

DOSSIÊ



GÊNERO, SABERES E INTERVENÇÕES MÉDICAS SOBRE A SEXUALIDADE: possibilidades de transformação e materialização das diferenças

Fabíola Rohden¹

> fabiola.rohden@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3355-6841

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Resumo: Tendo como base os estudos antropológicos sobre gênero e sexualidade, este artigo defende uma perspectiva feminista engajada com a análise crítica dos processos de produção de normas e materializações binárias e essencialistas. Tem como ponto de partida uma série de situações nas quais a medicina tem se mostrado empenhada em produzir uma substancialização da diferença de gênero. O conceito de substancialização se refere ao enraizamento constantemente renovado do gênero em determinadas marcas corporais. As chamadas cirurgias estéticas íntimas são analisadas como um caso exemplar de uma nova etapa na materialização da diferença nos corpos.

Palavras-chave: substancialização da diferença; gênero; sexualidade; cirurgia estética genital feminina.

GENDER, KNOWLEDGE AND MEDICAL INTERVENTIONS ON SEXUALITY: possibilities for transformation and materialization of differences

Abstract: Based on anthropological studies on gender and sexuality, this article defends a feminist perspective engaged with the critical analysis of the processes of production of binary and essentialist norms and materializations. Its starting point is a series of situations in which medicine has shown itself committed to producing a substantialization of the gender difference. The concept of substantialization refers to the constantly renewed rooting of gender in certain bodily marks. The so-called intimate aesthetic surgeries are analyzed as an exemplary case of a new stage in the materialization of difference in bodies.

Keywords: substantialization of difference; gender; sexuality; female genital cosmetic surgery.

GÉNERO, CONOCIMIENTOS E INTERVENCIONES MÉDICAS SOBRE SEXUALIDAD: posibilidades de transformación y materialización de las diferencias

Resumen: Basado en estudios antropológicos sobre género y sexualidad, este artículo defiende una perspectiva feminista comprometida con el análisis crítico de los procesos de producción de normas y materializaciones binarias y esencialistas. Su punto de partida es una serie de situaciones en las que la medicina se ha mostrado comprometida a producir una sustancialización de la diferencia de género. El concepto de sustancialización se refiere al arraigo constantemente renovado del género en determinadas marcas corporales. Se analizan las llamadas cirugías estéticas íntimas como un caso ejemplar de una nueva etapa en la materialización de la diferencia de cuerpos.

Palabras clave: substancialización de la diferencia; género; sexualidad; cirugía cosmética genital femenina.

GÊNERO, SABERES E INTERVENÇÕES MÉDICAS SOBRE A SEXUALIDADE: possibilidades de transformação e materialização das diferenças

Este artigo, apresentando originalmente no seminário “CLAM 20 ANOS: Memória da formação de um campo de estudos em Sexualidade e Direitos Humanos no Brasil e na América Latina”, em 2024, pretende trazer alguns elementos para refletirmos acerca da produção de saberes e intervenções médicas sobre a sexualidade, considerando uma abordagem específica, resultado de minha trajetória no campo, que inclui os anos de valiosa convivência e aprendizado com colegas do Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). Tem como ponto de partida os estudos antropológicos sobre gênero e sexualidade e a crítica feminista da ciência. E assume uma perspectiva feminista engajada com a análise crítica dos processos de produção de normas e materializações binárias e essencialistas. A preocupação em entender a (re)produção das normas binárias de gênero e sexualidade, ao longo do tempo, tem sido traduzida em várias investigações com foco analítico na conformação do padrão cisgênero e heteronormativo.¹

Dentre elas, faço referência ao estudo acerca da obsessão da medicina com a chamada diferença sexual, em seu exemplo paradigmático que é a criação da ginecologia, em meados do século XIX, e as consequências diretas na vida de muitas mulheres, especialmente por meio de tecnologias médicas e jurídicas relativas à reprodução, à contracepção e ao aborto (Rohden, 2003; 2009[2001]). Este caso já fazia emergir de maneira ímpar as conexões entre a preocupação com o gerenciamento da vida sexual e reprodutiva e as políticas de controle da natalidade associadas à eugenia e ao enquadramento da raça nas preocupações com o futuro da nação brasileira. Ao mesmo tempo, indicava como a “ameaça” à suposta estabilidade dos padrões de gênero e sexualidade estava conectada à emergência desta biopolítica. A preocupação com a manutenção das rígidas fronteiras da diferença sexual desponta não como afirmação de uma essência biológica ou natureza inabalável, mas como resultado da constatação de sua inerente instabilidade. Uma forma de expressar esta tensão é a noção de “substan-

¹ Este artigo é resultado do projeto de pesquisa “Biotecnologias, aprimoramento e saúde: corpos e subjetividades em novas redes e enquadramentos”, apoiado pelo CNPq.

cialização da diferença”, como pretendi mostrar naqueles trabalhos, e que continua, a meu ver, sendo uma metáfora significativa da forma como certos saberes médicos operam. Trata-se do enraizamento constantemente renovado do gênero em determinadas marcas corporais (Rohden, 2012).

Nos estudos sobre o campo da sexologia no Brasil (em especial, aqueles realizados no CLAM, como a pesquisa Sexualidade, Ciência e Profissão no Brasil, sob a coordenação de Jane Russo) também foi possível identificar estas associações mais amplas entre as políticas sexuais e a constituição de campos de saberes e práticas de intervenção que pretendem incidir diretamente na vida e na sexualidade das pessoas (Russo et al., 2011). De maneira mais específica, os processos de (bio)medicalização e farmacuticalização da sexualidade ilustram bem a ascensão de novas formas de gerenciamento da vida sexual. Ao investigar a criação de diagnósticos e medicamentos direcionados à disfunção sexual masculina e feminina, menopausa e andropausa, passei a focar a atenção também no impacto destes dispositivos e suas associações com as normas e expectativas de desempenho, altamente diferenciadas por gênero. Para citar rapidamente um exemplo, se os fármacos para disfunção sexual masculina concebem a ereção como um problema orgânico específico e facilmente tratável, aqueles visando as mulheres cisgêneras continuam às voltas com associações problemáticas em torno do que seria a falta de desejo feminino, a ser resolvida com antidepressivos ou testosterona (Rohden, 2009). No caso da menopausa e da andropausa, os chamados hormônios sexuais também passariam a ocupar um lugar central (Rohden, 2011; Rohden, 2018a).

A presença dos hormônios no cenário de entendimentos e terapêuticas relacionadas à sexualidade tem sido uma constante, desde os primeiros reconhecimentos da importância dessas “secreções internas” ainda no século XIX (Rohden, 2008; Rohden; Alzuguir, 2016). Em pesquisas com médicos/as e mulheres cis sobre queixas relativas à sexualidade realizadas nos últimos anos, a referência à falta de desejo como o principal problema e à testosterona como forma de tratamento tem sido recorrente (Rohden, 2018a; 2018b; 2018c). Este hormônio continua sendo associado ao corpo masculino e ao desejo sexual e sua administração nos corpos femininos serviria para “recuperar” o desejo. Nota-se aqui uma operação interessante, que poderia indicar certo borramento das fronteiras ao admitir que o hormônio tido como masculino fosse oferecido às mulheres, em sintonia com os imperativos do aprimoramento de si, busca de alta performance, valorização da juventude e da atividade sexual. Contudo, os/as médicos/as são bastante cautelosos/as e incisivos/as em indicar os limites deste tratamento, que precisa necessariamente se manter dentro do que um deles chamou de “dose ética”, aquela que não induz o crescimento de pelos, engrossamento da voz e aumento do clitóris, fatores sempre associados ao uso de doses mais altas e que indicariam o esgarçamento dos limites de gênero tradicionalmente associados a masculino e feminino (Rohden, 2018c).

Se de um lado, parece que as novas possibilidades de administração bioquímica de

si encenadas no cenário contemporâneo de uso de biotecnologias e recursos médicos abririam espaço para reconsiderações das intervenções possíveis nos corpos; de outro, percebe-se o englobamento disso por novas estratégias de substancialização da diferença. A quantidade de testosterona permitida às mulheres cis obedece a limites muito precisos. Isso se expressa no uso de testosterona exógena mas também está presente na definição das taxas que definiriam a normalidade de um corpo feminino cisgênero, como é possível identificar nas controvérsias em torno da Síndrome do Ovário Policístico (SOP) (Rohden; Corrêa, 2024).

É importante perceber que, se na época da conformação da ginecologia, a substancialização da diferença se dava por meio de um discurso centrado na anatomia e na fisiologia, indicando contornos corporais, órgãos e funções exclusivamente femininos ou masculinos, a partir das primeiras décadas do século XX, com o advento dos chamados hormônios sexuais, a distinção vai ser operacionalizada também via a lógica da causalidade bioquímica. Na medida em que se produzem novos conhecimentos biomoleculares, também se produzem novas teorias e justificativas a respeito das intervenções possíveis. Mas as normas de gênero e sexualidade tradicionais parecem resistir e se reinventar continuamente nesse processo. Mesmo na dimensão anatômica de substancialização ou materialização das diferenças, podemos identificar estas reinvenções. Surgiu que é possível reconhecer este processo no caso das chamadas cirurgias estéticas íntimas, tal como propostas e praticadas em mulheres cisgênero.

Corpos redesenhados nas cirurgias: novas precisões nos processos de materialização das diferenças

As cirurgias estéticas constituem um campo fértil para reconhecermos o crescente alargamento do que é possível em termos das tecnologias e também dos limites éticos das transformações consideradas possíveis. Um caso crítico são as chamadas cirurgias estéticas íntimas, inclusive porque permite vislumbrar como a produção médica pode se apropriar da agenda feminista e pró liberdade sexual em uma direção muito particular, como argumentarei na sequência. Também citadas como *design vaginal*, ou cirurgia estética genital, englobam uma série de procedimentos distintos, como a labioplastia, a ninfoplastia – ou redução dos pequenos lábios vaginais – (intervenção feita com mais frequência), mas também a redução do clitóris, a diminuição do monte de Vênus, a himenoplastia, o enxerto de gordura nos grandes lábios, o “rejuvenescimento vaginal” e, até mesmo, procedimentos de “clareamento da região”. Trata-se de práticas que vão sendo anunciadas pelos/as médicos/as, por clínicas, pela mídia e pelos grupos em redes sociais como sendo cada vez mais procuradas. De acordo com os dados divulgados pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS,

2022), referentes a procedimentos realizados no ano de 2022, o Brasil detém o primeiro lugar no *ranking* da chamada labioplastia, ninfoplastia, ou cirurgia de redução dos pequenos lábios vaginais. Foram 37.170 (19,15%) em comparação com 18.653 (9,61%) nos Estados Unidos, considerando um total de 194.086 deste tipo de cirurgia realizadas no mundo.

Em uma série de fontes diversas, identifica-se um consenso no discurso dos profissionais da área da cirurgia estética a respeito deste crescimento (Rohden, 2021a). Em reportagem divulgada página oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2020) (Plástica..., 2012), temos o depoimento do então presidente da SBCP, Sebastião Nelson Edy Guerra, que afirmou que o número de pacientes em busca das cirurgias íntimas havia aumentado cerca de 50% nos últimos dois anos. Segundo o cirurgião, esta procura poderia ser explicada porque:

[c]ada vez mais, a mulher deseja satisfação pessoal e liberdade. Antigamente, essa questão ficava escondidinha e elas só falavam com o ginecologista. Mas hoje, **com a conquista da maior liberdade sexual e independência**, houve esse espaço para a **mulher melhorar e buscar perfeição** em alguns pontos. (SBCP, 2020, grifo meu).

No caso da ninfoplastia, o médico afirma que a cirurgia é basicamente estética e melhora a confiança e autoestima das pacientes, que “saem muito mais felizes”. E acrescenta que “em mais de 95% dos casos, é usada para consertar assimetrias entre os lábios da vagina e não está ligada a alguma anormalidade, mas a questões estéticas” (SBCP, 2020). Nenhuma ponderação é feita sobre a procura e a realização de intervenções conforme este padrão de exigência estética.

Em um trabalho anterior (Rohden; Cavalheiro, 2021) que dá subsídios à discussão feita aqui, foi reportada a pesquisa sistemática sobre a labioplastia realizada na *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* (RBCP, 2020). Em seu acervo virtual *online*, no qual estão disponíveis os artigos publicados a partir de 1997, foram encontrados apenas nove trabalhos (publicados entre 2011 e 2018). Este escasso número de trabalhos científicos contrasta com a expansão do número de cirurgias realizadas no Brasil e sua divulgação na mídia e especialmente na internet e redes sociais. A análise dos artigos da RBCP revela uma estrutura geral muito semelhante, com foco nos relatos de casos e a sua apresentação como experiências exitosas que permitem a discussão das causas, indicações, classificações e técnicas cirúrgicas empregadas.

Embora haja muito o que discutir por meio deste material, saliento aqui duas questões fundamentais. A primeira se refere aos padrões de normalidade e anormalidade que vão sendo produzidos via as tecnologias biomédicas empregadas, como já salientado por Nurka (2019) para outros contextos. A segunda diz respeito ao papel do/a

profissional médico/a na coprodução da própria demanda por este tipo de cirurgias, como também indicava Braun (2009) em seu trabalho sobre os *sites* de cirurgiões/ãs.

A primeira questão pode ser observada por meio das definições e classificações empregadas pelos/as médicos/as especialistas nas cirurgias íntimas. No que diz respeito à definição da hipertrofia, a literatura especializada indica quais seriam os parâmetros de “normalidade” e os desvios que justificariam uma intervenção cirúrgica, como nos exemplos a seguir:

Ainda dentro dos conceitos de forma e dimensões, os pequenos lábios exteriorizados até 1,5 cm além dos grandes lábios são considerados dentro da **normalidade** (Felicio, 2011: 322, grifo meu).

[...] há, como **padrão de normalidade**, o conceito de que os **pequenos lábios devem estar cobertos** pelos grandes lábios, os quais devem confluir superiormente e recobrir parcialmente o clitóris, quando a paciente é vista em posição anatômica, isto é, com as pernas aduzidas (Cunha et al., 2011: 508, grifo meu).

A preocupação com a definição de parâmetros de normalidade está associada com a necessidade de estabelecer possíveis critérios de classificação do “problema” que orientem a cirurgia. É interessante apontar primeiramente que os/as médicos/as ressaltam a inexistência de consenso no assunto. Conforme Cunha et al. (2011: 508): “Não existe uma definição anatômica sobre o tamanho apropriado dos pequenos lábios [...]”. Para Dornelas et al. (2016: 535): “Atualmente, não há um consenso sobre a definição de tal hipertrofia dos lábios menores [...]”. O que também é referendado por Battisti et al. (2018: 175): “Não há um padrão estético genital ideal”. Além disso, esta dificuldade na definição é expressa diretamente no que se refere ao tema das classificações médicas que deveriam indicar com precisão os casos a serem operados. Valente et al. (2012) e Colaneri (2018), entre outros/as, expressam a falta de consenso nesse tópico:

Diversas classificações foram propostas para o correto diagnóstico dessa condição, todavia inexistente uma que seja consensual na comunidade médica (Valente et al., 2012: 83).

Apesar de diversas classificações para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais terem sido propostas, não há consenso na utilização de nenhuma delas (Colaneri, 2018: 71).

A constatação da precariedade das classificações é utilizada não para problematizar a sua necessidade ou adequação diante da variabilidade morfológica mas para justificar a importância da proposição de uma classificação mais adequada. Nesse aspecto, literalmente, trata-se de uma discussão sobre centímetros e de como estar em uma

ou outra faixa indicaria pertencer ou não ao parâmetro normal. Um dos sistemas de classificação da hipertrofia das ninfas mais citado é o desenvolvido de forma pioneira por Felício (1992), que distingue a hipertrofia em quatro níveis, de acordo com a extensão dos pequenos lábios: Tipo I: até 2 cm; Tipo II: de 2 a 4 cm; Tipo III: de 4 a 6 cm e Tipo IV: acima de 6 cm. Dois outros artigos procuram elaborar novas classificações que seriam mais adequadas para estabelecer a indicação e a técnica cirúrgica a serem utilizadas. A proposição de Cunha et al. (2011) é de uma subdivisão em três grupos, de acordo com o grau e a localização da hipertrofia dos pequenos lábios: tipo I – excesso de pele em região posterior/inferior, adjacente ao introito vaginal; tipo II – excesso de pele que se estende laterosuperiormente ao clitóris; e tipo III – excesso de pele em toda a área, incluindo o prepúcio do clitóris.

O trabalho de Colaneri (2018) pretende ser o mais exaustivo, ao fazer uma revisão das quatro classificações mais utilizadas, sendo duas nacionais (Felício, 1992; Cunha et al., 2011) e duas internacionais (Motakef, 2015; González, 2015). O autor afirma que as classificações anteriores baseavam-se exclusivamente no tamanho dos pequenos lábios e que seria necessário um critério mais abrangente, que levasse em conta “o máximo de informações quanto à hipertrofia, dando uma noção do tamanho, da extensão, da porção hipertrófica ressecável pela labioplastica” (Colaneri, 2018: 68). Os graus de hipertrofia variam entre: Grau 0: ≤ 1 cm; Grau 1: >1 cm e ≤ 3 cm; Grau 2: >3 cm e ≤ 5 cm; Grau 3: > 5 cm. E a extensão da hipertrofia é classificada de duas formas: A) acomete apenas as ninfas, abaixo do clitóris; B) acomete também acima do clitóris, estendendo-se para o prepúcio.

Em termos mais específicos, temos que o Grau 0 é definido como ausência de hipertrofia e não deve ser operado. Contudo, “[c]aso exista protusão e exposição dos pequenos lábios, deve ser avaliado como atrofia e falta de volume dos grandes lábios, sendo a conduta o enxerto de gordura ou outro tipo de preenchimento” (Colaneri, 2018: 69). O Grau 1 é apresentado como “pequena hipertrofia, bem resolvida pela ressecção direta ou pela técnica da desepitelização” (Colaneri, 2018: 72). No Grau 2, trata-se de “hipertrofia com possibilidade de ressecção de 2 a 4cm” (Colaneri, 2018: 72). E, no Grau 3, “grande hipertrofia, provavelmente com lábios grossos e com base larga” (Colaneri, 2018: 69). É possível perceber que em todas as situações, apesar de suas distinções, haveria espaço para a intervenção cirúrgica, mesmo quando não há hipertrofia, mas se pode, por exemplo, recorrer ao enxerto de gordura nos grandes lábios. Dessa forma, vai sendo elaborado um padrão de “normalidade”, desenhado em centímetros e formatos definidos, que passa a ser proposto como solução às “inadequações” por meio das técnicas de recorte recomendadas.

Embora haja uma variação na descrição e, sobretudo, na precisão numérica, em centímetros, que atestariam qual genitália estaria fora ou dentro dos parâmetros aceitáveis, a referência à “normalidade” é uma constante. É digno de nota que isso aparece

também em relatos referentes aos resultados das cirurgias e à defesa de determinadas técnicas, como demonstram Valente et al. (2012: 83, grifo meu): “Isto [a técnica cirúrgica proposta] resulta em pequenos lábios de **morfologia normal**, na qual a cirurgia é essencialmente indetectável”. Neste exemplo, trata-se propriamente da valorização do processo de construção cirúrgica de uma genitália modelo de normalidade.

Percebemos, então, que apesar de certas indefinições e falta de consenso, a literatura médica produz uma avaliação dicotômica que situa, de um lado, um modelo ideal de perfeição anatômica da genitália feminina e, de outro, tudo o que, por contraste, é definido como inadequado. Assim, temos a associação de expressões que denotam o padrão almejado, como “normalidade”, “morfologia normal”, “natural”, “harmonia anatômica”, “simetria”, ou mesmo “modelo estético mais agradável”. Em oposição, temos o que precisaria ser corrigido, que se traduz em termos como “distorções”, “deformidades”, “alterações”, “assimetrias”, “excessos”, “protuberâncias”, “redundâncias”, “rugosidades”, “flacidez” e até “aspecto inestético da genitália”.

Na mesma direção, o uso das imagens nos artigos reforça esta ideia de passagem entre o que é apresentado como anormal, desproporcional, exagerado e, em uma palavra, diverso, para a produção de um padrão único de genitálias redesenhadas. A variação de formatos e tamanhos (e mesmo cores) é suprimida em prol de um modelo “normal” e único que, quanto mais uniforme, mais demonstraria a maestria do/a profissional que fez a intervenção. As imagens de antes e depois revelam não só a transformação de casos individuais. Mostram também como um modelo idealizado, por meio de biotecnologias de classificação e intervenção cirúrgica, vai sendo materializado nos corpos (e mentes) como um novo normal a ser buscado. Dessa forma, entramos em uma lógica circular na qual o ideal é substancializado em novos desenhos anatômicos, retratados em descrições e imagens que, por sua vez, passam a inspirar novos desejos de “perfeição” ou ajustamento. Imagens médicas que, assim como tantas outras de diferentes origens, passam a circular nas mãos de mulheres e adolescentes, como ilustrações da normalidade (Rohden, 2023).

Ao produzir uma nova padronização da genitália feminina por meio das intervenções cirúrgicas, os/as cirurgiões/ãs estão construindo uma “aparência de natureza” (Preciado, 2005: 75). Entretanto, não se trata de uma volta, de recuperação ou reconstrução de uma natureza anterior ou original, já que ela corresponde, de fato, a uma idealização purificada ou plastificada do que seria o corpo feminino ideal. Os modelos ou referências utilizados são, em geral, as genitálias que já foram “aperfeiçoadas” com várias intervenções estéticas e que aparecem em imagens, possivelmente retocadas, em filmes, revistas ou na internet, ou mesmo nas fotos do “depois” das cirurgias, nos trabalhos médicos. Neste caso, esta incorporação protética tem funcionado para produzir uma imagem de natureza que oculta qualquer diversidade ou variabilidade de formas, cores e tamanhos, em prol da produção de um modelo único, purificado, plastificado.

A segunda questão que gostaria de enfatizar se refere à responsabilidade desses/as profissionais médicos/as que produzem conhecimento e formas de intervenção. É possível abordar este ponto por meio das justificativas elencadas pelos/os médicos/as para a necessidade de realização da cirurgia, como indicado nos exemplos a seguir:

Nos dias atuais, com a **maior exposição do corpo feminino** em revistas, cinemas, internet etc., as mulheres puderam **perceber diferenças naturais** existentes na anatomia genital externa e fazer **comparações**, identificando um **modelo estético mais agradável às ninfas e aos grandes lábios** (Cunha et al., 2011: 508, grifo meu).

Com a entrada da mulher no **mercado de trabalho**, tornando-se parcela economicamente ativa da população, e com a **queda de regras e tabus sexuais**, as mulheres têm se preocupado cada vez mais com a sua **saúde e estética** [...] (Daher et al., 2015: 48-89, grifo meu).

A sociedade tem se tornado **mais aberta à sexualidade**, e as mulheres têm condições de **comparar** suas genitálias e optar por intervenção cirúrgica, caso se sintam desconfortáveis (Mendes et al., 2018: 145, grifo meu).

A ideia geral acionada pode ser resumida na fórmula: maior liberdade sexual e exposição dos corpos, mais comparação, identificação de um modelo estético “mais agradável” e, portanto, necessidade de cirurgia. Em nenhum momento aparece qualquer problematização desta forma de equacionar a questão ou das razões desta pressão exercida pela sociedade sobre o corpo e, particularmente, sobre a genitália feminina. Mas, enquanto a sociedade que produz este tipo de demanda não é alvo de discussão, as mulheres passam a ser apresentadas como indivíduos que exigem dos/as médicos/as uma solução para os seus incômodos, e o que de melhor estes/as especialistas poderiam fazer seria atendê-las. Ressalta-se que a procura pelas cirurgias é resultado unicamente da vontade de mudança ou de aprimoramento por parte das pacientes. Diante do desejo de adequar-se à “normalidade”, na busca pela “recuperação da autoestima”, “satisfação”, “bem-estar” e de sentir-se “mais feminina”, segundo os/as médicos/as, o recurso à cirurgia torna-se plenamente justificável.

Nessa linha, os/as cirurgiões/ãs apresentam-se como profissionais exclusivamente preocupados em atender ao pedido de ajuda das mulheres, oferecendo soluções descritas como precisas e eficazes. O fato de apresentarem o problema desta forma específica, sem questionarem as queixas ou disporem de estudos mais embasados acerca da avaliação dos resultados por parte das pacientes, e promovendo a labioplastia como uma resposta segura, simples e eficaz para muitas demandas, não é posto em discussão. Quando realizam as intervenções, concedem entrevistas, apresentam os procedimentos nos *sites* de suas clínicas ou páginas pessoais na internet, ou escrevem artigos

científicos sem atentar para a complexidade das questões envolvidas, os/as cirurgiões/ãs assumem uma posição de isenção, que oculta sua participação como coprodutores ou corresponsáveis por este fenômeno (Rohden, 2021a).

Da mesma forma, não se debate a pressão exercida pelo mercado de intervenções estéticas, cujos limites também têm sido pouco problematizados. São interesses profissionais e financeiros que têm se conjugado com demandas fortemente associadas às diferenças de gênero e a pressupostos binários, cisnormativos e heterossexistas. Dessa forma, as cirurgias íntimas podem ser reconhecidas como uma prática que expressa e colabora na manutenção de normas de gênero e sexualidade que fazem das mulheres e dos corpos femininos objetos prioritários de intervenção. Os saberes sobre a sexualidade se atualizam, neste caso, via intervenções cirúrgicas promovidas como precisas e eficazes, mais uma vez por meio da conformação de uma anatomia feminina idealizada e excludente da diversidade. A demanda, que é apresentada pelos/as médicos/as como resultado de maior liberdade sexual, ilustra uma lógica perversa de produção de conhecimento e disponibilização de recursos que têm servido, muitas vezes, à produção de exigências de adequação corporal e performance reveladoras de como os imperativos de gênero e sexualidade têm sido atualizados por meio dos saberes médicos.

Uma nova substancialização da diferença?

No início deste artigo, eu chamava a atenção para o conceito de substancialização da diferença de gênero e para como este processo tem se atualizado de várias maneiras ao longo do tempo. Sugiro que o caso das cirurgias estéticas íntimas traz novamente esta questão para o debate. As intervenções na genitália indicam como o feminino deveria ser substancializado ou inscrito na própria carne. A anatomia da vulva indicaria se aquele corpo seria visto como suficientemente feminino, o que é definido por uma estética que se conforma pelo contraste com o corpo masculino padronizado. Dessa forma, com a exigência de que o desenho corporal demonstre a diferença, temos um certo tipo de essencialismo de bases fisicalistas reconfigurado. As marcas corporais, a anatomia, mais uma vez entram em cena para revelar a diferença concebida entre os gêneros.

Contudo, é importante notar que não se trata do antigo essencialismo que previa uma natureza original, primária, congênita que separava corpos masculinos e femininos. Atualmente, a anatomia, incluindo a genitália, que evidencia a distinção pode não ser a “original” mas sim resultado de uma série de intervenções cirúrgicas. É certo que as intervenções poderiam ser vistas como um caminho possível para a realização de reconfigurações corporais que se ajustassem às demandas individuais, inclusive na direção de atender ao reconhecimento da diversidade sexual e de gênero. Mas no caso das cirurgias íntimas em mulheres cis, o que prevalece é mais uma vez a restrição e

conformação de um único modelo de corpo feminino idealizado. O que percebemos, então, é a criação de um padrão de corpo modelo, tido como expressão máxima de feminilidade, que, por sua vez, encarnaria o que é tido como o mais “natural” ou “normal” na genitália feminina. Um “natural” ou “normal” produzido pelas classificações e intervenções médicas, desenhado com o bisturi e que está completamente distante da diversidade dos corpos existentes. O mais surpreendente é que quando médicos/as e mulheres relatam a procura por esta genitália idealizada, fazem referência a este corpo plastificado como o “natural”/“normal” a ser buscado. Perde-se a referência a uma ideia de natureza congênita, original, mas não a associação com a naturalização e substancialização do feminino nos contornos anatômicos.

Esta atualização, indicada pelo caso das cirurgias íntimas mas não só, como também indica o caso dos implantes de silicone nos seios (Rohden; Silva, 2020), dentre outros, permite rediscutir o problema da substancialização da diferença. Na literatura médica do século XIX, por exemplo, a diferença deveria estar inscrita na natureza dos corpos, de forma binária e excludente. O contraste entre dois modelos opostos de corpos viria desde o nascimento, revelando os desígnios da natureza. O projeto moral encampado pelos médicos daquele período caminhava na direção de tentar garantir esta ordem natural, sem deixar que nada atrapalhasse o bom desenvolvimento desses seres tão diferentes. Na prática, ao insistirem tanto nessa proposta de ajudar, proteger ou administrar a natureza, acabavam revelando a própria instabilidade daquilo que tentavam promover como primário, estável, garantido, imutável. Ou seja, a diferença concebida como de ordem sexual ou biológica (Rohden, 2009[2001]).

Contemporaneamente, assistimos a alguns deslocamentos. É possível remodelar os corpos, em busca do que é percebido como adequações ou melhorias. Uma genitália não tão “delicada” pode ser recortada para receber contornos mais “femininos”. Vemos, portanto, que não está mais em cena uma ideia de imutabilidade dos corpos, de se “conformar” com a anatomia original. É possível, em um cenário que valoriza o aprimoramento de si, principalmente na sua dimensão corporal e estética, investir em projetos de transformação que, inclusive, muitas vezes podem entrar em choque com uma vida considerada mais saudável (Rohden, 2017). Dessa forma, abrem-se os caminhos para redesenhar os corpos e reconfigurar modelos de normalidade.

Isso leva à necessidade de problematizar as próprias noções de natureza e normalidade que estão em jogo e também a oposição entre natural e artificial. Conforme o que se vê no caso das cirurgias íntimas, os/as médicos/as propõem que é viável reconstruir os corpos e chegar a um padrão mais “natural” de genitália. Esse natural passa então a ser produzido pelas classificações que eles defendem, atribuindo medidas arbitrárias como referência, pelos recortes cirúrgicos, pelas imagens de antes e depois. São todos elementos que vão configurando concretamente novos corpos e, por sua vez, na medida em que são mostrados e divulgados, novos desejos e projetos de intervenção. Sendo

assim, um novo modelo “natural”/“normal” passa a existir nos corpos das pessoas e imagens nas telas, cada vez mais distante da diversidade e variação concreta.

Certamente, é legítimo que existam possibilidades de transformação corporal e este não é o ponto em debate aqui. O meu argumento é que, tal como têm se dado as intervenções propostas nas cirurgias íntimas, caminha-se para mais um capítulo da substancialização da diferença e da imposição de modelos de feminilidade que precisariam ser buscados, em nome da normalização dos corpos e da manutenção do binarismo. Se por um lado, não temos mais nesse contexto a ideia de uma natureza sagrada ou imutável; por outro, o objetivo das intervenções parece estar reduzido à distinção cada mais precisa dos corpos femininos, em contraste com os corpos masculinos. Assim, uma natureza feminina idealizada continua em cena e produzindo corpos transformados na direção do que seria visto como mais “normal”.

Dito de outra forma, a lógica do aprimoramento requer que corpos e pessoas sejam “melhorados”, “potencializados”, “otimizados” por meio de “redefinições”, “harmonizações”, “rejuvenescimentos”. E não se percebe problemas associados a intervir em uma natureza “original” ou buscar manter uma proximidade com um modelo “natural”. Como já discuti em outros momentos, o contraste natural versus artificial parece deslocado e sem sentido (Rohden; Silva, 2020). Propus a noção de subjetividade sintética para tentar dar conta de descrever este tipo de fenômeno (Rohden, 2021b; Rohden; Cavalheiro, 2022). Subjetividade sintética descreveria processos nos quais o projeto de realização pessoal passa de forma prioritária pela busca de transformações corporais que incorporam ou sintetizam diferentes elementos, a princípio, reconhecidos como externos. Próteses, recortes na própria carne ou mesmo o uso de substâncias químicas são alguns dos elementos que podem compor essas experiências. Produz-se, então, um certo tipo de subjetividade incorporada que passa a ser reconhecida exatamente por estas composições ou acréscimos. Nesses casos, o processo de adição ou transformação, mesmo utilizando elementos protéticos, não “originais” ou “naturais”, é valorizado em si mesmo, por suas características aditivas.

Em um contexto no qual o consumo de recursos biomédicos e investimento em projetos de aprimoramento ganham cada vez mais destaque, a síntese, composição ou agregação desses diferentes elementos passa a fazer parte da percepção do/a sujeito/a. Não há mais como pensarmos as pessoas, em suas existências concretas, para além do uso desses diferentes recursos e os medicamentos estão na linha de frente dessas composições, configurando processos que podemos chamar de administração bioquímica de si. Mas sugiro que as intervenções cirúrgicas também podem ser analisadas por este prisma. Quando algumas mulheres relatam que a cirurgia íntima era a realização de um sonho, o meio para finalmente se sentir feminina ou realizada como mulher (Rohden, 2023), estamos entrando no terreno desta percepção de si que engloba esses outros elementos, o que configuraria a subjetividade sintética.

Por fim, o que mais uma vez chama a atenção é o fato de que nessas redefinições contemporâneas, a força da diferenciação de gênero expressa nos corpos continua presente. As novas subjetividades sintéticas, pelo menos em parte, continuam respondendo à recitação binária do gênero (Butler, 2003). Não é por acaso que seios (Rohden; Silva, 2020) e genitália passem a ser alvo de tamanha atenção e investimento, caracterizando focos importantes de intervenção cirúrgica estética. Nessa direção, a subjetividade sintética se associa à, ou melhor, se apresenta como, uma nova faceta da substancialização da diferença. Destaca como novas formas de substancialização se atualizam, mesmo em um contexto no qual a plasticidade corporal está em destaque. As transformações corporais e subjetivas, empreendidas por meio de artefatos biomédicos, revelam, em uma dimensão, a amplitude do processo de busca por aprimoramento que estamos assistindo no contexto neoliberal. Em outra, indicam como os imperativos do binarismo de gênero continuam inscrevendo suas marcas nas subjetividades e corporalidades contemporâneas.

Recebido: 19/07/2024

Aceito para publicação: 16/10/2024

Referências

- BATTISTI, C. et al. 2018. “Tratamento da hipertrofia de pequenos lábios vaginais na adolescência – experiência atual do Hospital da Criança Santo Antônio da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 33, p. 175-177.
- BRAUN, V. 2009. “Selling the ‘Perfect’ Vulva”. In: HEYES, C.; JONES, M. (eds.). *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer*. Farnham/ Burlington: Ashgate Publishing. p. 133-149.
- BUTLER, Judith. 2003. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- COLANERI, A. G. F. 2018. “Nova classificação para hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e correlação com as técnicas cirúrgicas indicadas”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 33, nº 1, p. 64-73.
- CUNHA, F. I. et al. 2011. “Ninfoplastia: classificação e refinamentos técnicos”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 26, nº 3, p. 507-511.
- DAHER M. et al. 2015. “Ninfoplastia em estrela: técnica para redução dos pequenos lábios vulvares”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 30, nº 1, p. 44-50.
- DORNELAS, M. T.; et al. 2016. “Plástica de pequenos lábios e suas possibilidades atuais”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 31, nº 4, p. 534-539.
- FELICIO, Y. A. 1992. “Chirurgie intime”. *Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française*. Vol. 17, nº 67, p. 37-43.
- FELICIO, Y. A. 2011. “Plástica do púbis e da genitália externa: duas décadas de experiência”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 26, nº 2, p. 321-327.
- GONZÁLEZ, P. I. 2015. “Classification of Hypertrophy of Labia Minora: Consideration of a Multiple Component Approach”. *Surgical Technology International*. Vol. 27, p. 191-194.
- MENDES, P. R. S. et al. 2018. “Variação da técnica ninfoplastia com uso de haste metálica para maior simetria”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 33, p. 145-147.
- MOTAKEF, S.; et al. 2015. “Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion”. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol. 135, nº 3, p. 774-788.
- NURKA, C. 2019. *Female Genital Cosmetic Surgery: Deviance, Desire and the Pursuit of Perfection*. Nova York: Palgrave Macmillan.
- PLÁSTICA VAGINAL. Disponível em: www2.cirurgioplastica.org.br/2012/11/05/plastica-vaginal/ Acesso: 26 de fev. 2020.
- PRECIADO, P. B. 2005. “Biopolitique du genre”. In: ROUCH, H.; DORLIN, E.; FOU-GEYROLLAS-SCHWEBEL, D. (Orgs.). *Le corps, entre sexe et genre*. Paris: L’Harmattan, p. 61-84.
- REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br> Acesso: 13 de fev. 2019.
- ROHDEN, Fabíola. 2003. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

- ROHDEN, Fabíola. 2008. “O império dos hormônios e a construção das diferenças de gênero”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Vol.15, p. 133 – 152.
- ROHDEN, Fabíola. 2009. “Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais”. *Revista Estudos Feministas*. Vol. 17, p. 89-109.
- ROHDEN, Fabíola. 2009[2001]. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- ROHDEN, Fabíola. 2011. “‘O homem é mesmo a sua testosterona’: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro”. *Horizontes Antropológicos*. Vol. 17, p. 161-196.
- ROHDEN, Fabíola. 2012. “Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza?” In: FONSECA, C., ROHDEN, F., MACHADO, P. *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome. p. 229-251.
- ROHDEN, Fabíola. 2017. “Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento”. *Horizontes Antropológicos*. Nº 47, p. 29-60.
- ROHDEN, Fabíola. 2018a. “Os hormônios te salvam de tudo: produção de subjetividades e transformações corporais com o uso de recursos biomédicos”. *Mana*. Nº 23, p.199-229.
- ROHDEN, Fabíola. 2018b. “Considerações teórico-metodológicas sobre objetos instáveis e ausências presentes: analisando processos de materialização do desejo feminino”. In: SEGATA, J.; RIFIOTIS, T. (Orgs.). *Políticas etnográficas no campo da ciência e das tecnologias da vida*. Porto Alegre: UFRGS. p. 135-158.
- ROHDEN, Fabíola. 2018c. “Sexual desire, testosterone and biomedical interventions: managing female sexuality in ‘ethical doses.’” *Vibrant*. Vol. 4, nº 3, p. 1–12.
- ROHDEN, Fabíola. 2021a. “A divulgação da cirurgia íntima no Brasil: normas de gênero, dilemas e responsabilidades no campo da cirurgia plástica estética”. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 37, e00178021.
- ROHDEN, Fabíola. 2021b. “Subjetividades sintéticas: apontamentos sobre transformações corporais e subjetivas via intervenções biotecnológicas”. *Interface*. Vol. 25, e210065.
- ROHDEN, Fabíola. 2023. “O dispositivo –antes e depois– nas cirurgias estéticas íntimas: novas formas de materialização das normas de gênero”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Nº 39, e22201.
- ROHDEN, Fabíola; ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. 2016. “Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina”. *Cadernos Pagu*. Nº 48, e164802.
- ROHDEN, Fabíola; CAVALHEIRO, Camila S. 2022. “Tecnologias de investimento e transformação de si via as imagens de “antes” e “depois””. *R@U: Revista de Antropologia Social*. Vol. 14, p.219-238.
- ROHDEN, Fabíola; CAVALHEIRO, Camila. 2021. “Esculpindo corpos e criando normalidades: as cirurgias estéticas íntimas na produção científica da cirurgia plástica”. In: ROHDEN, F.; PUSSETTI, C.; ROCA, A. (Orgs.). *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades*. Brasília: ABA Publicações. p. 183-214.

- ROHDEN, Fabíola; CORRÊA, Amandha Sanguiné. 2024. “Nas fronteiras entre saúde, beleza e aprimoramento: uma análise sobre a Síndrome dos Ovários Policísticos”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 29, e05122023.
- ROHDEN, Fabíola; SILVA, Jéssica B. da. 2020. “‘Se não for pra causar nem quero’: a visibilidade das transformações corporais e a produção de feminilidades por meio das cirurgias plásticas”. *Cadernos Pagu*. Vol. 59, e205914.
- RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor; FARO, Livi Testoni Ferreira; NUCCI, Marina; GIAMI, Alain. 2011. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/sbcp/missao/> Acesso: 28 de mai. 2020.
- THE INTERNACIONAL SOCIETY OF AETHETIC PLASTIC SURGEONS SURVEY (ISAPS) 2022. Disponível em: https://www.isaps.org/media/a0qfm4h3/isaps-global-survey_2022.pdf Acesso: 16 de abr. 2024.
- VALENTE, D.; et al. 2012. “Redução estética de pequenos lábios utilizando ressecção piramidal central estendida”. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Vol. 27, nº 3, p. 83.