

DO IDEAL ESTÉTICO CLÁSSICO AO PARADIGMA DA NATURALIDADE: PADRÕES DE BELEZA E CIRURGIA PLÁSTICA CONTEMPORÂNEA

Luiz Augusto Sousa Oliveira

Especialista em Cirurgia Geral por Residência Médica – Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHSTE),
Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0009-0008-3386-4071.

E-mail: luizaugusto.life@hotmail.com

RESUMO

A concepção de beleza humana reflete, em cada época, um conjunto de valores culturais, sociais e históricos que moldam diretamente a atuação da cirurgia plástica. Fundamentada desde suas origens nos ideais clássicos de harmonia e proporção, a especialidade ganhou consistência técnica e científica ao longo do século XX, impulsionada pelas exigências reconstrutivas dos dois conflitos mundiais e pelo aprimoramento progressivo de seus métodos, até alcançar posição de destaque no campo estético. Com a virada do milênio, a difusão acelerada de procedimentos minimamente invasivos e o poder de alcance das plataformas digitais produziram uma estética de massas, marcada pela homogeneização dos resultados e pelo culto ao impacto visual imediato. Tal cenário favoreceu a perda da singularidade anatômica, o aumento de complicações e o surgimento de distúrbios contemporâneos como a Snapchat dysmorphia e a Zoom dysmorphia, com repercussões éticas e psicossociais que a literatura passou a documentar com crescente preocupação. Diante desses desdobramentos, instaurou-se na especialidade um movimento de reorientação conceitual, no qual a naturalidade, o respeito às proporções individuais e a ética profissional assumem papel central. Esse novo referencial privilegia desfechos duradouros e compatíveis com a identidade de cada paciente, atribuindo ao cirurgião a responsabilidade de um julgamento clínico refinado. Nesse sentido, o exame crítico da trajetória histórica dos padrões de beleza apresenta-se como recurso indispensável para fundamentar escolhas estéticas mais conscientes, seguras e sustentáveis.

Palavras-chave: cirurgia plástica; padrões de beleza; estética; ética médica; individualização.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a percepção do corpo humano como objeto estético esteve condicionada a sistemas de valores culturais, sociais e temporais em constante transformação¹. Desde a Antiguidade clássica, os conceitos de harmonia, proporção e

equilíbrio orientaram a definição do belo, articulando arte, geometria e conhecimento anômico em torno de um ideal de perfeição corporal¹². É nessa confluência entre sensibilidade estética, fundamentação científica e habilidade técnica que a cirurgia plástica se estabeleceu como campo especializado e singular.

Nas últimas décadas, um conjunto de forças convergentes — entre elas a democratização dos procedimentos estéticos, a expansão das técnicas minimamente invasivas e o protagonismo das mídias digitais na mediação da autoimagem — produziu um ambiente propício à uniformização dos ideais de beleza. A busca por resultados imediatos e visualmente expressivos estimulou condutas excessivas³⁴, fenômeno que parte da literatura tem descrito como uma era do exagero estético, com consequências funcionais, éticas e psicossociais de crescente relevância⁵⁻⁷.

Em reação a esse quadro, emerge dentro da especialidade uma reavaliação de fundamentos: cirurgiões e pacientes passam a reivindicar abordagens que priorizem o respeito à anatomia individual, a continuidade da identidade pessoal e a durabilidade dos resultados⁸⁹. Nesse cenário, revisar criticamente a evolução dos padrões de beleza constitui exercício necessário para contextualizar a prática contemporânea e orientar decisões clínicas eticamente comprometidas.

2. OBJETIVOS

Analisar a evolução histórica dos padrões de beleza e discutir suas implicações na cirurgia plástica contemporânea, com ênfase na transição de abordagens padronizadas e exageradas para um paradigma fundamentado na naturalidade, na individualização e na responsabilidade ética do cirurgião.

De forma específica, busca-se: (i) descrever os principais marcos históricos que moldaram os padrões de beleza e a cirurgia plástica; (ii) caracterizar o fenômeno contemporâneo do exagero estético e suas repercussões clínicas, éticas e psicossociais; e (iii) discutir as bases conceituais da transição rumo a abordagens naturais, individualizadas e eticamente orientadas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter reflexivo, conduzida entre janeiro e abril de 2026, com o objetivo de contextualizar historicamente os padrões de beleza e suas implicações na cirurgia plástica contemporânea. A busca bibliográfica foi realizada nas bases

de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, utilizando os descritores, em português e em inglês: “plastic surgery”, “aesthetic surgery”, “beauty standards”, “naturalness”, “body dysmorphic disorder”, “Snapchat dysmorphia” e “Zoom dysmorphia”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, revisões, livros de referência e relatórios de sociedades científicas — em especial da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) — publicados entre 1976 e 2025, redigidos em português, inglês ou espanhol, considerados relevantes para a contextualização histórica, técnica, ética e psicossocial do tema. Foram excluídos materiais sem revisão por pares, comunicações breves sem dados primários e publicações duplicadas.

Adicionalmente, foram consultadas obras clássicas sobre estética e história da arte, devido à natureza interdisciplinar do objeto. Por se tratar de revisão narrativa baseada exclusivamente em literatura previamente publicada, o estudo não envolveu pesquisa direta com seres humanos ou animais, dispensando submissão a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), conforme Resolução CNS nº 510/2016.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Evolução histórica dos padrões de beleza

Na Grécia clássica, o corpo humano era concebido como expressão visível de ordem e racionalidade. Escultores como Policleto sistematizaram relações proporcionais entre os segmentos corporais — o Cânone e o Doríforo são exemplos paradigmáticos dessa busca por uma geometria do belo¹⁰. Esse legado atravessou séculos e permanece como referência estrutural na avaliação estética contemporânea.

Registros de intervenções com finalidade reparadora precedem essa tradição ocidental. O Sushruta Samhita, compêndio cirúrgico indiano datado de aproximadamente 600 a.C., descrevia a reconstrução nasal por meio de retalho de testa — técnica que antecipa, em essência, procedimentos da rinoplastia atual¹¹. No contexto europeu, foi Gaspare Tagliacozzi quem, em 1597, sistematizou o método de reconstrução nasal por retalho braquial na obra *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*, inaugurando a cirurgia plástica como disciplina formalizada¹¹. Por séculos, a prática manteve-se restrita à correção de sequelas de traumas, infecções e malformações congênitas.

A virada decisiva ocorreu no século XX, impulsionada pelos horrores das guerras mundiais. O volume sem precedentes de deformidades faciais geradas pela Primeira Guerra levou Harold Gillies a estruturar, em Sidcup, na Inglaterra, um sistema de reconstrução que formalizou os princípios basilares da especialidade moderna¹². Na Segunda Guerra, Archibald McIndoe deu continuidade a esse projeto ao tratar as graves queimaduras de pilotos britânicos da Royal Air Force¹². Em 1937, a fundação do American Board of Plastic Surgery conferiu à área reconhecimento institucional nos Estados Unidos.

No Brasil, a cirurgia plástica ganhou projeção internacional sob a liderança de Ivo Pitanguy, que em 1961 estruturou o serviço da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro — centro formador de referência global¹³. Na segunda metade do século, o apelo crescente do cinema, da moda e da cultura de massa disseminou um ideal estético calcado na juventude, simetria e proporcionalidade, ampliando o alcance social da cirurgia estética³¹⁴.

4.2 A era do exagero e a padronização estética contemporânea

A transição para o século XXI foi marcada por crescimento expressivo da demanda por intervenções estéticas. Relatório da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) registrou, em 2023, a realização de mais de 34 milhões de procedimentos em todo o mundo — dos quais aproximadamente 16 milhões de natureza cirúrgica —, o que representa incremento de cerca de 40% frente aos números de 2018¹⁵. A conjugação entre inovação tecnológica, redução de custos e maior aceitação social criou condições favoráveis à capilarização dessas práticas em diferentes estratos populacionais.

Simultaneamente, as plataformas digitais passaram a exercer influência determinante sobre a percepção da autoimagem. A convivência cotidiana com fotografias editadas por filtros gerou o que Rajanala et al. denominaram Snapchat dysmorphia — desejo de replicar, por meio de procedimentos cirúrgicos, a aparência produzida artificialmente por aplicativos¹⁶. De modo análogo, o uso massivo de videoconferências durante a pandemia de COVID-19 ampliou a autocrítica estética ao expor os usuários à própria imagem em tempo real, fenômeno descrito como Zoom dysmorphia¹⁷. Ambos os quadros evidenciam como os recursos digitais reforçam a busca por resultados padronizados e desvinculados das características anatômicas individuais.

No plano facial, a volumização por preenchedores dérmicos tornou-se procedimento central desse período. Técnicas inicialmente concebidas para recompor volumes perdidos com o envelhecimento passaram a ser utilizadas de forma sistematicamente excessiva, sem critério

anatômico adequado. Cunhou-se o termo Instagram face para descrever a convergência de traços fabricados — proeminentes maçãs do rosto, lábios superdimensionados e definição mandibular artificial — resultado da replicação de um padrão difundido nas redes sociais, com frequente prejuízo à expressividade e à individualidade dos pacientes²¹²².

Na cirurgia corporal, dinâmica semelhante se manifestou na repetição acrítica de contornos amplamente divulgados, sem consideração pelas proporções particulares de cada indivíduo. O imperativo do resultado imediato e visualmente impactante passou a sobrepor-se à harmonia global e à longevidade dos desfechos²³²⁴. A mortalidade associada à lipoenxertia glútea por embolia gordurosa — tema que motivou a constituição de uma força-tarefa da Aesthetic Surgery Education and Research Foundation (ASERF) — materializou os riscos concretos de condutas desvinculadas do rigor anatômico²⁵.

No plano psicossocial, esse cenário correlacionou-se com maior incidência de transtorno dismórfico corporal (TDC) entre candidatos a procedimentos estéticos. Estudos apontam prevalência de 5% a 15% nessa população, em contraste com 1% a 2% na população geral²⁶ — dado que sinaliza a necessidade de rastreamento sistemático em pré-operatório. A combinação entre insatisfação acumulada, percepção de artificialidade e complicações tardias alimentou questionamentos éticos e reforçou o debate sobre os limites da atuação do cirurgião plástico¹⁹²⁰²⁷.

4.3 A transição para a naturalidade e a individualização

O acúmulo de complicações, a dificuldade técnica na correção de exageros e o crescente registro de insatisfação em pacientes submetidos a intervenções excessivas criaram pressão suficiente para uma revisão dos rumos da especialidade. Indicadores concretos desse movimento incluem o aumento progressivo de explantes mamários e a procura por reversão de procedimentos de aumento glúteo — sinais de um deslocamento cultural em direção à sobriedade estética¹⁵¹⁸.

A orientação pela naturalidade não implica rejeição da cirurgia plástica enquanto prática, mas uma ressignificação de seus propósitos. Desloca-se o eixo da transformação ostensiva para o refinamento discreto, de modo que o resultado dialogue com as estruturas preexistentes do paciente sem apagar sua singularidade²¹²⁸. No rejuvenescimento facial, essa perspectiva exige domínio aprofundado da anatomia dos compartimentos de gordura, dos ligamentos retentores e dos mecanismos do envelhecimento — conhecimento que permite diferenciar a restauração criteriosa do volume da superposição artificial²⁸²⁹.

Técnicas como o deep plane facelift, que reposiciona estruturas profundas com maior durabilidade e menor distorção de superfície, e o uso criterioso de preenchedores exemplificam essa reorientação na cirurgia facial. No âmbito corporal, a prioridade recai sobre a proporcionalidade global e a preservação funcional, em detrimento de contornos espetaculares porém transitórios³¹⁵. Nesse novo modelo, o cirurgião plástico assume papel de mediador entre aspirações e viabilidade anatômica, exercendo julgamento fundamentado em sólidos princípios éticos⁸⁹.

4.4 Implicações práticas e perspectivas futuras

A adoção do paradigma da naturalidade demanda mudanças efetivas no processo de planejamento cirúrgico. Cada intervenção deve ser concebida a partir das proporções anatômicas reais, da qualidade e lassidão tecidual e das expectativas verificáveis de cada paciente¹⁰²⁸. A triagem ética rigorosa na indicação de procedimentos constitui etapa irrenunciável. A incorporação de ferramentas validadas de rastreamento do TDC — como o Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) e a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modificada para TDC — à rotina pré-operatória permite identificar candidatos com expectativas desproporcionais, para os quais a contraindicação da cirurgia pode representar a conduta mais benéfica¹⁹²⁰²⁶.

Esse reposicionamento redefine o perfil profissional esperado do cirurgião plástico: mais do que um executor de técnicas, ele passa a ser um clínico de alta complexidade, capaz de integrar anatomia, estética e ética em cada decisão²⁷. No horizonte próximo, recursos como simulação tridimensional de resultados e ferramentas de inteligência artificial aplicadas ao planejamento tendem a ampliar a previsibilidade das intervenções e fortalecer o diálogo entre cirurgião e paciente, tornando o processo decisório mais transparente e seguro.

O perfil da demanda também se transforma: pacientes progressivamente mais informados passam a valorizar desfechos discretos, sustentáveis no tempo e compatíveis com uma identidade estética autêntica. Nesse ambiente, a função educativa do cirurgião — que inclui desmistificar padrões impostos pelas redes sociais, calibrar expectativas e orientar sobre riscos — adquire peso equivalente ao da competência técnica¹⁵¹⁷. A naturalidade afirma-se, assim, não como modismo passageiro, mas como marco de maturidade da especialidade.

5. CONCLUSÃO

Esta revisão demonstra que a trajetória dos padrões de beleza é inseparável da história da cirurgia plástica. Cada época projetou sobre o corpo seus próprios ideais, e a especialidade

respondeu a essas demandas com graus variáveis de critério e responsabilidade. O período recente, marcado pela supervalorização do efeito visual imediato e pela influência avassaladora das plataformas digitais, gerou um ciclo de excessos cujas consequências — estéticas, funcionais e psicossociais — tornaram inevitável uma correção de rumos.

A reorientação em direção à naturalidade e à individualização não representa recuo da especialidade, mas seu amadurecimento. Trata-se de reconhecer que o valor de uma intervenção cirúrgica não se mede pelo contraste que ela produz, mas pela harmonia que preserva — entre o resultado obtido, a anatomia do paciente e sua identidade. Esse entendimento redistribui o peso da prática: do domínio exclusivamente técnico para a integração entre conhecimento anatômico, discernimento ético e sensibilidade estética.

A cirurgia plástica reafirma, assim, seu lugar singular na medicina: uma especialidade em que ciência e arte não são opostos, mas complementos. É justamente nessa articulação — entre precisão técnica, olhar clínico apurado e compromisso com o bem-estar do paciente — que reside o fundamento de uma prática esteticamente responsável e duradoura.

REFERÊNCIAS

1. Eco U. História da beleza. Rio de Janeiro: Record; 2004.
2. Eco U. Sobre a beleza. Rio de Janeiro: Record; 2010.
3. Rogers BO. The development of aesthetic plastic surgery: a history. *Aesthetic Plast Surg*. 1976;1(1):3-24.
4. Reich J. The evolution of thought concerning the justification of aesthetic plastic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1978;2(1):183-204.
5. Dorfman RG, Vaca EE, Mahmood E, Fine NA, Schierle CF. Plastic surgery-related hashtag utilization on Instagram: implications for education and marketing. *Aesthet Surg J*. 2018;38(3):332-8.
6. Gupta N, Dorfman R, Saadat S, Roostaeian J. An updated review of plastic surgery-related hashtag utilization on Instagram: implications for education and marketing. *Aesthetic Surg J Open Forum*. 2020;2(2):ojaa011.
7. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(3):931-8.
8. Naini FB, Moss JP, Gill DS. The enigma of facial beauty: esthetics, proportions, deformity, and controversy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006;130(3):277-82.
9. Rhodes G. The evolutionary psychology of facial beauty. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:199-226.
10. Farkas LG, Munro IR. Anthropometric facial proportions in medicine. Springfield: Charles C Thomas; 1987.
11. Mazzola RF, Mazzola IC. History of reconstructive and aesthetic surgery. In: Neligan PC, editor. *Plastic Surgery*. 4th ed. Edinburgh: Elsevier; 2018. Vol. 1, p. 11-29.

12. Chambers RG. Sir Harold Gillies: pioneer of British plastic surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1989;71(4):259-61.
13. Pitanguy I. *Aesthetic plastic surgery of head and body*. Berlin: Springer-Verlag; 1981.
14. Haiken E. *Venus envy: a history of cosmetic surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
15. Triana L, Palacios Huatuco RM, Campilgio G, Liscano E. Trends in surgical and nonsurgical aesthetic procedures: a 14-year analysis of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). *Aesthetic Plast Surg*. 2024;48(20):4217-27.
16. Rajanala S, Maymone MBC, Vashi NA. Selfies — living in the era of filtered photographs. *JAMA Facial Plast Surg*. 2018;20(6):443-4.
17. Rice SM, Graber E, Kourosh AS. A pandemic of dysmorphia: “Zooming” into the perception of our appearance. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2020;22(6):401-2.
18. Coroneos CJ, Selber JC, Offodile AC 2nd, Butler CE, Clemens MW. US FDA breast implant postapproval studies: long-term outcomes in 99,993 patients. *Ann Surg*. 2019;269(1):30-6.
19. Verheyden CN. A 5-year review of ethics complaints to the American Society of Plastic Surgeons. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(2):531-6.
20. Schonauer F, Scarabosio A, Tettamanzi M, Zena M, Cavaliere A, Tornambene R, et al. Addressing ethics in plastic and aesthetic surgery: Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica's social media policy. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2025;13(2):e6493.
21. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(7):2219-27.
22. Sundaram H, Signorini M, Liew S, Trindade de Almeida AR, Wu Y, Vieira Braz A, et al. Global Aesthetics Consensus: botulinum toxin type A — evidence-based review, emerging concepts, and consensus recommendations for aesthetic use, including updates on complications. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(3):518e-29e.
23. Beleznyay K, Carruthers JDA, Humphrey S, Jones D. Avoiding and treating blindness from fillers: a review of the world literature. *Dermatol Surg*. 2015;41(10):1097-117.
24. De Boulle K, Heydenrych I. Patient factors influencing dermal filler complications: prevention, assessment, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:205-14.
25. Mofid MM, Teitelbaum S, Suissa D, Ramirez L, Eaves FF 3rd, Sforza M, et al. Report on mortality from gluteal fat grafting: recommendations from the ASERF Task Force. *Aesthet Surg J*. 2017;37(7):796-806.
26. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167e-80e.
27. Stuzin JM, Rohrich RJ. Plastic and reconstructive surgery and the evolution of cosmetic surgery education. *Plast Reconstr Surg*. 2021;147(3):783-8.
28. Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. *Plast Reconstr Surg*. 1989;83(1):11-6.
29. Coleman SR. Structural fat grafting: more than a permanent filler. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(3 Suppl):108S-120S.