

CIRURGIA ESTÉTICA: CORPOS FEITOS SOB MEDIDA? TENSÕES ENTRE A AUTONOMIA DO ESPECIALISTA E AS EXPECTATIVAS DO PACIENTE NA CIRURGIA PLÁSTICA ARGENTINA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

*CIRUGÍA ESTÉTICA: ¿CUERPOS A MEDIDA?
TENSIONES ENTRE AUTONOMÍA EXPERTA
Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN
LA CIRUGÍA PLÁSTICA ARGENTINA DE
LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX*

*AESTHETIC SURGERY: CUSTOM-MADE
BODIES? TENSIONS BETWEEN EXPERT
AUTONOMY AND PATIENT EXPECTATIONS
IN ARGENTINE PLASTIC SURGERY IN THE
FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY*

*Molina JOAQUIN**

RESUMO: Os cirurgiões cosméticos lidam com pacientes que têm expectativas estéticas e que podem avaliar o resultado da operação em um piscar de olhos. Com base nessa premissa, este artigo tem como objetivo analisar uma série de publicações médicas argentinas sobre rinoplastia da primeira metade do século XX, a fim de identificar as práticas, os dispositivos e as rotinas elaboradas por esses profissionais para gerenciar as expectativas dos candidatos à operação. O artigo está organizado em quatro partes, que abrangem diferentes instâncias da interação médico-paciente: o exame diagnóstico e a indicação cirúrgica; a avaliação psicológica dos pacientes; a “verdade” e a “mentira” nas consultas pré-cirúrgicas; e o lugar da fotografia médica no diagnóstico, na projeção e na avaliação dos resultados. O artigo emprega uma

* Doutor em Sociologia. UNSAM-Universidade Nacional de San Martín. Buenos Aires - Argentina / EHESS-École des Hautes Études en Sciences Sociales. Paris - França Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5416-8210> . Contato: joaquin_molina86@hotmail.com.

abordagem original ao tratar de um objeto de estudo que tem sido pouco explorado em uma perspectiva histórica.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia cosmética. Argentina. Primeira metade do século XX. Relação médico-paciente.

Introdução

Em *Anecdotario de un cirujano plástico*¹ (1972), o médico argentino Ernesto Malbec relembra diversas situações dramáticas e cômicas que surgiram ao longo de sua carreira em cirurgia plástica. Em uma dessas breves narrativas, ele relata que estava na sala de cirurgia prestes a iniciar uma rinoplastia (cirurgia de nariz) em uma mulher de 20 anos quando um enfermeiro se aproximou para informá-lo de que o pai da paciente precisava dele com urgência. Acreditando que se tratava de um assunto sério, foi ao seu encontro. No entanto, diante do olhar atônito de Malbec, o homem pegou quatro fotografias que havia escolhido de diferentes revistas e perguntou qual dos quatro modelos de nariz era o melhor para fazer em sua filha. Imediatamente, e sem esperar por uma resposta, apressou-se em explicar seu pedido: “Acho que é este. É, pelo menos, o que eu mais gosto. Então, peço-lhe, por favor, que faça um nariz exatamente igual para minha filha.” Como corolário dessa história, Malbec conclui com a seguinte reflexão: “O homem talvez presumisse que os narizes fossem feitos como soldadinhos de chumbo, moldados e feitos sob encomenda” (Malbec, 1972, p. 137-138).

Aparentemente cômica e inconsequente, a história revela as tensões enfrentadas pelos cirurgiões plásticos. Eles precisam lidar com pacientes que têm uma definição predefinida de seu problema, expectativas sobre a mudança que desejam e a capacidade de avaliar o resultado da intervenção rapidamente. Neste artigo, proponho analisar publicações médicas argentinas sobre cirurgia plástica da primeira metade do século XX com o objetivo de identificar as práticas, os dispositivos e as rotinas idealizadas por esses profissionais para atender ao desejo de mudança estética entre os candidatos à cirurgia. Concentro-me na literatura da primeira metade do século passado, pois foi durante esse período que a especialidade surgiu e se institucionalizou na Argentina. Vale ressaltar também que o corpus empírico analisado se concentra na rinoplastia, por ser o procedimento mais realizado durante o período mencionado.

O artigo está organizado em quatro partes, cada uma das quais descreve diferentes instâncias de interação médico-paciente em cirurgia plástica. A primeira seção analisa as práticas de exame, diagnóstico e indicação cirúrgica presentes na

¹ Anedotas de um cirurgião plástico

literatura médica da primeira metade do século XX. Como veremos, longe de aspirar a corpos produzidos em massa, o material examinado revela a importância do exame caso a caso e da realização de correções locais que se harmonizem com as demais características do paciente. A segunda seção aborda o processo de categorização e seleção “psicológica” de candidatos, materializado em uma série de advertências e recomendações que auxiliam os cirurgiões plásticos a distinguir “bons” de “maus” candidatos à cirurgia plástica. A terceira seção examina práticas que visam modular as expectativas dos submetidos à cirurgia, destacando o papel central da “verdade” e da “mentira” nas consultas pré-cirúrgicas. Para concluir, exploro o papel da fotografia médica no diagnóstico, na triagem e na avaliação de resultados nas interações médico-paciente.

Este artigo propõe uma abordagem original para abordar um objeto de estudo pouco explorado historicamente. Na América Latina, a maioria das publicações sobre essas práticas médicas provém do campo das ciências sociais brasileiras. Com raras exceções, o foco da análise recai sobre o desenvolvimento contemporâneo da tensão entre estética e saúde que esses procedimentos provocam (Antonio, 2008; Edmonds, 2010; Jarrin, 2017; Schmitt; Rohden, 2020). No âmbito internacional, algumas pesquisas das ciências sociais norte-americanas e europeias adotam uma perspectiva de longo prazo, estudando o processo de legitimação da cirurgia estética ao longo do século XX (HAIken, 1997; Gilman, 1998; Guirimand, 2005; Barbot; Cailbault, 2010). Essas publicações destacam os benefícios psicológicos e econômicos que os cirurgiões plásticos buscaram imbuir em suas práticas, conferindo-lhes uma finalidade terapêutica. Embora estas sejam contribuições valiosas, acredito que estes trabalhos analisam publicações médicas como justificativas destinadas a persuadir outros, negligenciando a natureza pedagógica da literatura médica. As páginas seguintes visam preencher essa lacuna, concebendo o corpus empírico como um reservatório de experiência destinado a transmitir procedimentos de exames diagnósticos e sugestões práticas para o manejo das demandas estéticas de candidatos a cirurgia.

O exame diagnóstico do paciente

A cirurgia estética é frequentemente problematizada pelas ciências sociais como uma prática que visa “normalizar” os pacientes, moldando seus corpos de acordo com um cânones de beleza dominante e homogêneo. Nessa perspectiva, a rinoplastia constitui o exemplo histórico por excelência da imposição de um cânones branco e ocidental a narizes racialmente divergentes. Nesse ponto, destaca-se o trabalho de Gilman (1999), historiador cultural americano que cunhou a noção de “passagem cirúrgica”. Isso se refere à maneira como a cirurgia estética (especial-

mente do nariz) constituiu uma estratégia utilizada por minorias étnicas e raciais para se assimilar aos padrões estéticos WASP (*White, Anglo-Saxon, Protestant*²) na sociedade americana no início do século XX. Nesta seção, pretendo mostrar que a literatura médica argentina valida o nariz ocidental e caucasiano como um arquétipo de perfeição, mas que isso não significa que esse padrão seja imposto indiferentemente a todos os indivíduos. Mais especificamente, longe de aspirar à produção em massa de corpos, as publicações analisadas incentivam os cirurgiões a realizar correções nasais que estejam em harmonia com a raça, constituição física e conformação facial geral do paciente.

Para começar a nos aprofundar nesse assunto, é interessante destacar que o exame do defeito nasal envolve diferentes sentidos do perito, condições materiais para sua realização e a disposição do corpo do paciente em diferentes posições. Assim, segundo Carlos Rivas (1946), inicialmente o candidato à cirurgia deve estar sentado de frente para o observador, com a cabeça perpendicular aos ombros e livre de rigidez que impeça a rotação necessária ao estudo de ambos os perfis. Em um segundo momento, o profissional avalia o defeito na posição operatória: o paciente deitado em decúbito dorsal, com um apoio que projete sua cabeça, e que mantenha o queixo e a testa no mesmo plano (Rivas, 1956, p. 55-56).

Cada posição de exame permite ao cirurgião avaliar o setor anatômico do nariz onde a irregularidade se localiza. As irregularidades podem ser decorrentes de excesso, deficiência e/ou assimetria, e podem afetar uma ou mais áreas anatômicas que compõem o apêndice nasal. Da combinação desses aspectos, emerge um diagnóstico, para o qual se utiliza o uso de categorias de especialistas. Os esquemas de classificação variam de um texto para outro e apresentam diferentes níveis de complexidade. Uma das considerações mais óbvias é que a classificação dos defeitos nasais é relativa por natureza; ou seja, é realizada em relação a um modelo ideal (o “nariz normal”). Existem duas fontes principais a partir das quais a literatura sobre cirurgia plástica constrói esse modelo: a arte e a biotipologia. Nesse sentido, não é por acaso que o profissional argentino Juan Andrés Codazzi Aguirre destaca que o cirurgião plástico “deve possuir as qualificações de um cirurgião médico, um biotipologista e um anatomista artístico” (Codazzi Aguirre, 1938, p. 28).

Esse padrão de beleza encontra expressão prática na disseminação de procedimentos que visam medir o apêndice nasal do paciente. Esses procedimentos consistem no estudo dos ângulos do perfil facial, como o ângulo fronto-nasal, o ângulo nasolabial e o ângulo dorso-nasal ou ângulo de perfil estético. Nesse contexto, o nariz ideal é definido geometricamente, tomando como referência os cânones de beleza fornecidos pela arte clássica. Vejamos alguns exemplos. Segundo o cirurgião argentino Palacio Posse, “a Vênus de Milo tem um ângulo de perfil estético de

² Brancos, anglo-saxões, protestantes

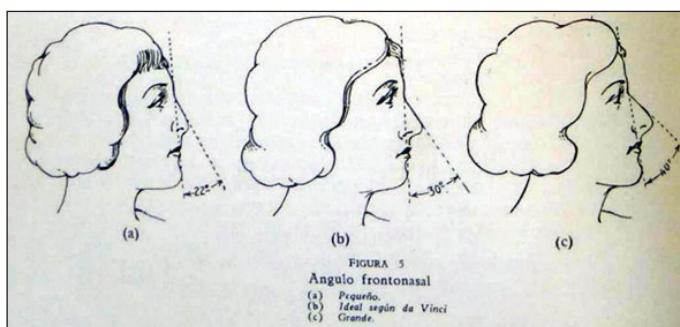
27° ½”, propondo o uso do perfilômetro idealizado pelo médico alemão Jacques Joseph para sua medição (Palacio Posse, 1946, p. 31) (Figura 1). Por sua vez, Viale del Carril afirma que o ângulo fronto-nasal “é considerado, desde Da Vinci, um importante sinal de harmonia fisionômica, sendo sua abertura ideal de 30”. Para demonstrar a relevância desta medida, o cirurgião reproduz uma ilustração (Figura 2) na qual exibe as “grandes modificações nas características do perfil” produzidas por variações de poucos graus (Viale Del Carril, 1935, p. 25).

Figura 1 – Perfilômetro de Jacques Joseph



Fonte: Forero, 1929, p. 29.

Figura 2 – Desvios de ângulo



Fonte: Viale del Carril, 1935, p. 24.

Pelo que vimos até aqui, os cirurgiões plásticos nada mais são do que produtores em massa de corpos ideais. No entanto, em vez de apelar às modas mutáveis da cultura popular, realizam modificações cosméticas baseadas em modelos de beleza supostamente eternos e imutáveis, fornecidos pela arte clássica. A mesma afirmação se aplicaria à biotipologia, cuja simples menção aponta imediatamente para a pre-

dominância de um cânone branco e ocidental como padrão de referência para essas práticas (Vallejo, 2004). No entanto, segundo a literatura médica da primeira metade do século XX, o exame e a modificação de defeitos nasais deveriam ser realizados em “harmonia” com as características raciais, físicas e fisionômicas de cada paciente.

Em relação às características raciais, Juan Andrés Codazzi Aguirre destaca que “A Cirurgia Cosmética, dentro de cada tipo de beleza corporal nas respectivas raças e na medida em que é relativa, corrige e retifica as deformidades” (Codazzi Aguirre, 1938, p. 37). O argentino Ramón Scavuzzo (1939) especifica esse princípio ao apontar que os cânones ou ideais não são ajustáveis a todas as raças e que não é possível aplicar o “cânone branco nórdico” a “um mongol” (Scavuzzo, 1939, p. 145). Por fim, é interessante notar que Lluesma Uranga (1958) contextualiza essa reflexão ao apontar que “aportes por aposição e cruzamentos sucessivos” típicos de “sociedades aluviais” tenderam a borrar características raciais arquetípicas. Por isso, sugere que os cirurgiões “conheçam e considerem a origem étnica, social e racial dos seus ‘casos’ clínicos” para evitar “resultados grotescos ou imprevistos, pois devem visar apenas corrigir e purificar uma personalidade, mas não modificá-la” (Lluesma Uranga, 1958, p. 69).

Assim como a raça, a constituição física e a aparência facial do paciente são aspectos que a literatura médica inclui no contexto do diagnóstico e da indicação cirúrgica da rinoplastia. O conceito mais frequentemente utilizado para explicar essa avaliação morfológica global do paciente é o de “harmonia”, segundo o qual as partes devem corresponder ao todo. Mais precisamente, os defeitos nasais são relativos às características físicas e fisionômicas do paciente e devem ser corrigidos proporcionalmente a esses aspectos. Carlos Rivas (1952) resume esse ponto afirmando que “o conceito de harmonia deve sempre prevalecer” e que o importante não é alcançar um “nariz perfeito”, mas sim “dominar cientificamente cada um dos setores da rinoplastia, para adaptar o novo nariz ao restante da face” (Rivas, 1952, p. 35).

Para corroborar o trecho anterior, retorno a um artigo publicado por Ernesto Malbec, no qual ele apresenta uma série de considerações práticas sobre quando e como um cirurgião plástico deve proceder diante de diferentes tipos de defeitos nasais. Em *Función del sentido estético en las intervenciones plásticas*³ (1940), Malbec começa apontando que os defeitos devem ser considerados primeiro isoladamente e, em seguida, em relação às demais partes da figura. A primeira consideração prática visa avaliar o apêndice nasal em suas diversas partes componentes para estabelecer onde os defeitos estão localizados e, dessa forma, obter um nariz proporcional sem a necessidade de retoques adicionais.

A segunda consideração situa o nariz em relação às demais partes da figura, assumindo preeminência no exame da testa e do queixo para a realização de uma

³ Função do Sentido Estético na Cirurgia Plástica

rinoplastia com resultado harmonioso. Para instruir potenciais leitores sobre esse princípio, Malbec formula uma série de situações hipotéticas, a partir das quais estabelece que, mesmo diante do mesmo defeito, é necessário indicar diferentes tipos de correções. Vejamos, então, alguns dos exemplos que ele propõe. Para começar, “suponhamos que se trata de um nariz longo”. Considerando sua “geometria irregular”, a indicação adequada seria encurtá-lo de acordo com os critérios estabelecidos pela “geometria correta”. No entanto, o defeito e a indicação tornam-se relativos quando a constituição física e a fisionomia do paciente são introduzidas no exame. Assim, enquanto o nariz alongado se enquadra “na anatomia de um indivíduo alto, de contornos leves, [e] rosto alongado”, em pessoas de “baixa estatura, atarracadas [...] [e] rosto redondo” ele assume um caráter “grotesco”.

Suponhamos agora, seguindo o argumento de Malbec, que se trata de um nariz “com uma curvatura muito pronunciada”. Nesse caso, a remoção da giba nasal é o procedimento indicado. No entanto, para determinar até que ponto essa correção deve ser realizada, é essencial incluir a posição da testa e do queixo no exame. Quando estes últimos não são muito proeminentes, o cirurgião pode tentar transformar o nariz de convexo para côncavo. A abordagem terapêutica deve ser mais sutil para pacientes com nariz convexo, mas com testa e queixo que apresentem curvatura semelhante. Segundo Malbec, o tratamento recomendado para esses indivíduos é “reduzir o tamanho do apêndice nasal [...], garantindo que a ponte nasal tenha um formato suavemente arqueado para que coincida e se harmonize com o restante da imagem, que é inteiramente curva”. Caso contrário, corre-se o risco de “criar artificialmente uma nova imperfeição ou anomalia” (Malbec, 1940, p. 163-165).

Com base no exposto até aqui, podemos destacar que a literatura médica argentina da primeira metade do século XX estabeleceu certos padrões de beleza “objetivos”, cuja aplicação prática requer um exame caso a caso para ajustá-los às características raciais, físicas e fisionômicas de cada paciente. No entanto, o tipo de correção estética indicado por essa abordagem ao exame médico não coincide necessariamente com as percepções e o desejo de transformação dos pacientes. Dedico as seções seguintes à identificação das práticas sugeridas na literatura para atender às expectativas dos candidatos à cirurgia.

Avaliação psicológica

A cirurgia estética possui uma característica que a diferencia de outros ramos da cirurgia: a visibilidade do resultado. Esse contraste é eloquentemente resumido pelo cirurgião plástico argentino Julián Fernández nas páginas da *Revista Argentina de Cirugia Plástica*: “...o cirurgião geral trabalha nos bastidores, um lugar escondido de todos os olhares, enquanto o cirurgião plástico trabalha na vitrine, deixando

seu trabalho exposto à vista, ao julgamento, à curiosidade e à crítica de todos, leigos e acadêmicos" (Fernández, 1978, p. 36). A visibilidade dos resultados introduz uma tensão central na prática da especialidade: os cirurgiões plásticos têm critérios especializados para estabelecer o tipo de correção mais adequado à singularidade do caso, mas devem lidar com pacientes que têm expectativas específicas de mudança estética e que podem avaliar se o resultado corresponde ao que projetaram.

Nesse contexto, as publicações médicas utilizam uma série de práticas, dispositivos e rotinas que visam identificar e gerenciar as expectativas dos pacientes. Um tema recorrente na literatura examinada refere-se à importância da avaliação psicológica dos candidatos. A intersecção entre psicologia e cirurgia estética tem sido amplamente documentada pelas ciências sociais, seja para reconstruir a história da legitimação dessas práticas médicas (Haiken, 1997; Gilman, 1998; Guirimand, 2005; Barbot e Cailbault, 2010), seja para explorar as justificativas apresentadas contemporaneamente (Antonio, 2008; Edmonds, 2010; Jarrin, 2017; Schmitt e Rohden, 2020). No entanto, essas publicações não deram importância central a uma constatação onipresente nas publicações de cirurgiões plásticos: enquanto boa parte dos que se submetem à cirurgia plástica resolve seus complexos ou melhora a auto-estima, outros se mostram insatisfeitos com os resultados do procedimento, gerando situações conflitantes. Portanto, para os autores dos textos médicos analisados neste artigo, era importante transmitir princípios de categorização e seleção que visassem distinguir entre "bons" e "maus" candidatos à cirurgia plástica (Pitts-Taylor, 2007; Le Hénaff, 2013; Parker, 2009; Carpigo, 2016).

Para iniciar nossa introdução ao assunto, vale ressaltar que a literatura médica define "bons" candidatos como aqueles pacientes que se sentem gratos pelo resultado da cirurgia. Em contrapartida, "maus" candidatos são aqueles insatisfeitos e, em vez de se submeterem à cirurgia, são encaminhados para consulta psiquiátrica. A questão que se coloca neste ponto é: quais são os indicadores que permitiriam essa distinção? O critério mais frequentemente mencionado refere-se à distância entre a gravidade do defeito "objetivo" e o nível de "sofrimento" subjetivo experimentado pelo paciente. Segundo a maioria dos profissionais, quando há correspondência entre esses dois níveis, a cirurgia é aconselhável. O oposto ocorre quando se trata de candidatos que atribuem importância excessiva a defeitos mínimos ou inexistentes. Nesse sentido, o cirurgião plástico argentino Humberto Bianculli aponta a conveniência de operar "aqueles com grandes deformidades nasais" e alerta para "aqueles com pequenos defeitos" que "têm a obsessão de que seu nariz não é perfeito" (Bianculli, 1931, p. 21). Na mesma data, Alejandro Forero alerta sobre este último perfil de pacientes que ele define como "verdadeiros dementes que nunca abandonam o espelho; que exageram seus defeitos, ou encontram aquele que não têm; para os quais nem uma nem várias operações curarão sua obsessão" (Forero, 1929, p. 1468).

De forma mais sistemática, em seu livro *Cirugía estética* (1946), Ramón Palacio Posse classifica os candidatos em quatro categorias: “I) Aqueles com senso estético subnormal ou hipoestético. II) Aqueles com senso estético normal ou ortoestético. III) Aqueles com senso estético supernormal ou hiperestético. IV) Aqueles com senso estético pervertido ou paraestético.” Os candidatos que se enquadram nas duas primeiras categorias são aqueles que “sentem a deformidade acentuadamente, mas sem serem excessivamente oprimidos por ela; após a operação, sentem-se como se tivessem sido aliviados de um fardo pesado e são gratos ao operador.” A terceira categoria se refere a “pacientes nos quais, embora os distúrbios físicos não sejam graves, as manifestações psicológicas são consideráveis.” Palacio Posse alerta que esses indivíduos “são muito difíceis de tratar devido às suas altas exigências de sucesso, razão pela qual, quando a deformidade não é muito grave, é melhor para eles e para o médico não operá-los”. Concluindo, identifica os candidatos “que se queixam de uma deformidade que na realidade não têm”, sugerindo que o melhor nesses casos “é indicar uma vida sadia de esporte e divertimento para melhorar sua formação mental” (Palacio Posse, 1946, p. 22-23).

Outro princípio de categorização que emerge das publicações também se relaciona às expectativas, mas não mais em termos estéticos, mas sim em relação às aspirações expressas pelo paciente por mudanças em sua situação econômica ou emocional. Cirurgiões plásticos frequentemente apontam que os pacientes esperam resolver seus fracassos românticos ou profissionais por meio da cirurgia. No entanto, como o problema subjacente reside na psicologia do candidato, a cirurgia não trará mudanças positivas, e o paciente descarregará sua frustração no médico que o operou. Mario Berta, em apresentação no *Quarto Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica* (1947), fornece um exemplo que ilustra perfeitamente esse ponto. O caso em questão envolvia um jovem solteiro de 28 anos que sempre se preocupava com “alusões ao seu nariz” e que expressava um “sentimento de inferioridade” em seus relacionamentos amorosos (“nunca teve namoradas e resolia seus problemas sexuais com profissionais”). Embora a operação tenha resultado em uma “clara melhora estética”, o paciente apresentava “um estado de genuína ansiedade, com pensamentos de autoeliminação e heteroagressão em relação ao médico que o operou”. A lição que Berta tira desse caso é que o “ideal de autoimportância” do candidato deve ser levado em conta, visto que se seus ideais forem muito altos, ele experimentará uma insatisfação constante que pode “levá-lo a reações patológicas perigosas para ele e seu médico” (Berta, 1947, p. 318).

A mesma advertência se faz presente na área das expectativas econômicas, como afirma o cirurgião plástico Carlos Rivas: “é indesculpável saber de antemão qual é a ansiedade do paciente” e ter cautela com “aqueles que querem embelezar sua aparência para se tornarem artistas ou melhorarem seu status social, e a conquista da melhora física, se não for acompanhada de outros sucessos, os torna insatisfeitos”

(Rivas, 1952, p. 24). Deste último ponto, não se conclui que a cirurgia estética não possa contribuir para melhorar a inserção profissional, mas para que isso aconteça é essencial que o paciente demonstre disposição para trabalhar e se esforçar.

Nesta seção, observamos que a literatura médica da primeira metade do século XX aspirava a transmitir princípios de categorização e seleção que ajudassem a distinguir os “bons” dos “maus” candidatos à cirurgia. Estes últimos apresentam uma série de características que contrastam com as vítimas virtuosas que a cirurgia estética busca redimir: são irracionais, indignos e ingratos. Ao contrário, tendem a ver falhas onde elas não existem e são exigentes a ponto de distorcer sua percepção dos resultados. São fracassados, não por seu defeito estético, mas porque se refugiam nele para disfarçar sua inerente falta de vontade de progredir. Finalmente, quando suas expectativas de mudança estética e socioeconômica não se concretizam, culpam os cirurgiões por suas próprias frustrações, gerando situações conflitantes. São, em suma, indivíduos problemáticos que não deveriam ser operados. Na próxima seção, vamos além do âmbito das contraindicações em cirurgia estética para analisar práticas voltadas ao atendimento de pacientes que podem necessitar de cirurgia.

“Verdade” e “mentira” na cirurgia estética

Como mencionado acima, a avaliação psicológica dos candidatos à cirurgia é um pilar fundamental da prática do cirurgião plástico. Mas, além de alertar sobre um certo perfil de indivíduos problemáticos, a literatura médica oferece uma série de sugestões práticas sobre como modular expectativas em consultas pré-cirúrgicas e alcançar acordos intersubjetivos na avaliação do resultado. Abordar esse ponto é relevante não apenas por constituir uma contribuição ao campo de estudos históricos dessas práticas em particular, mas também na medida em que nos permite introduzir uma nuance na maneira como a relação médico-paciente costuma ser problematizada nas ciências sociais. Boa parte desses trabalhos descreve uma mudança histórica que consiste na transição do paternalismo (Parsons, 1951) para o modelo consumidor-paciente (Lupton et al., 1997; Henwood et al., 2003) ou a coprodução do cuidado médico (Cathy; Gafni; Whelan, 1999). Contudo, como evidenciado pela análise das fontes, a participação do paciente no processo de planejamento cirúrgico é uma característica consistente da forma como a relação médico-paciente se estrutura na especialidade.

Mais uma vez, o cirurgião plástico Ernesto Malbec ressalta esse ponto ao se referir às demandas comuns dos pacientes por mudanças estéticas e à abordagem que o cirurgião deve adotar em resposta a essas solicitações. Ele argumenta que muitos pacientes são influenciados em suas aspirações estéticas pelas “tendências plásticas predominantes no cinema ou no teatro, e desejam se assemelhar a esta ou

aquela estrela da tela ou a esta ou aquela estrela do palco”. Eles também exigem correções radicais, sem considerar a desproporção que isso resultaria: “É sabido que o sonho dourado de toda pessoa com nariz grande é ter um nariz arredondado. A recomendação mais comum que ouvimos de todos eles são sempre a mesma: encurtar o nariz o máximo possível.” Diante dessa situação, longe de propor uma abordagem fechada que reafirme a autonomia do especialista (Freidson, 1978), ele destaca a centralidade das consultas pré-cirúrgicas para negociar o tipo de correção a ser realizada: “Apesar de tudo, isso não significa que o julgamento do cirurgião seja final ou que deva necessariamente prevalecer em última instância. A consulta com o paciente costuma ser muito benéfica e conveniente” (Malbec, 1940, p. 1006-1007).

De acordo com o corpus empírico examinado, um dos aspectos importantes da consulta pré-cirúrgica diz respeito ao necessário equilíbrio entre “verdade” e “mentira” na projeção dos resultados. Unanimemente, todos os textos identificam uma forte rejeição à chamada “mentira comercial”. Esta última é geralmente atribuída a pessoas sem formação médica que ofereciam produtos de beleza por meio de anúncios grandiloquentes. Nesse sentido, Malbec critica os “salões e institutos” que, administrados por “professores de beleza”, garantiam transformações espetaculares com procedimentos insignificantes. Ele também alerta para um mercado em expansão de “pomadas, curativos, unguentos e produtos de limpeza” que apenas defraudavam compradores esperançosos e enriqueciam “comerciantes inescrupulosos que traficavam miseravelmente com dor moral” (Malbec, 1938, p. 38-39). Um ano depois, ele resumiu essa posição da seguinte forma: “Se o paciente é enganado desde o início, sem dúvida se parte de um ponto falso, porque prometer o que não se pode fazer é enganar o paciente, surpreendê-lo em sua boa-fé, mentir-lhe desonestamente, que é o que o médico não pode e não deve fazer” (Malbec, 1939, p. 88).

No entanto, embora a “honestidade” seja posicionada como um padrão prático e moral que deve nortear a conduta dos cirurgiões, isso não significa que o médico deva recorrer à “honestidade brutal”. Nesse sentido, o cirurgião plástico argentino Miguel Correa Iturraspe (1978) sugere que as explicações do profissional não devem ser tingidas de “pessimismo negro”, pois fazer um “relato sombrio e dramático de todos os percalços e fracassos registrados na literatura para a operação” apenas “horrorizaria o paciente”, privando-o da possibilidade de acessar os benefícios da cirurgia plástica. Igualmente inconveniente é a atitude oposta, que, baseada no “entusiasmo temperamental” ou no “medo de perder o cliente”, pinta um quadro marcado por “otimismo róseo”. Proceder dessa maneira alimenta ilusões excessivas que podem levar à angústia e às queixas “se o resultado não corresponder aos sonhos quiméricos que foram incentivados a conceber”. Daí a conclusão do autor de que a “verdade” na cirurgia estética deve “ter e saber transmitir uma razoável confiança nos recursos de sua arte” (Correa Iturraspe, 1978, p. 5-6).

Retornando à abordagem de Correa Iturraspe, podemos dizer que uma “verdade” razoável é aquela que não inspira nem muito pessimismo nem muito otimismo no paciente. Em relação ao resultado estético que pode ser alcançado com a operação, esse princípio geral pode ser resumido em uma fórmula frequentemente mencionada na literatura analisada: “prometa sempre menos do que pode ser alcançado” (Palacio Posse, 1946: 23). Dessa forma, o candidato é encorajado a se submeter à intervenção, mas as expectativas são moderadas para que haja uma margem de tolerância para contingências e a avaliação do resultado seja baseada em um ponto de referência modesto. Na próxima seção, veremos que a modulação das expectativas transcende as palavras para se materializar em um dispositivo-chave no consultório do cirurgião plástico: a fotografia médica.

Promessas no papel: o papel da fotografia nas consultas médicas

Em 1928, Ernesto Malbec publicou *Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales*, um livro que visava divulgar os problemas abordados pela nascente disciplina cirúrgica. Como relata no segundo volume de seu *Anecdotario de un cirujano plástico* (1972), na época enviou cópias dessa publicação a vários colegas. Em resposta, recebeu diversas cartas expressando opiniões divergentes sobre a qualidade de seu trabalho. Entre elas, uma longa carta de um cirurgião plástico francês, na qual o alertava sobre o caráter moral de um “ilustre médico que, à força de se promover em jornais e escrever livros, alcançara extraordinária fama em Paris”. Segundo o remetente da carta, esse suposto “mestre” que Malbec cita em seu livro era “absolutamente um charlatão científico”.

Para fundamentar sua crítica, o cirurgião francês convida Malbec a examinar os registros fotográficos do “charlatão”, que revelam manipulações óbvias após uma inspeção mais detalhada. À primeira vista, argumenta o eminente cirurgião francês, esses documentos visuais atestam resultados brilhantes. Assim, por exemplo, na “página 64”, podem ser vistas duas fotografias de uma criança: “Na primeira tomada, ele aparece... com as orelhas extremamente separadas do crânio, como se fossem um par de telas, enquanto na segunda, após a cirurgia, o resultado obtido é inquestionável”. Mas um olhar mais atento com uma lupa revela “que as orelhas foram habilmente amarradas com um fio muito fino para mantê-las na posição correta para a câmera” (Malbec, 1972, p. 139-142).

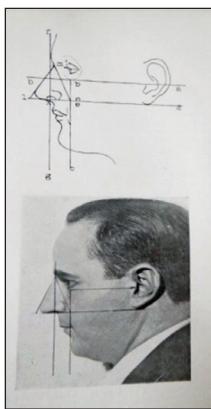
O que emerge do relato anterior é que as fotografias em cirurgia estética visam representar a mudança experimentada pelo paciente com base no contraste entre os registros pré e pós-intervenção. Dessa forma, constrói-se a evidência médica a respeito da eficácia de uma técnica específica nas mãos de um operador específico. A adulteração desses registros implica, no âmbito de reuniões e publi-

cações de especialistas, a exibição de evidências falsas, comprometendo assim o reconhecimento dos colegas. Por sua vez, o apelo a esses recursos em reuniões e publicações populares fomenta falsas expectativas entre os potenciais candidatos à cirurgia. O próprio Malbec elabora esse ponto ao descrever o comportamento dos “charlatães”, observando que aos candidatos “prometem-se coisas falsas, mostram-se fotografias falsas, que nada mais são do que truques fotográficos, que os encorajam a submeter-se à operação, movidos pelo entusiasmo lógico e humano produzido por ver um monstro tão perfeitamente transformado por uma operação” (Malbec, 1938, p. 37).

Do exposto, conclui-se que a fotografia médica pode ser utilizada para modular as expectativas dos candidatos à cirurgia estética e que, para cumprir esse propósito, deve registrar fielmente a mudança estética do paciente. Essa fidelidade é definida por um conjunto de princípios práticos que estabelecem como capturar a mudança estética e as condições em que o registro deve ser produzido para garantir a comparabilidade. Em relação à documentação de rinoplastias, é comum retratar todo o rosto do paciente em diferentes posições de exame, sendo as mais comuns as fotos frontal e de perfil. Dessa forma, é possível apreciar a forma e o volume dos componentes do apêndice nasal e sua relação com o restante das características faciais. Além disso, vale destacar uma série de requisitos que devem ser rigorosamente repetidos, como “as condições de luz, foco, distância, fundo, tamanho, plano e orientação das imagens” (Lluema Uranga, 1958, p. 76).

Ter um registro que atenda a essas características garante a comparabilidade intra e intercaso, permitindo sua circulação no meio especializado. Além disso, segundo as publicações analisadas, possibilita sua utilização em diferentes etapas da consulta médica: diagnóstico, projeção de resultados e avaliação da mudança estética pós-operatória. Em relação ao diagnóstico, as fotografias dos pacientes permitiriam uma leitura imparcial e reflexiva da geometria facial. Nesse sentido, a cirurgiã plástica argentina Cora Eliseth sugere o uso de fotografias que captem o perfil dos futuros cirurgiões para realizar um estudo angular do nariz e, assim, realizar uma correção que envolva todos os componentes do apêndice nasal (Cora Eliseth, 1938, p. 28) (Figura 3). Em uma linha mais relacional, o distanciamento efetuado pela fotografia pode ser aproveitado pelo cirurgião plástico para mostrar ao paciente a natureza de seu defeito e, assim, convencê-lo do tipo apropriado de modificação. A esse respeito, Alejandro Forero destaca que há pessoas que solicitam uma correção que não é exatamente a que melhor se adapta ao seu rosto e para convencê-las sobre “qual é o verdadeiro defeito do seu nariz” sugere utilizar fotografias dos próprios pacientes (Forero, 1929, p. 1461).

Figura 3 – Uso da fotografia para o estudo dos ângulos nasais



Fonte: Eliseth, 1935, p. 28.

A fotografia também é identificada como um elemento que permite o consenso e a projeção do resultado da rinoplastia. Algumas publicações descrevem o uso da imagem do candidato à cirurgia como um recurso visual que permite o planejamento colaborativo do tipo de correção cirúrgica a ser realizada. Assim, segundo Ildefonso Giganti e Juan Castellano (1947), “a determinação da forma futura do nariz é de fundamental importância e determina em grande parte o sucesso cirúrgico”, sugerindo o seguinte procedimento para esse fim: “Tiramos uma fotografia de perfil da qual fazemos duas cópias, e em uma delas ‘corrigimos’ a lápis os defeitos eventualmente existentes, em comum acordo com o paciente” (Castellano; Giganti, 1945, p. 7). Em outras publicações, o resultado não é planejado por meio de fotografias do próprio paciente, mas sim por registros de casos anteriores. Esses casos não são escolhidos aleatoriamente, mas sim com base em um critério de afinidade com o defeito apresentado pelo candidato. Para esse fim, o arquivo constitui um dispositivo útil que organiza o histórico das intervenções de acordo com a região corporal e o tipo de defeito, permitindo o acesso rápido ao registro dos casos que melhor se adequam ao trabalho de coordenação e educação estética que o cirurgião deseja realizar (Kirschtein, 1956, p. 55-57). Educação estética, pois a seleção e a exibição desse registro atuam como um recurso visual que ilustra o tipo de defeito que o paciente apresenta e o tipo de modificação estética que melhor se adapta ao seu caso específico. Coordenação, pois a fotografia permite antecipar o resultado da intervenção, ajustando as expectativas do paciente ao que pode ser alcançado.

Além de ser utilizada para diagnóstico e projeção de resultados no período pré-operatório, diversas publicações médicas destacam a utilidade da fotografia na avaliação de alterações estéticas. Como vimos em diversas ocasiões, essa etapa é particularmente problemática, visto que muitos pacientes submetidos a cirurgias

podem ter suas expectativas frustradas, gerando conflitos. Para se proteger desse tipo de queixa, as fotografias permitem ao cirurgião relembrar ao paciente sua aparência “antes” da intervenção e demonstrar comparativamente a mudança em sua fisionomia “após” a operação. Nesse sentido, Ernesto Malbec afirma que as pessoas muitas vezes não se lembram de como eram antes e discute as correções mais notáveis, destacando a utilidade da fotografia em trazer fisionomias esquecidas para o presente (Malbec, 1938, p. 38-39). Estanislao Lluesma Uranga, por sua vez, ressalta que há pacientes que, com o tempo, passam a acreditar “não apenas que estavam melhores antes, mas que ainda não estão bem o suficiente” (Lluesma Uranga, 1958, p. 67). Dessa forma, a fotografia pós-operatória permite não apenas um estudo detalhado do resultado alcançado, mas também a correlação desse resultado com o defeito inicial.

Ramón Palacio Posse complica um pouco mais a questão ao introduzir novas perspectivas sobre a construção intersubjetiva de resultados em cirurgia estética. Nesse sentido, além de sugerir um estudo prévio do ambiente familiar e profissional do paciente, aconselha que o paciente não receba visitas durante a primeira semana de pós-operatório, “com cuja prudência e discrição nem sempre se pode contar”. Essas últimas palavras, que parecem remeter à necessidade de manter um ambiente tranquilo para o convalescente, ganham outro significado ao ler a seguinte reflexão sobre a documentação fotográfica em rinoplastia: “Para a maioria dos meus pacientes, tiro uma fotografia de frente e outra de perfil, o que é muito útil para o arquivo do médico e para o próprio paciente. Com as imagens de ‘antes’ e ‘depois’, eles podem se defender de amigos egoístas que lhes garantem que eles praticamente não mudaram” (Palacio Posse, 1946, p. 32-33). Dessa forma, a fotografia surge mais uma vez como evidência que permite a arbitragem de potenciais desentendimentos na relação médico-paciente.

Com base no que foi apresentado nesta seção, pudemos observar que a fotografia médica é um elemento utilizado pelos cirurgiões nos momentos que antecedem e sucedem a cirurgia. Arquivos fotográficos de casos anteriores permitem que os pacientes tenham uma ideia do resultado. Imagens dos próprios pacientes são utilizadas para planejar a intervenção e funcionam como terceiros “imparciais” na resolução de disputas em caso de discordância com o resultado estético obtido. Ambas as observações contribuem para sustentar a tese de que, longe de cimentar uma relação assimétrica, os cirurgiões plásticos da primeira metade do século XX implementaram certas práticas que visavam projetar, planejar e avaliar o resultado das intervenções estéticas em diálogo com os pacientes tratados.

Conclusões

Cirurgiões plásticos lidam com um corpo, mas também com pessoas que têm uma percepção de sua aparência física e expectativas sobre a mudança que

aspiram alcançar. A literatura médica mostra que isso constitui uma preocupação fundamental na prática da especialidade, promovendo uma série de dicas práticas e ferramentas para abordar as percepções e os desejos de mudança dos candidatos. Para nos introduzirmos ao assunto, comecei mostrando que a literatura médica da primeira metade do século XX buscava transmitir conhecimento especializado para diagnosticar um defeito corporal, estabelecer o tipo adequado de correção cirúrgica e gerenciar as expectativas estéticas dos pacientes. No caso da rinoplastia, a indicação estética baseia-se em um exame completo do corpo do paciente, no qual a área anatômica a ser tratada é comparada com a face e a conformação corporal geral. O objetivo desse exame é indicar uma retificação cirúrgica do apêndice nasal que se harmonize com o corpo como um todo. A indicação estética nos fala de uma especialidade que, longe de aspirar à produção em massa de corpos respondendo aos caprichos da moda ou à eternidade dos cânones clássicos, visa realizar intervenções adaptadas a cada caso.

A segunda seção teve como objetivo explorar os princípios de categorização e seleção de pacientes estabelecidos nas publicações analisadas. Constatamos que a literatura médica enfatiza a necessidade de realizar uma avaliação psicológica dos candidatos, a fim de identificar e evitar operar com um perfil de pessoas que provavelmente ficarão insatisfeitas com o resultado. A partir da análise do corpus documental, observou-se que uma primeira categoria de “maus” candidatos são aqueles que expressam preocupação excessiva com defeitos físicos “objetivos” mínimos ou inexistentes. Uma segunda categoria se refere aos candidatos que esperam uma mudança radical nas esferas emocional ou econômica por meio da cirurgia estética. Em ambos os casos, mesmo diante de um bom resultado estético, os operados permanecerão insatisfeitos, pois suas expectativas são impossíveis de serem atendidas. Em suma, na perspectiva da literatura examinada, esses indivíduos necessitam de atendimento psiquiátrico em vez de atendimento cirúrgico.

Nas duas últimas seções, analisei as práticas e os dispositivos utilizados pelos cirurgiões para modular as expectativas dos candidatos à cirurgia. Uma das questões que emerge das publicações é que se trata de um esforço relacional extremamente precário: o especialista não deve incutir demasiada confiança ou demasiado pessimismo no candidato. Em vez disso, deve informá-lo sobre aspectos cruciais da cirurgia e prometer menos do que pode cumprir. A preocupação com as percepções e expectativas dos pacientes também aparece materializada numa série de dispositivos e rotinas de apropriação prática que visam incorporar o paciente no processo de planeamento cirúrgico. Entre estes, podemos destacar a utilização da fotografia médica em consultório, que pode ser utilizada para persuadir o paciente sobre o seu defeito estético; para projetar e concordar com o resultado da cirurgia; e para certificar e arbitrar o resultado obtido.

Este artigo propôs uma abordagem original para abordar um objeto de estudo pouco explorado. Por um lado, vale destacar que, na América Latina, praticamente não há estudos que reconstruam a história da cirurgia plástica. Por outro, embora existam publicações que empreenderam esse esforço na América do Norte e na Europa, todas analisaram exclusivamente o papel do discurso médico na legitimação dessas práticas. Este trabalho demonstrou outra forma de ler as publicações médicas que, ao enfatizar seu caráter pedagógico, permite descrever as práticas, os dispositivos e as rotinas idealizadas por esses especialistas para atender às expectativas de mudança estética dos pacientes. Em outras palavras, o artigo buscou construir uma abordagem microssociológica das fontes com o objetivo de mostrar que a literatura médica constitui um reservatório de experiências voltadas à transmissão de modos de ser e fazer em cirurgia plástica para futuras gerações de especialistas.

Por fim, é possível estabelecer algumas linhas de pesquisa futuras. Em primeiro lugar, seria extremamente proveitoso explorar a relação médico-paciente no mercado contemporâneo de cirurgia plástica na Argentina, buscando identificar continuidades e rupturas na forma como os cirurgiões plásticos lidam com as expectativas de mudança dos candidatos. Em segundo lugar, devido à centralidade da fotografia médica no desenvolvimento desta especialidade, acredito ser pertinente explorar a circulação dessas imagens fora do mundo médico. Dada a natureza comercial da disciplina nas últimas décadas, analisar o uso de fotografias de “antes” e “depois” como estratégias promocionais destinadas a alimentar o desejo de mudança corporal no mundo digital é relevante. Por fim, na medida em que este artigo se concentrou na implementação de uma prática específica no contexto argentino, seria importante desenvolver pesquisas semelhantes sobre outras intervenções médicas em diversos contextos nacionais.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, Andrea Tochio de. **Corpo e estética: um estudo antropológico da cirurgia plástica.** Orientadora: Guita Grin Debert. 2008. 153f. Tese (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciencias Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- BARBOT, Janine y Cailbaut Isabelle. Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps: Quand la chirurgie esthétique se donne à voir. **Politix**, Paris, n.2, v.90, p.91-113, 2010.
- BERTA, Mario. Importancia de la psicología en la cirugía plástica. In: **Cuarto Congreso Latinoamericano De Cirugía Plástica**, 4., 1949, Montevideo. Uruguay: Monteverde y Cía., 1949, p. 316-320.

BIANCULLI, Humberto. **Cirugía estética de nariz: Corrección de las deformaciones nasales.** Orientador: Santiago Luis Arauz. 1931. 85f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1931.

CARPIGO, Eva. À la rencontre du malentendu: stratégies d'approche medicale en chirurgie esthétique. In: HINTERMEYER, Pascal; LE BRETON David; PROFITA Gabriele (ed.). **Les malentendus culturels dans le domaine de la santé.** Nancy: Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, 2016, p.163-176.

CATHY, Charles; GAFNI Amiram; WHELAN Tim. Decision Making in the Physician-patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision Making Model. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, n.5, v.49, p.651–661, 1999.

CODAZZI AGUIRRE, Juan Andrés. **Posibilidades en la Cirugía Estética.** Rosario: Editorial Ruiz, 1938.

CORA ELISETH, Felipe. Rinoplastia. **Revista Argentina de Oto-rino-laringología**, Buenos Aires, n.9, v.10, p.1-15, 1938.

CORREA ITURRASPE, Miguel. El error en cirugía plástica. **Cirugía Plástica Argentina**, Buenos Aires, n.2, v.2, p.7-12, 1978.

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

FERNÁNDEZ, Julián. La formación ideal del cirujano plástico. **Cirugía Plástica Argentina**, n.1, v.2, p.36-38., 1978.

FORERO, Alejandro. Cirugía plástica de la nariz (Detalles de técnica). **La Semana Médica**, n. 8, v.5, p.1461-1474, 1929.

FREIDSON, Eliot. **La profesión médica.** Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.

GIGANTI, Ildefonso; CASTELLANO, Juan. **Cirugía plástica y estética.** Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Institución Fernández, 1945.

GILMAN, Sander. **Creating beauty to cure the soul:** Race and psychology in the shaping of aesthetic surgery. London: Duke University Press, 1998.

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

GUIRIMAND, Nicholas. De la réparation des «gueules cassées» à la «sculpture du visage»: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres. **Actes de la recherche en sciences sociales**, n.1-2, v.156-157, p.72-87, 2005.

HAIKEN, Elizabeth. **Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

HENWOOD, Flis; WYATT, Sally; HART, Angie; Smith, JULIE. “Ignorance Is Bliss Sometimes”: Constraints on the Emergence of the “Informed Patient” in the Changing Landscapes of Health Information. **Sociology of Health & Illness**, New Jersey, n.6, v.25, p. 589-607, 2003.

JARRIN, Álvaro. **The biopolitics of beauty. Cosmetic citizenship and affective capital in Brazil.** Berkeley: University of California Press, 2017.

KIRSCHEN, Manuel. Fichero y archivo en cirugía plástica. **Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica**, Buenos Aires, n.1, v.2, p. 55-57, 1956.

LE HENAFF, Yannick. Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine. **Sciences sociales et santé**, Arcueil, n.3, v.31, p.39-64, 2013.

LLUESMA URANGA, Estanislao. **Los Fundamentos de la Cirugía Estética.** Buenos Aires: Editorial Americalee, 1958.

LUPTON, Deborah. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. **Social science and medicine**, Amsterdam, n.3, v.45, p.373–381, 1997.

MALBEC, Ernesto. **Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales.** Buenos Aires: La Semana Medica, 1938.

MALBEC, Ernesto. Función del sentido estético en las intervenciones plásticas. **La Semana Médica**, n.10, v.7, p.997-1008, 1940.

MALBEC, Ernesto. **Anecdotario de un cirujano plástica.** Segunda Parte. Buenos Aires: Artes Gráficos Bartolomé U. Chiesino, 1972.

PALACIO POSSE, Ramón. **Cirugía Estética.** Buenos Aires: El Ateneo, 1946.

PARKER, Rhian. **Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the ‘Normal’ Body.** New York: Palgrave Macmillan, 2010.

PARSONS, Talcott. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *The American journal of orthopsychiatry*, Washington, v. 21, n. 3, p. 452–460, 1951.

PITTS-TAYLOR, Victoria. **Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Surgery.** New Jersey: Rutgers University Press, 2007.

RIVAS, Carlos. **Cirugía correctora de la pirámide nasal.** Orientador: Oscar Ivanissevich. 1952. 160f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1952.

SCAVUZZO, Ramón. Cirugía estética de la nariz. Algunos criterios o cánones artísticos. **La Semana Médica**, Buenos Aires, n.9, v.6, p.144-146, 1939.

SCHIMITT, Marcelle; Rohden, Fabíola. Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas. **Anuário Antropológico**, Brasilia, n.2, v.45, p.209-277, 2020.

VALLEJO, Gabriel. El ojo del poder en el espacio del saber: los institutos de biotipología. **Asclepio**, Buenos Aires, n.1, v.56, p.219-244, 2004.

VIALE DEL CARRIL, Atilio. **La rinoplastia por vía endonasal**. Orientador: Oscar Ivanissevich. 1935. 76f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1935.