOFF, Nancy. **A Lei do Mais Belo: A Ciência da Beleza.** Rio De Janeiro: Objetiva, 1999. 374 p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** 5. ed. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p. Tradução de Roberto Machado.

GILLESPIE R. **Women, the Body and Brand Extension in Medicine: Cosmetic Surgery and the Paradox of Choice.** *Women & Health*, New York, vol. 24, n. 4, 1996, p. 69-85.

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

GONÇALVES, Isabela Lopes. **Cortes e Costuras: Um Estudo Antropológico da Cirurgia Plástica no Rio de Janeiro.** 2001. 142 f. Dissertação (de Mestrado) - Antropologia Social, UFRJ, Rio De Janeiro, 2001.

JACOBSON, Nora. **The socially constructed breast: breast implants and the medical construction of need.** *American Journal of Public Health*, Washington, v. 88, n. 8, p.1254-1261, ago. 1988. Mensal.

LOWENBERG, June S.; DAVIS, Fred. **Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health.** *Sociology of Health & Illness*, Oxford, GB, v. 16, n. 5, p.579-599, nov. 1994. Bimestral. Disponível

em: <<http://www.blackwell-synergy.com/toc/shil/16/5>>. Acesso em: 15 mar. 2005.

LUZ, Madel T. **Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio De Janeiro: Campus, 1988.

_____. **Racionalidades médicas e terapêuticas.** (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº62), Rio de Janeiro, Gráfica da UERJ, 1993, 32p.

ROHDEN, Fabíola. **UMA Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio De Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 224 p.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (Org.). **Políticas do Corpo: Elementos para uma história das práticas corporais.** São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 194 p.

SILVA, Ana Marcia. **Corpo, Ciência e Mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade.** Florianópolis: UFSC, 2001. 146 p.

SULLIVAN, Deborah A.. **Cosmetic Surgery: The cutting edge of commercial medicine in America.** New Jersey, USA: Rutgers University Press, 2001. 235 p.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres.** Rio De Janeiro: Rocco, 1992. Tradução de Waldéa Barcellos.

APÊNDICE

ARTIGOS CITADOS NO ESTUDO

BABUCCU, Orhan et al. **Morphology of the Gluteal Region in the Female Population 5 to 83 Years of Age**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 6, p.405-411, dez. 2004. Bimestral.

BILGILI, Yasemin et al. **Quantitative Analysis of Liposuction with B Mode Ultrasound**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 5, p.226-227, out. 2004. Bimestral.

CORMENZANA, Pedro; SAMPRÓN, Nicolás M. **Circumferential Approach to Contouring of the Trunk**. Aesthetic Surgery Journal, Los Alamitos, California, v. 24, n. 1, p.13-23, Jan. 2004. Bimestral.

CUENCA-GUERRA, Ramon; QUEZADA, Jorge. **What Makes Buttocks Beautiful? A Review and Classification of the Determinants of Gluteal Beauty and the Surgical Techniques to Achieve Them**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 5, p.340-347, out. 2004. Bimestral.

DAYAN, Steven; CLARK, Kirk; HO, Allan A.. **Altering First Impressions After Facial Plastic Surgery**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 5, p.301-306, out. 2004. Bimestral.

FRUSCELLA, Pasquale. **Morphodynamics and Surgical Correction of the Body's Creases, Folds and Wrinkles**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 1, p.37-44, jan. 2004. Bimestral.

GOLDWYN, Robert M.. **Who Can Have Aesthetic Surgery?** Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 6, p.357-358, dez. 2004. Bimestral.

GONZALES, Raul. **Augmentation Gluteoplasty: The XYZ Method**. Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 6, p.417-425, dez. 2004. Bimestral.

MAIO, Mauricio de. **The Minimal Approach: An Innovation in Facial Cosmetic Procedures.** Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 5, p.295-300, out. 2004. Bimestral.

RUBIN, Mark G.. **Treatment of Nasolabial Folds with Fillers.** Aesthetic Surgery Journal, Los Alamitos, California, v. 24, n. 5, p.489-493, set. 2004. Bimestral.

SEN, Cenk; CEK, Deniz I.; REIS, Mehmet. **Direct Skin Excision Fat Reshaping and Repositioning for Correction of Prominent Nasolabial Fold.** Aesthetic Plastic Surgery, New York, v. 28, n. 5, p.307-311, out. 2004.

STRAUCH, Berisch; ERHARD, Heather A.; BAUM, Thomas. **Use of Irradiated Cartilage in Rhinoplasty of the Non-Caucasian Nose.** Aesthetic Surgery Journal, Los Alamitos, California, v. 24, n. 4, p.324-330, jul. 2004. Bimestral.

VELASCO, Manoel Garcia; ARIZTI, Pablo; TOCA, Rodrigo Garcia. **Surgical Correction of the "Small" Postpartum Ptotic Breast.** Aesthetic Surgery Journal, Los Alamitos, California, v. 24, n. 3, p.199-205, maio 2004. Bimestral.

ABSTRACT

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

THE MEDICALIZATION OF THE BEAUTY

The concern with the body image, and the medical interventions related to the physical beauty have been increasing a lot in the last years. The purpose of that study is to investigate how the medicine has been approaching the theme of beauty. An analysis of the discourse of the periodicals *Aesthetic Surgery Journal* and *Aesthetic Plastic Surgery* was made, using the 2004 editions, with the aim of investigating the rationality that sustains that discourse. Three categories were prioritized for this study: how the aesthetic plastic surgery sees that study object and intervention; how it refers to beauty patterns; and how it understands the demand of the population for aesthetic corrections. The discourse found in those articles is similar to the characteristics of the biomedical rationality, which is structured around a theory of the diseases and of a dual construction between normal and pathological, with emphasis in the biology. In the articles, the beauty patterns that guide the therapeutic practices are anchored in biological norms that have been defined through several anthropometric measures, which refer to abstract concepts of beauty, as harmony, proportionality and symmetry. In the discourse, there are no references to patterns or social norms of beauty; the motivation of the population for the aesthetic interventions appears due to a low self-esteem in relation to the aging process or the some disconformity of the body. In the meaning used for medicalization in this study, it was concluded that there is an appropriation of variations or anomalies of the physical appearance by a biomedical rationality, what allows the discourse on the theme in terms of health and disease, normal and pathological.

Key-word: medicalization, physical appearance, aesthetic plastic surgery, beauty.