

MANUELA SILVA FERREIRA DE SOUSA

**A BUSCA PELA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA:
UM SINTOMA DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA?**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO 2007**

MANUELA SILVA FERREIRA DE SOUSA

**A BUSCA PELA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA:
UM SINTOMA DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA?**

**Tese apresentada à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção do Título
de Doutora em Psicologia Clínica, sob orientação
da Prof^ª. Dr^ª. Ceres Alves de Araújo**

São Paulo, 2007

BANCA EXAMINADORA

À Thereza e Pedro

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo carinho e apoio durante a elaboração deste trabalho.

Aos meus alunos, supervisionandos e pacientes, pela contribuição ao meu crescimento pessoal e profissional.

À Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araújo, por novamente ter me acolhido como orientanda. Pela orientação generosa e precisa.

Ao Prof. Dr. Rolf Gemperli, por possibilitar a coleta de dados para esta pesquisa em sua clínica de cirurgia plástica, e pela contribuição na Banca Examinadora, agregando importantes conhecimentos ao trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Liliana Liviano Wahba, pela rica colaboração na Banca Examinadora.

À Prof^a. Dr^a. Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento, pelo carinho e cuidado na orientação da análise do Rorschach.

À Prof^a. Dr^a. Angélica de Medeiros Claudino, que carinhosamente aceitou participar da Banca Examinadora no momento da defesa da tese.

À Prof^a. Dr^a. Edna Maria Peters Kahhale e à Prof^a Dr^a Marcia Gabriel da Silva Rego, pela participação na Banca Examinadora na qualidade de suplentes.

À Prof^a. Dr^a. Denise Gimenez Ramos, pelas observações pertinentes.

À Prof^a. Iara Pisanelli de Castro, pela ajuda na análise estatística.

À Beatriz Vero Fontes e Célia de Mathis, pela preciosa ajuda na correção dos testes de Rorschach;

À Profª. Drª. Cecilia Lourenço Maeda, com quem divido o curso “A Imagem Corporal na Contemporaneidade” na Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão, da Pontifícia Universidade Católica (COGEAE - PUC-SP), pela amizade e troca de idéias.

À Maria Aparecida Mello, pela revisão do Método.

Ao Pedro, pelas tabelas e gráficos e, sobretudo, pela paciência.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), pelo apoio recebido durante grande parte do curso de doutoramento.

RESUMO

Na sociedade contemporânea a juventude e a beleza física são valores de extrema importância. A forma de se considerar o corpo está intimamente relacionada às exigências culturais que influenciam na formação da imagem corporal, núcleo importante da personalidade. Realizada na Psicologia Clínica e embasada na abordagem junguiana, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar se a procura de mulheres por cirurgias plásticas estéticas é determinada por transtornos de imagem corporal e/ou outros transtornos psíquicos. Como objetivos específicos, o estudo pretendeu avaliar a autopercepção, a percepção interpessoal e a satisfação relacional dessas mulheres, bem como características psicológicas específicas. Os instrumentos utilizados foram um questionário auto-aplicável e o teste de Rorschach, permitindo uma investigação quantitativa e qualitativa dos processos de significação ligados ao corpo e a modificação deste a partir de cirurgias plásticas estéticas. Diferentemente da hipótese inicial, como resultado, verificou-se que a incidência de desajustes psicológicos nas participantes desta pesquisa é semelhante à da população comparada, de mesmo nível socioeconômico e da mesma cidade. Também notou-se a diminuição das defesas narcísicas, maior facilidade nos movimentos de afirmação e menor isolamento nas relações, possibilitando uma postura ativa em relação ao mundo e o estabelecimento de trocas interpessoais significativas, ainda que tais mulheres apresentem alterações no que tange à percepção e pensamento, que interferem na estruturação da imagem corporal. Dessa forma, as cirurgias plásticas estéticas são procuradas por diferentes motivos ou características de personalidade. Mesmo que o significado psicológico atribuído às mesmas mostre satisfação, verificamos que a *persona* tende a se encontrar excessivamente dependente. O trabalho psicológico no contexto das cirurgias estéticas é desejável, pois além de auxiliar evitando procedimentos insatisfatórios ou desnecessários, pode flexibilizar a *persona*, trazendo benefícios à satisfação pessoal dessas mulheres ao contribuir para a auto-estima e promover sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Imagem corporal. Cirurgia plástica estética. Sociedade contemporânea.

ABSTRACT

Youth and physical beauty are extremely important values in contemporary society. The way one thinks of his/her body is closely related to the cultural demands that influence the creation of one's body image, an important core component of personality. The study was conducted in Clinical Psychology and was based on Jungian approach, and its general purpose was to investigate whether women's search for aesthetic plastic surgery is determined by body image disorders and/or other mental disorders. The specific objectives of the research were to evaluate the self-perception, interpersonal perception and relationship satisfaction of these women, as well as specific psychological characteristics. The tools used in the study were a self-administered questionnaire and the Rorschach test, permitting a quantitative and qualitative investigation of the signification processes connected to the body and the modification of the body due to aesthetic surgeries. Differently from the initial hypothesis, research findings tell us that the incidence of psychological disorders in respondents of this study is similar to that found in the compared population, of the same socioeconomic level and from the same city. A decrease in narcissistic defenses was noticed, as well as greater easiness in self-affirmation initiatives and a decreased isolation in relationships, permitting a positive attitude towards the world and significant interpersonal exchanges, although these women also have changes in terms of perception and thought, which interfere with the structuring of their body image. Therefore, aesthetic plastic surgeries are sought for different reasons or personality traits. Although the psychological meaning attributed to these surgeries denotes satisfaction, we noticed that the *persona* tends to be excessively dependent. Psychological help in the context of aesthetic surgeries is something desirable, because in addition to help preventing unsatisfactory or unnecessary procedures, it may render the *persona* more flexible and have a positive effect on the personal satisfaction of these women by enhancing their self-esteem and promoting their quality of life.

Key words: Body image. Aesthetic plastic surgery; cosmetic surgery. Contemporary society.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição quanto às cirurgias estéticas e reparadoras no Brasil em 2004..	53
Gráfico 2. Distribuição quanto à modalidade das cirurgias plásticas realizadas no Brasil em 2004.....	54
Gráfico 3. Distribuição quanto à idade em faixas etárias.....	82
Gráfico 4. Distribuição quanto ao estado civil.....	84
Gráfico 5. Distribuição quanto à idade do cônjuge em faixas etárias.....	84
Gráfico 6. Distribuição quanto à nacionalidade.....	85
Gráfico 7. Distribuição quanto à nacionalidade da mãe.....	85
Gráfico 8. Distribuição quanto à nacionalidade do pai.....	86
Gráfico 9. Distribuição quanto ao gênero dos irmãos.....	86
Gráfico 10. Distribuição quanto ao gênero dos filhos.....	87
Gráfico 11. Distribuição quanto ao número de cirurgias realizadas.....	87
Gráfico 12. Distribuição quanto à modalidade das cirurgias realizadas.....	88
Gráfico 13. Frequência de cirurgia plástica estética na família.....	92
Gráfico 14. Frequência da oposição de parentes à cirurgia.....	93
Gráfico 15. Distribuição quanto aos motivos de oposição à cirurgia.....	93
Gráfico 16. Frequência da realização de procedimentos estéticos.....	94
Gráfico 17. Distribuição quanto ao número de procedimentos estéticos realizados.....	95
Gráfico 18. Frequência da prática de hábitos de beleza.....	95
Gráfico 19. Distribuição quanto ao número dos hábitos de beleza praticados.....	96
Gráfico 20. Frequência das atitudes indicativas do TDC.....	96
Gráfico 21. Distribuição quanto ao número de atitudes indicativas do TDC.....	97
Gráfico 22. Distribuição quanto à autopercepção.....	100
Gráfico 23. Distribuição quanto à percepção interpessoal.....	100
Gráfico 24. Distribuição qualitativa do relacionamento materno e paterno.....	101
Gráfico 25. Distribuição qualitativa do relacionamento feminino e masculino.....	102
Gráfico 26. Frequência das Constelações positivas na amostra.....	105
Gráfico 27: Frequência das médias das constelações da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	107
Gráfico 28. Frequência dos índices de Autopercepção alterados na amostra.....	109
Gráfico 29. Frequência das médias dos índices de Autopercepção da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	110
Gráfico 30. Frequência dos índices de Percepção Interpessoal alterados na amostra...	112

Gráfico 31. Frequência das médias dos índices de Percepção Interpessoal da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição quanto à profissão e exercício.....	83
Tabela 2. Distribuição das intervenções por intervalo de tempo.....	89
Tabela 3. Distribuição do número de cirurgias por intervenção.....	90
Tabela 4. Distribuição da satisfação em relação ao alcance da expectativa inicial e da forma desejada.....	91
Tabela 5. Distribuição das notas atribuídas ao resultado final.....	92
Tabela 6. Resultados da Correlação de Pearson para frequência de cirurgias, procedimentos estéticos, hábitos de beleza e características do TDC.....	97
Tabela 7. Distribuição da satisfação pré-cirúrgica por tipo de relacionamento.....	102
Tabela 8. Distribuição da mudança pós-cirúrgica por tipo de relacionamento.....	103
Tabela 9. Distribuição da qualidade da mudança pós-cirúrgica por tipo de relacionamento.....	103
Tabela 10. Distribuição quanto às Constelações positivas na amostra	104
Tabela 11: Estatística descritiva dos índices de Constelações da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	105
Tabela 12. Resultados do t de Student para Constelações da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	106
Tabela 13. Distribuição dos índices de Autopercepção alterados na amostra	108
Tabela 14. Estatística descritiva dos índices de Autopercepção da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	109
Tabela 15: Resultados do t de Student para Autopercepção da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	109
Tabela 16. Distribuição dos índices de Percepção Interpessoal alterados na amostra .	111
Tabela 17. Estatística descritiva dos índices de Percepção Interpessoal da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	113
Tabela 18: Resultados do t de Student para Percepção Interpessoal da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A.....	113

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 Imagem corporal.....	20
3.1.1 Histórico e desenvolvimento do conceito.....	22
3.1.2 Estruturação da imagem corporal.....	27
3.2 O feminino na contemporaneidade.....	29
3.2.1 A pós-modernidade.....	32
3.2.2 A Hipernmodernidade segundo Lipovetsky.....	34
3.2.3 A busca pela beleza.....	36
3.3 A imagem corporal patológica.....	40
3.3.1 Transtornos mentais com alterações da imagem corporal.....	41
3.3.2 Transtornos mentais com possíveis alterações da imagem corporal.....	49
3.4 Cirurgia plástica de caráter estético.....	51
3.5 Psicologia e Cirurgia Plástica Estética: pesquisas específicas.....	54
3.5.1 Características de personalidade de mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas.....	54
3.5.2 A imagem corporal em cirurgias plásticas estéticas.....	56
3.5.3 Transtorno Dismórfico Corporal em cirurgias estéticas.....	60
4. MÉTODO	68
4.1 Características do estudo.....	68
4.2 Amostra.....	68
4.2.1 Número da amostra.....	68
4.2.2 Critérios de inclusão.....	68
4.2.3 Critérios de exclusão.....	69
4.2.4 Categorização das participantes.....	69
4.3 Instrumentos.....	69
4.3.1 Questionário auto-aplicável.....	69
4.3.2 Teste de Rorschach.....	71

4.4 Procedimentos.....	72
4.4.1 Local de realização da pesquisa.....	72
4.4.2 Data da pesquisa.....	72
4.4.3 Aplicação dos instrumentos.....	72
4.4.4 Duração da aplicação dos instrumentos.....	72
4.4.5 Participantes excluídas.....	73
4.4.6 Análise dos dados.....	73
4.4.6.1 Questionário auto-aplicável.....	73
4.4.6.2 Teste de Rorschach.....	73
4.4.6.2.1 Constelações positivas.....	73
4.4.6.2.2 Autopercepção.....	75
4.4.6.2.3 Percepção Interpessoal.....	77
4.5 Cuidados éticos.....	80
4.5.1 Parecer sobre o projeto.....	80
4.5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
4.5.3 Termo de consentimento para realização da pesquisa.....	81
4.5.4 Entrevistas Devolutivas.....	81
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	82
5.1 Questionário auto-aplicável.....	82
5.1.1 Dados sociodemográficos.....	82
5.1.1.1 Idade.....	82
5.1.1.2 Profissão.....	83
5.1.1.3 Estado civil.....	84
5.1.1.4 Cônjuge.....	84
5.1.1.5 Nacionalidade.....	85
5.1.1.6 Ascendência.....	85
5.1.1.7 Irmãos.....	86
5.1.1.8 Descendência.....	87
5.1.2 Procedimentos cirúrgicos.....	87
5.1.2.1 Número de cirurgias realizadas.....	87
5.1.2.2 Modalidade das cirurgias realizadas.....	88
5.1.2.3 Motivação para a cirurgia.....	90
5.1.2.4 Alcance das expectativas.....	91

5.1.2.5 Cultura familiar.....	92
5.1.2.6 Investimento no próprio corpo.....	94
5.1.2.7 Características do Transtorno Dismórfico Corporal.....	96
5.1.2.8 Significado psicológico da cirurgia.....	98
5.1.2.9 Autopercepção.....	99
5.1.2.10 Percepção interpessoal.....	100
5.1.2.11 Modelos de identidade.....	101
5.1.2.12 Satisfação relacional pré-cirúrgica.....	102
5.1.2.13 Satisfação relacional pós-cirúrgica projetada na imagem corporal.....	102
5.2 Teste de Rorschach.....	103
5.2.1 Análise quantitativa.....	103
5.2.1.1 Constelações positivas.....	103
5.2.1.2 Autopercepção	107
5.2.1.3 Percepção interpessoal.....	110
5.2.2 Análise qualitativa.....	114
6. DISCUSSÃO.....	164
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	176
8. GLOSSÁRIO.....	180
9. REFERÊNCIAS.....	181
10. ANEXOS.....	189
Anexo A - Questionário auto-aplicável.....	189
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	193
Anexo C - Termo de consentimento para realização da pesquisa.....	195
Anexo D - Análise estatística Rorschach.....	197

1. INTRODUÇÃO

Este estudo dá continuidade à questão da imagem corporal abordada em trabalho pregresso, no qual sua estruturação foi verificada em crianças com deformações no corpo. Por estar comumente o tema associado a um ponto de vista estético, tal estudo possibilitou o contato com realidades de vida caóticas e dores concretas, tendo sido notória a observação de como tais crianças mobilizam a sociedade, que projeta nesse tipo de ferida exposta grande parte daquelas que cada um de nós esconde.

A imagem corporal é uma representação ou figuração mental do corpo (Schilder, 1994), e se organiza como um núcleo central da personalidade (Le Boulch, 1992). Corresponde a uma intuição de conjunto que temos de nosso corpo, e sua organização está inter-relacionada à construção da identidade (Le Boulch, 1987).

Após o estudo da imagem corporal de pessoas com deformações surgiram outras questões. As crianças daquele estudo apresentavam um padrão específico de alteração no seu desenvolvimento psicológico em função de deformações suas deformações corporais, o que nos levou a questionar por que pessoas que não têm alterações visíveis no corpo buscam modificá-lo. Onde suas feridas estão localizadas?

Vivemos em um mundo no qual a moda e a beleza física são valores de extrema importância. Sousa (2001), ao analisar a formação da imagem corporal, relata que a forma de se considerar o corpo está profundamente ligada à organização sociocultural em que o indivíduo está inscrito, e que tais exigências culturais refletem na formação de imagens do corpo na psique.

A supervalorização do corpo e da imagem visual pode ser um elemento na promoção de alterações na forma de experimentar o próprio corpo, características de transtornos psiquiátricos comuns na atualidade. Será que a busca crescente por modificações no corpo resulta do distanciamento de conflitos internos, provocando uma distorção na imagem corporal, ou apenas espelha a sociedade hedonista-narcísica na qual estamos inseridos? Ou ambos? O aspecto coletivo não pode ser esquecido, uma vez que é no âmbito da cultura que se definem os padrões estéticos desejáveis, incidindo na psique de todos nós.

É denominada cirurgia cosmética ou estética aquela cuja indicação médica não é necessária para manutenção da vida. O principal motivo que leva uma pessoa a se submeter a uma cirurgia de caráter estético é a busca pela melhora da auto-estima, seja ele consciente ou inconsciente. A auto-estima está intimamente relacionada à imagem

corporal e corresponde à satisfação do indivíduo consigo mesmo, envolvendo a obtenção de afeto e aprovação de outras pessoas.

Cada vez mais a demanda do trabalho psicoterapêutico se constitui por queixas que envolvem a questão do corpo. Existe uma variedade de transtornos somatoformes, e a característica comum deles é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, porém, não explicados por ela, pelo efeito de uma substância ou por outros transtornos mentais (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR, 2003).

Com base em nosso trabalho na área da Psicossomática, questões relativas à imagem corporal emergiram. Segundo Mello Filho (1992), a medicina psicossomática moderna compreende que todas as doenças são psicossomáticas, não havendo causalidade entre o somato-psíquico e sim uma relação de interdependência entre os fatores psicológicos, biológicos e sociais do homem. Dessa mesma forma compreendemos as doenças em nosso Núcleo¹, assim como a concomitância desses fatores em todos os estados de saúde. Quando Tavares (2003) afirma que corpo e mente, movimentos e percepções, relações afetivas e sociais são aspectos inseparáveis e indispensáveis para a organização das imagens corporais, refere-se justamente ao caráter psicossomático do tema.

Assim, pacientes submetidas a cirurgias plásticas estéticas trazem a questão psicossomática implicada na procura por uma intervenção cirúrgica no corpo, cirurgias algumas vezes de indicação desnecessária.

O corpo é material privilegiado para expressão simbólica de um conflito inconsciente. Na história corporal são registrados os conflitos em relação à estruturação da identidade, e dela decorrerá uma maior ou menor adequação às situações de vida.

O trabalho psicológico pode trazer importantes benefícios no reconhecimento da interdependência entre mente e corpo. Sob o ponto de vista sócio-histórico, Kahhale (2003) considera processo saúde-doença como o enfrentamento às diversas situações ambientais ao longo dos tempos. Dessa forma, torna-se importante não somente a leitura do aspecto social mas também de uma visão essencialmente de interação, de interconexão dos vários profissionais de saúde.

O sujeito que busca uma modificação em seu corpo muitas vezes alcança um bem-estar geral em função de ganhos significativos na auto-estima. O candidato à

¹ Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP.

cirurgia plástica estética pode também anunciar um descontentamento com sua realidade corpórea em suas representações conscientes e inconscientes, e, neste caso, a ilusão de um corpo perfeito pode indicar um sentimento de onipotência satisfeito pelo alcance do inatingível. Onipotente é aquele médico que, algumas vezes, responde sem questionamento ao desejo de seu paciente.

A beleza física pode ser considerada o ícone da perfeição humana. O culto ao corpo e a fuga do envelhecimento com todos seus rituais e sacrifícios envolvem não apenas uma busca por melhores condições de saúde, mas também uma preocupação excessiva com a aparência. Numerosos são os artigos e reportagens sobre a indústria da beleza, que tem um crescimento anual de proporções geométricas. Também inúmeros são os programas televisivos que abordam o tema da cirurgia plástica, alguns convidando à reflexão sobre o exagero da prática e mostrando ganhos significativos na qualidade de vida de muitas pessoas, e outros transformando o sofrimento humano e o caráter privado do ato cirúrgico num espetáculo midiático. A beleza tornou-se uma necessidade.

Tratamentos cosméticos, auto-estima, cirurgias plásticas, dificuldades de comunicação, tatuagens, distúrbios alimentares, dor, excesso de exercícios, estresse e sintomas psicossomáticos, entre outros, são assuntos atuais intimamente relacionados à imagem corporal. O estudo do tema, então, atende às exigências de atualização profissional do mercado profissional, não apenas por sua relevância conceitual, mas também porque a conscientização das maneiras pelas quais nos relacionamos com o próprio corpo pode promover sua utilização como instrumento favorecedor da comunicação interpessoal.

O crescimento do interesse pelo corpo e imagem corporal é notório não apenas na Psicologia e áreas afins, mas na cultura geral, especialmente na arte. O corpo passou a ocupar lugar privilegiado nas formas de expressão do homem contemporâneo. No primeiro semestre de 2005, oito exposições sobre o corpo ocorreram na cidade de São Paulo, entre elas *O corpo na arte contemporânea brasileira*, realizada no Itaú Cultural e *Corpos Pintados*, na OCA. A maior parte dos eventos apresentava uma abordagem multidisciplinar e mostrou como o corpo, seu uso e suas imagens podem ser compreendidos como linguagem.

No final de junho e início de julho de 2005, outro evento ocorreu na cidade de São Paulo, realizado no SESC Pinheiros, nomeado *Imagem corporal e identidade*

cultural. Tal evento abordou diretamente a questão da imagem corporal e seus idealizadores propunham que:

[...] o pensamento sobre o homem contemporâneo tende a traçar um perfil no qual, através das formas corporais, os limites do corpo ditam a ordem moral e significativa do mundo. Se as fronteiras do homem são limitadas pelos contornos que o compõe, cortar-lhe ou acrescentar-lhe outros componentes, metamorfoseia a sua identidade pessoal, modificando a percepção que cada um possui de si mesmo².

Tal afirmação vem justamente de encontro com aquilo que pretendemos abordar: a qual metamorfose as pacientes de cirurgias estéticas estão se submetendo? Se a modificação no corpo tem caráter de linguagem, o que estariam elas querendo dizer?

O estudo será embasado na abordagem junguiana. Na psicologia analítica, os símbolos referentes à forma como o indivíduo se apresenta referem-se a *persona*³, que dá origem ao papel social de uma pessoa, em função das expectativas sociais e do treinamento dos primeiros anos. Seu desenvolvimento decorre de um processo adaptativo que reprime características e tendências individualmente importantes, tornando-as invisíveis ou suprimindo-as no interesse de fatores coletivamente práticos ou desejáveis. Às cirurgias cosméticas cabe o papel de engessar essas máscaras, pelo caráter responsivo às exigências da sociedade pós-moderna de padrões elevados de juventude e beleza?

A percepção social da imagem dos indivíduos, decorrente da apercepção da *persona*, tem papel fundamental na formação da identidade, uma vez que esta incorpora as projeções do outro.

Mulheres que investem mais em seus próprios corpos podem apresentar uma maior consciência de suas realidades corpóreas, tendo como consequência disto uma auto-estima mais elevada?

Será válida a hipótese de que uma valoração positiva do corpo pode levar a maiores cuidados com ele? Ou estará a paciente da cirurgia plástica estética fugindo de um processo mais integrado e genuíno em seu desenvolvimento psíquico? O excessivo deslocamento da energia psíquica para o corpo, que deixa as insatisfações de outra ordem jogadas na *sombra* resolve, num primeiro momento, a ameaça dos perigos decorrentes de conflitos não resolvidos?

² Trecho extraído do folheto de divulgação do evento Imagem corporal e identidade, SESC Pinheiros, junho de 2005.

³ As definições dos conceitos oriundos da Psicologia Analítica, que estão em itálico neste trabalho, se encontram no Glossário (Anexos).

Será a imagem corporal ou o corpo anatômico o objeto passível de análise e transformação? A procura pela intervenção estética antecipa um sintoma? O sintoma será individual, cultural ou envolve ambos os aspectos?

A procura pela cirurgia plástica estética está relacionada à busca da organização primordial e segurança relativas aos cuidados matriarcais? Estas são algumas das questões que pretendemos responder a partir deste estudo.

Como fundamentação teórica, no capítulo 3 será feita uma revisão sobre o conceito de imagem corporal, representação psíquica fundamental para os processos do desenvolvimento psicológico, seguida de um levantamento a respeito de como ocorre sua estruturação. Serão abordados aspectos do feminino na atualidade, pois é na tradução da realidade contemporânea que se delinea a investigação de importantes questões sobre o recurso da cirurgia plástica estética para obtenção de maior satisfação pessoal. Serão também revistas as alterações da imagem corporal, presentes em alguns transtornos mentais, implicando uma forma errônea de experimentar o próprio corpo, para que possamos distinguir uma estruturação patológica de diferenças qualitativas em sua formação, uma vez que a imagem corporal pode encontrar-se mais ou menos coesa em função de transtornos psíquicos. A cirurgia plástica estética terá uma breve descrição, restando a revisão bibliográfica de pesquisas que inter-relacionam a Psicologia à Cirurgia Plástica Estética.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar se a procura de mulheres por cirurgias plásticas estéticas é determinada por transtornos de imagem corporal e/ou outros transtornos psíquicos.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a autopercepção e a percepção interpessoal das participantes da pesquisa
- Verificar o nível de satisfação das relações interpessoais das pacientes.
- Investigar se as participantes da amostra apresentam características psicológicas específicas.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Imagem corporal

A imagem corporal pode ser definida como o conjunto de imagens ou representações mentais do corpo ao longo da vida de um indivíduo.

Existe uma inter-relação da construção da identidade e da organização de uma imagem corporal coesa. O sentido de identidade, segundo Tavares (2003), se constrói pela integração de vivências perceptivas, as quais incluem forças externas e internas ao corpo. Sua singularidade decorre do fato de se estruturar no contexto da experiência existencial e individual do ser humano, num universo de inter-relações de imagens corporais.

A construção da imagem corporal é um processo que se dá paralelamente à estruturação e diferenciação egóicas de um indivíduo, portanto, à formação da consciência. O corpo a que nos referimos quando falamos de imagem corporal transcende os aspectos que a formam, por se tratar de um corpo representado, que integra múltiplas dimensões em seu caráter singular.

A representação do corpo se dá ora por prazer, ora por inquietação, e essa auto-representação pode ser perturbada, existindo uma

antinomia entre a estabilidade de nossas aparências corporais e a potência acidental da irrupção de imagens das quais o corpo é justamente o teatro permanente (Jeudy, 2005, p.7)

O mesmo autor relaciona essas imagens às fantasias, mas também à imediaticidade do real, àquilo que nos acontece sem que possamos prever. Elas ignoram o tempo e surgem de maneira incongruente durante toda nossa vida.

Surgem os conceitos imagem corporal, esquema corporal, autopercepção e auto-estima, constituintes do substrato corporal do ego, importantes para este estudo, e, devendo, portanto, ser definidos.

Sousa (2001), buscando compreender os conceitos relacionados ao corpo, encontra dificuldade em relação à definição de alguns conceitos que muitas vezes são considerados sinônimos e, outras vezes, são utilizados como complementares. Tal dificuldade acontece com os discutíveis conceitos esquema corporal e imagem corporal, e, portanto, devemos levar em conta alguns critérios.

Esquema corporal e imagem corporal referem-se a representações mentais que são elaboradas em níveis diferentes do complexo cérebro-mente. Também, devemos levar em conta que na estruturação da imagem corporal são acrescentadas variáveis afetivas. Por esse motivo, no trabalho, são considerados como conceitos distintos, mesmo que ambos favoreçam a formação da identidade corporal e orientem o indivíduo em relação ao mundo, correspondendo a representações mentais do corpo. Tal distinção entre os conceitos também foi adotada por Rodrigues (1987), Olivier (1995) e Krueger (2002).

O esquema corporal corresponde à intuição de conjunto ou ao conhecimento imediato que temos de nosso corpo, no estado estático ou em movimento, na relação de suas diferentes partes entre si e com o espaço circundante (Le Boulch, 1987). De acordo com Rodrigues (1987), o esquema corporal é conotado como uma estrutura neuromotora que possibilita ao indivíduo estar consciente de seu próprio corpo anatômico, ajustando-o às solicitações de situações novas e desenvolvendo ações de forma adequada.

O conceito de imagem corporal engloba o conceito de esquema corporal, ao mesmo tempo em que o ultrapassa, uma vez que a ele são acrescentados sentimentos, emoções e valores. Assim, a imagem corporal consiste num fenômeno multidimensional (Cash e Pruzinsky, 2002) e se organiza como um núcleo central da personalidade, correspondendo a um conjunto funcional que promove o desenvolvimento (Le Boulch, 1992). Krueger (2002) a define como uma série cumulativa de imagens, fantasias e significados sobre o corpo e suas partes e funções. Segundo Cash e Pruzinsky (2002), devem ser considerados o rol de situações e os contextos emocionais na experiência dinâmica da imagem corporal na vida cotidiana, assim como as flutuações individuais relacionadas a atributos psicológicos e características físicas do momento.

A autopercepção pode ser definida como o conjunto de conceitos e atitudes que envolvem a percepção e representação que o indivíduo faz de si próprio, abrangendo a consciência que ele tem do corpo que experimenta. Envolve dois aspectos, a auto-imagem, constituída pelas impressões relativas às próprias características, e o auto-envolvimento, que diz respeito ao grau de preocupação do indivíduo consigo mesmo, em contraste com as preocupações relativas ao mundo externo (Exner, 2003). De acordo com Exner e Sendín (1999), a autopercepção favorece o alcance de um autoconhecimento relativamente amplo e ajustado a realidade do indivíduo.

A auto-estima é definida por Dorsch *et.al.* (2001) como o sentimento de poder, de satisfação e de valor estável que uma pessoa possui sobre si. Corresponde ao valor que se atribui à representação autodescritiva complexa (qualidades positivas e negativas que o indivíduo percebe ou acredita perceber), quando a comparamos com fontes de valoração externas. Assim, supõe uma estimacão de valor pessoal frente à de outros, que também pode ser real ou imaginária e que influi nas avaliações das próprias condutas e no estabelecimento dos objetivos que o indivíduo se propõe a atingir (Exner e Sendín, 1999).

A auto-estima encontra-se mais elevada naqueles indivíduos que se relacionam bem com o próprio erotismo e estabelecem relações interpessoais satisfatórias. Ela também está intimamente ligada ao estabelecimento do narcisismo na primeira infância e, de acordo com Neumann em 1968, é uma fase de transição necessária para a consolidação do ego, durante a qual o sentimento, de que somos compreendidos ou seguidos empaticamente pelo outro por meio de nossos pensamentos, sentimentos e experiências, é crucial (Schwartz-Salant, 1982).

3.1.1 Histórico e desenvolvimento do conceito

Em 1911, o neurologista britânico Henry Head denomina “esquema corporal” o modelo postural que temos de nós mesmos, o que representa um marco referencial. O conceito de imagem corporal é introduzido pela primeira vez por Lhermitte em 1921, mas é Schilder que, em 1935, dá uma dimensão maior à noção, ultrapassando a realidade neuropsicológica ao introduzir os aspectos mental e social (Le Boulch, 1992).

O interesse pelo estudo da imagem corporal surge por meio da observação de comportamentos patológicos decorrentes de danos cerebrais por neurologistas do início do século XX. Com a preocupação em correlacionar certas formas de percepção distorcida do corpo com lesões cerebrais específicas, e com base na análise de casos clínicos, estes descobrem que a forma de perceber o corpo está ligada a uma organização cerebral vulnerável a lesões (Tavares, 2003). As neurociências têm, portanto, papel definitivo no estudo da imagem corporal, em função de serem as responsáveis pela localização dos centros de controle e autopercepção.

Gerstmann se destaca no século XX ao descrever a “Síndrome de Gerstmann” ainda hoje referida na clínica neurológica. Head em 1911, Lhermitte em 1921 e Schilder em 1935, entre outros, estudam o fenômeno do membro fantasma, vendo que este

refletia o processo central da imagem corporal central que ainda não havia se adaptado à perda do membro. Tavares (2003) lembra que posteriormente outros autores como Haber em 1956, Teuber, Krieger e Bender em 1949 e Simmel em 1956, acrescentam os fatores periféricos e a influência das variáveis maturidade de desenvolvimento e defesas psicodinâmicas como elementos implicados no fenômeno do membro fantasma.

Depois do estudo da imagem corporal como resultado da investigação de percepções corporais distorcidas e conexões com danos cerebrais, o tema passou a ser estudado em outras perspectivas, nas quais se buscou uma visão vinculada à identidade do indivíduo, enfatizando o aspecto existencial do corpo.

Schilder (1994) propõe o conceito de imagem corporal como a figuração ou representação mental que diferencia o indivíduo do mundo externo. Segundo ele, a imagem tem uma base fisiológica, uma base libidinal e uma base social. Assim, vemos partes da superfície de nossos corpos, temos sensações que vem dos músculos (e seus invólucros), das inervações e das vísceras; e impressões táteis, térmicas e de dor.

A base fisiológica da imagem corporal tem como base o modelo postural do corpo, em que a função plena dos nervos periféricos garante a localização exata dos estímulos. A estrutura libidinal está ligada ao narcisismo e ao amor pelo próprio corpo, e sua formação se dá paralelamente ao desenvolvimento das percepções do pensamento e das relações interpessoais, nas quais a influência das emoções altera o valor relativo das diferentes partes da imagem corporal, podendo haver perdas de sensação ou o esquecimento de um membro, alterações na percepção da gravidade ou em função de sensações anormais causadas pelas doenças. A base social ocorre pelo intercâmbio contínuo entre partes de nossa imagem corporal e das imagens corporais dos outros, determinado pelo fator de proximidade ou afastamento espacial ou emocional (Schilder, 1994).

Ao estudarmos a imagem corporal, damos-nos conta que as primeiras idéias são advindas da Psicanálise. Schilder (1994) usa o conceito psicanalítico de pulsão como a base da imagem corporal. Klein (1985) descreve a existência de “fantasmas primitivos”, primeiro esboço de um “corpo imaginário” existentes nas fases iniciais do desenvolvimento e que são a expressão mental dos mecanismos de defesa contra a ansiedade, característicos de um ego arcaico. Lacan (1995), por sua vez, verifica que a experiência do espelho permite à criança associar a imagem visualizada ao “corpo imaginário” dos sonhos e das alucinações, o que dá início ao domínio de sua unidade corporal. Dolto (2002) distingue a imagem corporal de esquema corporal, sendo a

primeira a memória inconsciente daquilo que é vivido nas relações e que se atualiza no momento atual de forma dinâmica, e o esquema corporal uma realidade de fato.

Atualmente, vemos que a imagem corporal consiste num fenômeno multidimensional, que vai além da definição de figuração mental constituída por elementos conscientes e inconscientes que se integram, formando uma *gestalt* (Schilder, 1994). Existe confusão quanto à nomenclatura, uma vez que atualmente o conceito é muitas vezes utilizado como sinônimo de outras facetas da experiência corporal, como por exemplo aparência física, o que dificulta a compreensão de sua complexidade. Mais que apenas um constructo teórico, como já dissemos, as situações cotidianas diversas e os contextos emocionais devem ser considerados, assim como suas flutuações nos indivíduos, levando sempre em conta a variação individual relacionada a atributos psicológicos e características físicas do momento (Cash e Pruzinsky, 2002)

Ramos (2006) esclarece que a imagem corporal faz parte do *complexo* do *ego*, formando uma estrutura coerente e relativamente estável no indivíduo, assim como todas as sensações cinestésicas presentes na consciência. Segundo os pressupostos de Jung, a autora lembra que todo *complexo*, inclusive o egóico, teria um padrão específico de sensações cinestésicas e imagens.

O conceito de *Si-mesmo corporal*, proposto por Neumann (1980) corresponde à entidade que estrutura a noção do eu e do mundo. Quanto mais primitivo o nível psíquico, maior sua identidade com os eventos corporais que o regem:

Complexos e arquétipos mais profundos têm as suas raízes ainda mais assentadas na fisiologia do corpo... , e o corpo representa a totalidade e a unidade geral, sendo a sua reação total uma totalidade genuína e criativa/criadora. (Neumann, 1980, p. 210)

Portanto, a sensação geral do corpo é a base natural da sensação da personalidade, e o caráter único do corpo de um homem, que misturado a fatores hereditários, é o próprio fundamento da individualidade. O mesmo autor, ao descrever os primeiros estágios do desenvolvimento da consciência da criança, observa que esta reage corporalmente aos estímulos e sentimentos, e que as estruturas psíquicas são construídas por meio de reações psicofisiológicas. A imagem corporal, dessa forma, tem grande importância, uma vez que a formação da identidade se dá com base na vivência corporal. O corpo é o primeiro receptáculo para o *Si-mesmo* se manifestar como potencialidade. O *Si-mesmo* mostra-se precocemente na infância e o *Si-mesmo corporal* representa a própria essência da criança, possibilitando a vivência de uma unidade.

Ao nascer, a criança compõe psicologicamente uma mesma unidade com sua mãe. Nos primeiros estágios do desenvolvimento, corpo e psique estão indiferenciados, assim como a imagem corporal, que é difusa; mesmo que já se observe um centro regulador de totalidade do organismo da criança, o *Si-mesmo corporal*. A mãe é identificada como o mundo ao redor nessa fase.

Assim, Neumann (1980) propõe que por um lado já existe uma estrutura responsável pela regulação da totalidade do organismo da criança (*Si-mesmo corporal*) e, por outro, essa primeira estrutura reguladora está imersa no *Si-mesmo* da mãe.

Por meio do contato da mãe com a criança é que se dá o desenvolvimento da consciência, ou seja, a estruturação egóica, bem como a estruturação do dinamismo que, mais tarde, estruturará a imagem corporal. O registro da qualidade da relação com a mãe é fundamental no estabelecimento do eixo *ego/Si-mesmo* e que dará origem aos relacionamentos interpessoais e sociais da criança.

Jung e Wilhem (1990) propõem a compreensão dos aspectos metafísicos apenas na possibilidade de torná-los objeto da Psicologia. Sua admiração pelos grandes filósofos do Oriente baseia-se na crença de que eles fazem psicologia simbólica, a qual não poderia ser tomada literalmente:

A idéia do ‘corpo diamantino’, do corpo-alento incorruptível que nasce na flor de ouro⁴, ou no espaço da polegada quadrada, é uma dessas afirmações metafísicas. Esse corpo é, como os demais, um símbolo de um fato psicológico muito importante, o qual, por ser objetivo, aparece primeiramente projetado em formas dadas através de experiências da vida biológica: fruto, embrião, criança, corpo vivente, etc. Tal fato pode expressar-se melhor pelas palavras: ‘não sou eu que vivo, mas sou vivido’. (Jung e Wilhem, 1990, p. 55)

Essas vivências, via corpo objetivo, nos levam, segundo Reis (2002), a pensar num “corpo arquetípico”. Quando sinais corporais como espasmos, dores ou outros sintomas se localizam em determinadas partes do corpo (estômago, cabeça, coração), podemos intuí-los como manifestação do “corpo arquetípico”, utilizando o físico como símbolo.

Dieckmann (1983) faz uma crítica em relação ao “redescobrimto do corpo” presente nas últimas décadas, ao questionar se as novas abordagens corporais, advindas das técnicas que buscam maior conscientização do corpo, propiciam de fato uma transformação verdadeira na forma de se relacionar com o corpo. Ele esclarece que

⁴ A flor de ouro é a luz, ou um símbolo mandálico que Jung dizia encontrar nos desenhos de seus pacientes.

sempre que lidamos com o corpo, encontramos-nos no campo do símbolo: o *arquétipo* terra, porque o nosso corpo está profundamente coligado com a natureza. Propõe também que o ser humano tornou-se um *opus contra naturam* uma vez que passou a viver contra a natureza em função da consciência patriarcal de nossa cultura e civilização. Por meio de tais argumentos, Dieckmann conclui que a relação mantida com o corpo não é a desejável relação amorosa constelada por Eros, mas ainda uma relação de dominação, regida por uma cultura e sociedade patriarcais.

Mindell (1984) desenvolve o conceito de “corpo onírico”, que provoca um campo de sensações, formado de percepções de alta intensidade, limitadas pelo tempo e espaço, e que também pode ser descrito como um conjunto de vórtices de energia mantidos juntos pela personalidade total. O autor denomina o corpo onírico como uma sensação corporal interna conectada a fantasias, tendo como sinônimos os conceitos orientais *shakti*, *kundalini* e *chi*.

A abordagem psicomotora traz também importantes contribuições para a conceituação de imagem corporal. Vayer (1973) entende que a motricidade e o psiquismo estão intimamente confundidos, sendo aspectos indissociáveis de uma mesma organização. Segundo ele, a experiência corporal está no centro do desenvolvimento do Eu, sendo composta pela interação dos esquemas corporais (experiência do corpo como objeto em uma situação espacial bem definida), dos valores corporais (experiência do corpo com um símbolo do Eu e como ator das relações com o mundo e os outros), e dos conceitos corporais (conhecimento topográfico e intelectual do corpo).

Vayer diferencia imagem corporal de esquema corporal. Para a conceituação de esquema corporal, ele corresponde à organização das sensações relativas ao próprio corpo os dados do mundo exterior. Essa definição dá espaço para as duas vertentes de atividade motriz, uma sendo a atividade tônica (voltada para o próprio sujeito), e a outra a atividade cinética (voltada para o mundo exterior).

Em relação à imagem corporal, Vayer a define como o resultado complexo de toda a atividade cinética. A imagem do corpo é a síntese de todas as mensagens, estímulos e ações que permitem à criança diferenciar-se do mundo exterior e tornar-se com seu Eu, o sujeito de sua existência. Segundo ele, o desenvolvimento da imagem corporal acontece de acordo com o reconhecimento da consciência. Portanto, o tônus e a imagem corporal são dois aspectos indissociáveis do esquema corporal.

Le Boulch (1992) explica a imagem corporal como uma forma de equilíbrio entre as funções psicomotoras do indivíduo e sua maturidade, no que se refere à estruturação do ego. Não corresponde, portanto, a uma só função, mas a um conjunto funcional cuja finalidade é favorecer o desenvolvimento. É por meio das relações mútuas do organismo e do meio que a imagem do corpo se organiza como núcleo central da personalidade, uma vez que ela não está pré-formada. Segundo ele, a atividade praxica originada pelo intercâmbio corporal com a mãe é a base da descoberta da própria personalidade.

Le Boulch (1987) não faz uma diferenciação entre esquema e imagem corporal, os considerando como uma intuição de conjunto ou um conhecimento imediato que temos de nosso corpo no estado estático ou em movimento, na relação de suas diferentes partes entre si e com o espaço circundante.

Assim, a imagem corporal pode ser estudada por qualquer linha de abordagem psicológica que enxergue o desenvolvimento da criança como uma interação da corporeidade e o comportamento, na qual três fatores estão envolvidos: o corpo da criança como meio de relação, o mundo dos objetos no qual exerce seu Eu e evolui, e o mundo dos outros, do qual depende tanto para a satisfação de suas necessidades vitais como afetivas. Quando estes três dados são favoráveis, o desenvolvimento da criança se dá normalmente (Vayer, 1973).

Atualmente a imagem corporal é um tema de interesse de profissionais que atuam em diversas áreas. Ela se relaciona intimamente com temas em voga na área da Saúde como: distúrbios alimentares, dor, medicina estética, o uso de tatuagens e piercings, consciência corporal, entre outros. Em todas as situações citadas existe determinante vinculação com o processo de organização, integração e desenvolvimento da identidade corporal.

3.1.2 Estruturação da imagem corporal

Para que a estruturação da imagem corporal ocorra de maneira satisfatória, é necessária a integridade dos sistemas nervoso e muscular. Os responsáveis pela autopercepção são os proprioceptores, que consistem numa série de sensores na pele, músculos e articulações, sensíveis a deformação, atrito e pressão. Tais sensores repassam a informação ao cérebro por intermédio dos neurônios sensoriais e indicam a posição do corpo no espaço, o reposicionamento do corpo após um movimento e

desempenham papel decisivo no senso de equilíbrio (Roll e Roll, 2005). Outras alterações funcionais decorrentes de comprometimentos corticais e motores, entre outros, resultam negativamente na possibilidade da formação de uma imagem corporal coesa.

A estruturação da imagem corporal se dá paralelamente ao desenvolvimento da identidade do próprio corpo, assim como a diferenciação e estruturação egóicas. Apesar de corresponder a um processo que ocorre durante toda a vida, predomina nos primeiros anos de vida.

No processo de socialização introduzido desde a primeira relação (mãe-filho) ocorrem o reconhecimento e aceitação das limitações corporais, que ganham significado de diferenciação e amadurecimento. O corpo será validado através do reconhecimento oriundo de relações posteriores, o qual possibilitará a estruturação de uma identidade corporal.

Segundo Araújo (2000), a psicologia genética mostra que, já após o nascimento, o bebê conhece sensações de prazer (saciação) e desprazer (privação), e que elas são vividas corporalmente pela distensão e relaxamento, ou espasmos, gritos, e crispações, correspondentemente. Essas reações ou sensações são impregnadas de emoções, e seu registro é feito por meio da memória corporal. O bebê estabelece uma relação de pertença com a mãe em que “a pele psíquica” separa o espaço interno do bebê do mundo.

A criança, dos dois aos cinco anos, reconhece o uso de si mesma mediante seus deslocamentos e manipulações. O brincar com o próprio corpo já constitui um verdadeiro treinamento funcional, até a fase que vai dos cinco aos sete anos, a partir da qual a criança já tem uma representação mental de si mesma, que vai além da ação. Dos sete aos doze anos já se observa a primeira integração da imagem corporal com suas valorações, com sua história impressa no corpo, que podem ser consideradas como “cicatrizes ou condecorações”, em que já existe uma identidade. Somente no início da fase adulta, há a internalização de um corpo inteiro, “eficiente na sua ação, dono de sua vontade”.

A ênfase do desenvolvimento da imagem corporal recai sobre algumas condições que se relacionam com a integração das percepções corporais e organização da identidade corporal.

Essa integração deve ocorrer de forma ascendente, para uma organização de uma identidade corporal que reflita uma realidade corporal que sustenta toda a subjetividade conectada ao fluir harmonioso dos impulsos do indivíduo e à história de suas relações com o mundo. (Tavares, 2003, p. 106)

A identidade constitui-se assim uma referência dinâmica de fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais, vinculados ao processo de desenvolvimento da imagem corporal. Ainda segundo a autora, a inadequação na estimulação corporal no início da vida pode comprometer o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal. Situações adversas tais como doenças, amputações, traumas, deficiências neurológicas, modificações rápidas no crescimento, relações sociais e afetivas inapropriadas e situações de perda, entre outros, podem dificultar a vivência de experiências corporais positivas.

Entre todas as condições que dificultam o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal, a inadequação da estimulação corporal da criança está em jogo. A inadequação se dá pela falta de desejo da criança por parte da mãe, ou pelo fato desta não ter uma imagem corporal estável e coesa, consequência de uma identidade corporal pouco diferenciada.

3.2 O feminino na contemporaneidade

Nas últimas décadas houve grandes modificações no campo das ciências que apontaram para transformações significativas no que se refere aos paradigmas culturais. No estudo da imagem corporal devem ser levadas em conta as influências socioculturais e interpessoais, como a exposição à mídia ou mesmo o *Bulling*⁵, entre outros.

A insatisfação corporal tem ares de epidemia nos tempos atuais. As pessoas vivem num conflito: por um lado convivem com padrões nutricionais extremamente calóricos e comumente são sedentárias, o que vem ocasionando o aumento da obesidade na sociedade ocidental; por outro, sentem-se na “obrigação” de atenderem às exigências sociais de magreza e beleza, com todos os rituais que isto envolve.

Além da predisposição orgânica e do aspecto psicológico na formação de sintomas na sociedade contemporânea, os aspectos sociais têm influência marcante. O aumento da reprodução de imagens através da mídia tecnológica incide na formação de imagens em nossas psiques, e a propagação de imagens de corpos jovens e perfeitos

⁵ Violência de um grupo contra um indivíduo, por intimidação física e psicológica, assim como a disseminação regular de apelidos depreciativos.

estimula a busca de corpos ideais objetivando uma validação externa, fato que pode estar relacionado ao crescimento geométrico dos transtornos que envolvem alterações da imagem corporal.

Há uma espécie de “*slogan* esquizofrênico” nas mensagens publicitárias, que diz “seja diferente: seja igual”, segundo Scliar (1997). O que o autor denomina como totalitarismo democrático se dá pelo consumo que torna os padrões de estética e de comportamento homogêneos.

Kehl (2002) escreve o artigo “Com que corpo eu vou?”, título provocativo em alusão a um corpo “produzido” através de dietas, malhação e cirurgias estéticas, que “usamos” e “ostentamos” para dizer quem somos, “corpo-imagem” ou “corpo-mensagem” que fala pelo sujeito.

Questionando como se dá a relação sujeito-corpo e quais são as metáforas contemporâneas para a relação, Breyton *et al.* (2003) esclarecem que o corpo das adolescentes e das mulheres é o porta-voz deste coletivo que as invade e cerceia, uma vez que ainda é o objeto privilegiado das intervenções estéticas e reprodutivas. Segundo as autoras:

[...] o que leva este corpo a colocar-se na fronteira entre o penetrável e o invisível é uma questão que remete à interface da subjetividade feminina e fisiologia da mulher, que se transforma, menstrua, gera, pare, aleita e sofre os efeitos da menopausa [...] (Breyton *et al.*, 2003, p. 67)

Ainda discutem o fato das intervenções médicas transbordarem de longe a intimidade dos consultórios psicanalíticos e passarem a ocupar as imagens, os discursos, os programas de televisão. Descrevem sobre o exagero e banalização das manobras cirúrgicas estéticas, fato que leva à alienação do próprio corpo pela entrega aos padrões estandardizados de beleza; e dos múltiplos esforços para apagar as marcas do envelhecimento, “como se fosse escatológico qualquer traço de finitude.” (Breyton *et al.*, 2003, p. 66)

A cultura feminina das aparências, porém, não vem de hoje. Já no século XVI circulavam na Europa livros de receitas de beleza, para dissimular, apagar e substituir as imperfeições, graças a pós, perucas, unguentos e espartilhos pelos quais passavam as mulheres de pele azeitonada, feições delicadas e longas cabeleiras:

o *rouge* apresentava-se na forma líquida ou de unguento quando se lhe adicionava gordura de porco ou cera [...] a ação depilatória do sulfato de arsênico, malgrado sua toxicidade [...] o leite de cabra e a gordura de cavalo [...] garantiam cabelos soberbos e

sedosos. Pérola esfregadas nos dentes garantiam brilho e brancura e milagrosa, para o mesmo fim era a pedra-pome dormida no vinho branco. (Del Priore, 2000, p. 24)

Sant'Anna (1995) lembra que no Brasil, entre os anos 1900 e 1930, dezenas de propagandas prometiam o combate aos “defeitos” da aparência feminina: pomadas para afinar a cintura, branquear a pele, tirar pêlos ou escurecer cabelos brancos.

No entanto, no decorrer do século XX, a mulher se despiu, e o nu, da mídia, das revistas e das praias incentivou o corpo a se desvelar publicamente. A solução foi cobri-lo com cremes, vitaminas, silicones e colágenos; pois a pele tonificada, alisada e limpa apresenta-se idealmente como uma nova forma de vestimenta, “que não enruga nem amassa jamais” (Del Priore, 2000). Uma estética baseada no culto ao corpo, fonte inesgotável de ansiedade e frustração, leva vantagem sobre a sensualidade imaginária e simbólica, pois, diferentemente de nossas avós, não nos preocupamos mais em salvar nossas almas, mas nossos corpos da desgraça da rejeição social. A mesma autora enfatiza a questão dizendo que nosso tormento deixou de ser o fogo do inferno, tornando-se o confronto com a balança e o espelho; por conseguinte, liberar-se, diferentemente do que queriam as feministas, significa lutar, centímetro por centímetro, contra a decrepitude fatal, velhice vergonhosa.

O papel social de uma pessoa, que tem origem na *persona*, decorre do jogo de adaptação às exigências dos padrões e imagens vigentes na cultura contemporânea. A *persona* é considerada uma função *egóica*, na qual um ego mais forte se relaciona com o externo através de uma *persona* mais flexível, e a rigidez estaria ligada à patologia:

O desenvolvimento da *persona* é o resultado de um processo de adaptação que reprime características e tendências individualmente importantes, tornando-as invisíveis ou suprimindo-as no interesse de fatores coletivamente práticos ou desejáveis. (Neumann, 1980, p. 286)

A totalidade é então, trocada por uma personalidade aparente, eficiente e bem-sucedida; e a formação do superego (a consciência ética), representante de valores coletivos no interior da personalidade, faria emudecer “a voz”. Ele entende por voz a experiência individual do transpessoal, que na infância seria particularmente forte, sendo posteriormente abandonada em proveito da consciência ética, e termina tal argumento dizendo que:

[...] ao se abandonar o paraíso, abandona-se também a voz da divindade que nele fala; agora, são os valores do coletivo, dos pais, das leis, da consciência ética, da moral reinante, etc., que devem ser aceitos como valores vigentes, a fim de tornar possível uma adaptação ao coletivo e à vida. (Neumann, 1980, p. 286)

A percepção social da imagem dos indivíduos, decorrente da apercepção da *persona*, tem papel fundamental na formação do *Si-mesmo*, uma vez que ele incorpora as projeções do outro. Dessa forma, num mundo onde a aparência física é extremamente valorizada, muitas vezes a *persona* encontra-se excessivamente dominada. A falta de integração da *persona* ao *ego* é um dos fatores que podem matar o aspecto criativo do indivíduo.

3.2.1 A pós-modernidade

A pós-modernidade é caracterizada por uma corrente ampla e multifacetada que influencia hoje o debate e a própria formulação teórica em diversas áreas do conhecimento e cultura (Peixoto, 1998).

Para Lyotard (1988), a sociedade pós-moderna corresponde ao estado da cultura após as transformações que afetaram a ciência, a literatura e as artes a partir do século XIX. Compreende uma multiplicidade de jogos de linguagem incompatíveis, em que as instituições, produtoras de conhecimento, estão cada vez mais submetidas ao princípio da performatividade, ao mesmo tempo em que acolhem e promovem toda forma de diversidade cultural.

Baudrillard (1995) focaliza a pós-modernidade a partir da proliferação da imagem-signo, observando de que maneira as funções ideológicas são exercidas por esse mais novo tipo de mercadoria, hegemônica nessa nova conjuntura. Discute a explosão da cultura na vida cotidiana, em que uma inflação de signos passaria a colocar em cheque a própria distinção entre realidade e ficção. Na contemporaneidade, os artefatos culturais, as imagens, as representações e até os sentimentos e estruturas psíquicas tornaram-se parte do econômico. Na mesma linha de raciocínio, Jameson (1996) se baseia suposição que o desenvolvimento da produção de mercadorias, somado ao incremento das tecnologias de informação, produz o triunfo da cultura da representação, de forma que as relações sociais ficam saturadas de signos culturais em mutação.

Touraine (1994) faz uma leitura a respeito do mundo no final do século passado que ajuda a dar sentido à questão da imagem corporal inserida na cultura moderna. Chama a atenção para o que ele nomeia de “sociedade programada”, em que, mesmo que não atuem de uma forma pacífica, sujeito e razão deixaram de ser motivo de briga e aprenderam a conviver juntos. Para ele, os pós-modernos não compreendem que o

indivíduo não é o sujeito, acreditando que o primeiro é o consumidor e este é assimilado ao sistema; e o segundo é o espírito crítico que corresponde aos movimentos sociais.

A percepção do envelhecimento numa sociedade que preconiza a beleza e juventude pode disparar mecanismos de defesa, cuja conseqüência é um distanciamento de si mesmo, uma alienação em busca por algo exterior, ou mesmo uma identificação com aquilo ausente. A completude fica colocada fora, na identificação com o desejo preconizado pelo “Grande Outro”, que, segundo Debord (1997) é representado pela mídia na chamada “Sociedade do Espetáculo”, que tiraniza as imagens comandando a submissão do sujeito contemporâneo ao desejo ideologicamente expresso.

Bauman (2003) fala de uma misteriosa fragilidade dos laços humanos, o que denomina “amor líquido”, característico de uma sociedade também “líquida”, que exige de nós identidades instantâneas, reivindicadas pela lógica do consumo resultando num empobrecimento das experiências subjetivas. A “liquidez” se refere à incapacidade endêmica de nossa sociedade de manter sua forma por algum período de tempo. Conforme o autor, a insegurança inspirada por essa condição estimula desejos conflitantes de por um lado estreitar esses laços e, por outro, mantê-los frouxos. Dessa forma, na “modernidade líquida”, de furiosa individualização, os relacionamentos oscilariam entre sonho e pesadelo.

Na mesma obra, ele discorre sobre a sociedade de consumo, caracterizando-a não pelo acúmulo de bens, mas pela descartabilidade deles, pela promessa de sensações novas e inéditas. No discurso popular dessa mesma sociedade, os traços e atributos naturais como os hereditários e genéticos são cada vez mais sujeitos à manipulação humana e abertos à escolha, a qual deveria carregar uma responsabilidade. As intervenções médicas e genéticas trazem consigo a “alterabilidade” e a transitoriedade como caminho certo para se atingir a identidade desejada. A comercialização progressiva dos temas de saúde é oriunda da caça aos lucros empreendida pelos gigantes farmacêuticos da época da globalização.

Assim, o amor próprio corresponde à esperança de sermos amados, pois é construído a partir do que nos é oferecido por outros. O que nos torna objetos legítimos do amor próprio é o respeito à singularidade de cada um, muitas vezes esquecido. Isto corresponde à valorização de nossas diferenças, que enriquecem o mundo que habitamos em conjunto.

Salis (2004) concorda com Bauman (2003) e Debord (1997) em relação aos resultados do consumismo e levanta a hipótese de que, dentro desse círculo vicioso, o

homem moderno não tem tempo para pensar no que é substancial, o que o torna um “ser escravizado”, que nunca chega à satisfação.

3.2.2 A hipermodernidade segundo Lipovetsky

As idéias de Lipovetsky (1995; 2004) serão descritas mais detidamente em função de uma leitura mais complexa e menos negativista da pós-modernidade, em que é descartada uma visão simplista e marcado o paradoxo da coexistência de aspectos positivos e negativos desse panorama.

A pós-modernidade é uma nova organização sócio-histórica global que surgiu como uma sociedade pós-moralista e hedonista, em que o neonarcisismo seria fator constituinte da personalidade, advindo uma nova forma de se considerar o corpo, (Lipovetsky, 1995). O autor discorda das idéias de Touraine (1994), pois acredita que o sistema não corresponde apenas ao poder, mas contribui para estimular a autonomia de seus indivíduos e promover o hedonismo.

Na modernidade (1700 a 1950), já existia um primeiro período caracterizado por uma sociedade que caminhava em torno da promoção do desejo, do prazer, do consumo e da felicidade, apesar das utopias que convocavam o sacrifício e a abnegação. A pós-modernidade implica, então, numa deserção do político e das grandes ideologias, restringindo o espaço do coletivo a favor do individualismo num corte que ele chama de “a lógica da moda”, que funciona com base na sedução e renovação permanente, inaugurada pelo narcisismo (Lipovetsky, 1995).

O individualismo é a ideologia da modernidade, fundada nos princípios de liberdade e igualdade, que implica uma sociedade democrática. A pós-modernidade é uma segunda revolução individualista, em que há uma supervalorização do prazer e do cuidado com si mesmo, fatores que podem estar ligados à procura por cirurgias plásticas estéticas.

Outros fatores que marcam a passagem para a pós-modernidade são a difusão e a penetração da “cultura psi”, que corresponde a uma nova forma de relacionamento consigo mesmo e com os outros, dando importância à expressão de si mesmo e a realização pessoal. O indivíduo tem poder de decisão numa sociedade de estimulação e não de coerção.

Desta forma, o narcisismo é uma imagem que traduz o neoindividualismo hedonista. O neonarcisismo traz um novo imaginário social pela modificação das

representações mentais e pela disseminação de normas e referências modernas. O narcisismo adapta o indivíduo ao mundo não pela alienação e sim pela sedução, mesmo tendo em vista que o culto ao ego leva a um hiperinvestimento no espaço privado, diminuindo a sensação de pertença, em que o indivíduo experimenta mais solidão, angústia, sensação de vazio e depressão. Este é o conflito pós-moderno, em que há, por um lado, um fortalecimento do indivíduo pelos novos direitos ao prazer, e, pelo outro, uma fragilização pelas dificuldades evidentes nas relações sociais.

O neonarcisismo implica uma obsessão pelo corpo, que está superinvestido. Esse processo é correlativo à transformação do imaginário social do corpo, no qual o indivíduo está identificado com o corpo. Assim, de certo modo, o corpo psicológico ocupa o lugar do corpo objetivo, e os conflitos não elaborados são concretizados no corpo (Lipovetsky, 1995).

A obsessão pelo corpo e pela saúde difere do narcisismo clássico, alienado por sua imagem idealizada. O sentido profundo do neonarcisismo é aparição de uma reapropriação do corpo, que se autogoverna. Os regimes alimentares são a expressão dessa conscientização, marcando a transição da passividade para a atividade.

A consciência do próprio corpo, objetivo máximo do narcisismo, transformou-se em obsessão pelo corpo numa época quando rituais de controle e manutenção da forma, da vitalidade e da beleza do corpo estão instituídos, e o envelhecimento aparece como intolerável.

Lipovetsky, em 1995, ainda defende como conceito principal a idéia do individualismo pós-moderno. Entretanto, em 2004, ele revisa suas proposições e propõe a morte da pós-modernidade ou da sociedade pós-disciplinar, por ele assim denominada em “A Era do Vazio” (1983) e em “O Império do Efêmero” (1987), com a idéia do homem dominado pelo efêmero por excelência, a moda. Assim, diz que vivemos numa época de hipermodernidade desde os anos 80, quando se assiste o reinvestimento afetivo em sentimentos e valores tradicionais, como a valorização do voluntariado e do amor e da indignação moral.

O indivíduo hipercontemporâneo, mais autônomo, também se encontra cada vez mais frágil, uma vez que as exigências definidoras são paulatinamente implacáveis. É uma época de contradição, quando caminham juntas ao conforto, a liberdade e a qualidade inerentes à situação moderna, e a tragicidade na existência.

Dessa forma, vemos ao mesmo tempo em que há uma tomada de responsabilidade, um maior desregramento.

Os indivíduos hipermodernos são ao mesmo tempo mais informados e mais desestruturados, mais adultos e mais instáveis, menos ideológicos e mais tributários das modas, mais abertos e mais influenciáveis, mais críticos e mais superficiais, mais céticos e menos profundos (Lipovetsky, 2004, p. 28)

É essencial que entendamos que:

Todo ganho em autonomia se faz à custa de nova independência e que o hedonismo pós-moderno é bicéfalo, desestruturante e irresponsável, no caso de certo número de indivíduos, e prudente e responsável no caso da maioria. (Lipovetsky, 2004, p. 21-2)

A hipermodernidade, caracterizada como uma sociedade liberal, flexível e indiferente aos princípios estruturantes da modernidade, acompanha um ritmo frenético e de um hiperconsumo que segue uma lógica hedonista e emotiva, na qual o consumo do luxo existe pela satisfação que proporciona e não pela simples exibição de *status*.

Para acompanhar a época atual, *Narciso* se apresenta de maneira madura, responsável, organizada, flexível e eficiente, diferindo-se daquela hedonista e libertária da pós-modernidade, mesmo que ao custo de depressões e distúrbios psicossomáticos cada vez mais freqüentes. Hoje, a obsessão em relação a si próprio se manifesta menos pelo prazer que pelo medo da doença e do envelhecimento, e encontraríamos um *Narciso* menos enamorado de si mesmo que aterrorizado pelo cotidiano, pelo próprio corpo e pela agressividade do ambiente social (Lipovetsky, 2004).

3.2.3 A busca pela beleza

Segundo Eco (2004), “belo”, junto com “bonito” ou “gracioso”, entre outras expressões, é um adjetivo que usamos freqüentemente para indicar algo que nos agrada. Podemos encontrar a *Beleza* na estreita relação que a época moderna estabeleceu com a arte, na natureza, em Deus, nas idéias ou nos homens; mas sempre levando em conta que isso se dá pela identificação de conceitos determinados culturalmente. Podemos ainda considerar os padrões harmoniosos das artes aplicadas como símbolos, metáforas e modelos para os padrões do comportamento humano.

Em relação às proporções humanas harmoniosas, Doczi (1981) observa que a altura de um homem bem formado seria igual ao alcance de seus braços estendidos. Essas duas medidas formariam um quadrado inteiro, enquanto as mãos e os pés tocariam o círculo, cujo centro está no umbigo.

Segundo ele, essa relação do corpo humano com o círculo e o quadrado estaria baseada na idéia arquetípica da “quadratura do círculo”, e, para os antigos, essas formas

eram consideradas perfeitas e até sagradas. As duas formas combinadas no corpo humano sugerem, na linguagem dos padrões simbólicos, a união das diversidades do céu e da terra dentro de nosso corpo, idéia compartilhada por algumas religiões e mitologias.

É na imagem de Vênus que se localiza o simbolismo da beleza da mulher, tendo suas raízes na mitologia ao remeter às “Vênus Gêmeas” do Banquete, as quais exprimem dois graus apreciáveis do amor: *amor sacro* e *amor profano*. Estas duas formas de amor simbolizam a *Vênus Celeste* e a *Vênus Vulgar*, duas manifestações de um ideal único de beleza (Eco, 2004).

De qualquer modo, o ideal de beleza vigente na atualidade é aquele proposto pelo consumo comercial, o ideal de beleza da *mass media*.

Vemos na sociedade de consumo uma tendência em atribuir ao indivíduo a responsabilidade pela beleza de seu corpo, pois, com esforço, podemos alcançar a aparência desejável. Segundo Villaça e Góes (1998), a reflexão sobre a questão corporal, seu controle e representação cresce hoje em importância, e a identidade corporal deve ser pensada no contexto da alta tecnologia médica contemporânea.

Ao mesmo tempo em que cresce a preocupação com as identidades pela crise nas inúmeras fontes de referência, há uma multiplicação de técnicas artificiais de modelagem, tanto no plano psíquico como físico. O corpo “construído” é um conceito peculiar e relativamente moderno, pois o corpo vivo torna-se objeto público. Isso se refere ao conceito de *body building*, e se revela na multiplicação de academias, *spas*, técnicas de embelezamento e clínicas de estética e cirurgia plástica, onde o imperativo é emagrecer e ser bonito.

Le Breton (2006), na busca de um estatuto sociológico do corpo, estabelece que nossa existência é sobretudo corporal. Os exercícios físicos, as experiências com dor e sofrimento, os jogos de sedução, as sutilezas dos gestos e da mímica e a expressão dos sentimentos são alguns aspectos significativos da corporalidade humana.

A articulação do corpo “no jogo arte/cultura” se delineia como o traço de união entre o mais particular e específico de cada grupo e as tendências à homogeneização global. O corpo vem sendo provocado na sua identidade e na sua alteridade, na criação de novas percepções e inserções no mundo globalizado. A sociedade usa o corpo para seus fins, impondo-lhe normas (biopoder), alinha-o às exigências da moda (saltos altos), cobre-o de signos (tatuagens), interfere em seus aspectos psíquicos (farmacologia), mutila-o e modela-o (cirurgia estética), de acordo com Villaça e Góes (1998).

É interessante que além de discutirem a mudança do corpo em seu estatuto, “no limite da carne”, os mesmos autores propõem que a mudança de imagem pode estar ligada não a idéia de tornar-se um estereótipo, mas um arquétipo, como potência de atualizações.

De acordo com Russo (2005), como uma criação sociocultural, no corpo se inscrevem idéias, crenças, as imagens que se fazem dele. Nesse sentido, se a imagem dominante, valorizada socialmente for de uma pessoa magra, emagrecer será o ideal de todos.

Wolf (2002) acredita que a busca pela imagem perfeita recai especialmente sobre as mulheres, dizendo que nunca as mulheres tiveram mais poder, reconhecimento e sucesso profissional que na atualidade, mas que continuam sendo tão cobradas como na época em que tinham que ser esposas e donas de casa exemplares. A autora denomina “*o mito da beleza*” o controle social atual caracterizado pela obsessão com a perfeição física das mulheres, que, segundo a mesma, mantém a dominância masculina intacta.

Mais comum entre as mulheres, a insatisfação com o corpo real e a busca da forma ideal começou a ser mapeada por uma equipe do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). Foi investigado o que setecentos estudantes da área de Saúde, de ambos os gêneros, pensavam a respeito do próprio corpo. Jovens entre dezessete e vinte e seis anos de onze universidades brasileiras mostraram enorme insatisfação corporal. Três em cada quatro jovens desaprovavam a aparência física e se incomodavam com detalhes como excesso de gordura na cintura, celulite ou nariz adunco. Oitenta por cento mudariam características do corpo, sendo que o peso de sessenta e cinco por cento era considerado saudável para a idade e altura, e vinte e dois por cento eram magros. Treze por cento afirmaram provocar vômitos, tomar laxantes ou usar diuréticos para não engordar, o que é mais alarmante (Ribeiro e Zorzetto, 2004).

Os autores citam pesquisa realizada na Universidade de Harvard em 2002, que analisou como a televisão interfere nos hábitos alimentares dos adolescentes. Tendo como ambiente ideal as Ilhas Fiji, onde os primeiros canais de televisão surgiram em 1995, foi investigada a prática de dieta entre garotas de dezesseis anos da comunidade, com o objetivo de emagrecer. Praticamente inexistentes antes de 1995, os regimes alimentares haviam sido praticados três anos após a introdução da televisão no arquipélago por sete entre dez adolescentes, em sua maioria com peso saudável para a idade e altura.

Etcoff (2004), que também na Universidade de Harvard pesquisou a vaidade em três mil e duzentas mulheres do mundo todo, chegou a resultados assustadores. Concluiu que peso e beleza física influem mais na auto-estima que sucesso na profissão, fé religiosa ou número de amigos. Apenas setenta e cinco mulheres se consideraram bonitas, e por conta disso, 54,0% se disseram dispostas a fazer cirurgia plástica estética. 10,0% relataram que aceitariam perder 25,0% da inteligência caso isso as tornasse 25,0% mais belas, 68,0% disseram acreditar que belas têm mais oportunidades na vida, e 69,0% contaram achar que as mulheres fisicamente atraentes são mais valorizadas pelos homens. Entre as participantes da pesquisa, 56,0% relataram estar insatisfeitas com o próprio rosto e 77,0% disseram que estar contente com o peso e a forma do corpo é uma das coisas mais importantes da vida.

Lipovetsky (2000) denomina “terceira mulher” à mulher-sujeito inserida na lógica liberadora do individualismo contemporâneo, que governa a si mesma ao mesmo tempo em que preserva papéis tradicionais de mãe, educadora, esposa e amante sedutora, exercendo, ao mesmo tempo, o papel ativo e passivo. A cultura individualista permitiu reconciliar o antigo e o novo, e seu avanço aboliu a antinomia entre beleza feminina e trabalho, entre narcisismo estético e atividade produtiva.

A avidez feminina pelos novos produtos de beleza não diz respeito a um infantilismo ou um hipnotismo de massa, mas a uma vontade de ser protagonista do próprio corpo, dentro da lógica moderna de consumo:

De que se trata, nas novas práticas de beleza, senão de tornar-se *dono e possuidor* do próprio corpo, de corrigir a obra da natureza, de vencer as devastações ocasionadas pelas marcas do tempo, de substituir um corpo recebido por um corpo construído? (Lipovetsky, 2000, p. 142)

O autor diz não imaginar contra-senso mais completo sobre o tema, uma vez que, por mais coercitivos que sejam as normas culturais de autocontrole e autovigilância, estas não deixam de mobilizar a iniciativa, a consciência e a motivação individual:

Pois quanto mais se reforçam os imperativos do corpo firme, magro e jovem, mais se afirma a exigência de domínio soberano sobre suas próprias formas, quanto mais se impõe o poder diretor das normas estéticas, mais as mulheres se empenham em responsabilizar-se sobre si mesmas, em vigiar-se, em tornar-se protagonistas de si próprias, quanto mais se intensificam as prescrições sociais da beleza, mais o corpo depende de uma lógica de *self management* e de responsabilidade individual. (Lipovetsky, 2000, p. 144)

3.3 A imagem corporal patológica

Existem diferenças na estruturação da imagem corporal em função de características psicodinâmicas. Todavia, a imagem corporal encontra-se alterada em alguns transtornos psíquicos ou neurológicos.

No âmbito neurológico, a imagem corporal pode encontrar-se distorcida em quadros como a Síndrome de Negligência, na qual o indivíduo não reconhece uma metade do corpo, geralmente a direita, em função de um dano. Pode também se apresentar modificada em função de alterações táteis e nociceptivas no caso de distorções perceptivas produzidas por dor induzida ou anestesia (Gandevia, 1999), ou quando um paciente é diagnosticado com Síndrome Dolorosa Complexa Regional (Mosely, 2005). O estudo da imagem corporal nesses transtornos ainda é muito escasso, mas não será aprofundado por não ser relevante para os objetivos deste trabalho.

Nos transtornos psíquicos pode haver uma forma patológica de experimentar o próprio corpo. Alguns transtornos são bem definidos e requerem-se avaliação e tratamento farmacoterápico adequados.

De acordo com Castilho (2001), existem duas categorias de alterações da experiência corporal. No primeiro grupo, a autora propõe que a alteração na imagem corporal é uma característica central da doença, o que ocorre segundo ela no Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), Anorexia e Bulimia Nervosa, Hipocondria, Delírios Somáticos, Transexualismo, Automutilação. O segundo grupo consiste de transtornos não primariamente focalizados na imagem corporal, mas que podem apresentar um comprometimento desta como sintoma associado, como a Depressão, Disfunção Sexual e Esquizofrenia.

Uma breve revisão desses transtornos será feita baseada na nomenclatura do DSM-IV-TR (2003), e uma ênfase maior será dada à descrição do TDC, pela sua importância neste trabalho. Serão acrescentados ao primeiro grupo outros transtornos pertencentes aos Transtornos Somatoformes não incluídos por Castilho (2001). Tal inclusão se deve ao fato da crença de que, pelo fato dos sintomas apresentados nesses transtornos não apresentarem uma condição médica como explicação, estes devem envolver uma maneira alterada de intuir o conjunto de corpo, ou ainda pela razão desta intuição estar alterada pelo acréscimo de alguns sentimentos, emoções e valores específicos, de acordo com a conceituação de imagem corporal adotada anteriormente neste estudo.

Assim, parte-se do pressuposto de que todos os Transtornos Somatoformes tenham como característica uma diferença qualitativa de investimento de energia psíquica no corpo, que se encontra subinvestido ou superinvestido, provocando alterações na imagem corporal. O indivíduo que apresenta um Transtorno Somatoforme fica exageradamente ligado a seu corpo pela falta de integração entre os domínios físico e psíquico, uma vez que a função simbólica fica fixada no corpo (Ramos, 1994).

Pelo mesmo motivo, também será incluído o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, uma vez que, se a imagem corporal pode ser vista como uma forma de equilíbrio entre as funções psicomotoras do indivíduo e sua maturidade (Le Boulch, 1992), a imagem corporal deve encontrar-se alterada nesse transtorno.

3.3.1 Transtornos mentais com alterações da imagem corporal

- **Transtorno Dismórfico Corporal**

Em muitos casos de busca por intervenção cirúrgica estética, não existe apenas uma insatisfação com a imagem corporal, mas uma condição psiquiátrica denominada Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).

O típico paciente com TDC não procura um psicoterapeuta ou um psiquiatra, mas um cirurgião plástico, justamente pela crença patológica que o defeito físico é seu real problema. É difícil nesse contexto, porém, a distinção de um autoconceito frágil ou um distúrbio emocional leve do TDC. O grupo de pacientes “convencionais” para cirurgias estéticas costuma apresentar transtornos da personalidade, mas há que ser feita a distinção entre aqueles cujas queixas não estão relacionadas a tais transtornos e se baseiam na realidade. Entre os pacientes que apresentam transtornos de personalidade estão aqueles com TDC (Mühlbauer *et al.*, 2000).

Embora os resultados de muitas cirurgias estéticas possam trazer uma melhora na auto-estima pela correção de algum aspecto físico indesejável, elas não solucionam problemas emocionais, menos ainda defeitos imaginários concernentes a um transtorno de ordem psiquiátrica. O reconhecimento do transtorno é de extrema importância, não apenas para evitar cirurgias desnecessárias e insatisfatórias que são contra-indicadas para os pacientes, mas para possibilitar o planejamento de uma estratégia de tratamento com maior potencial de sucesso.

Em estudo que utiliza o modelo cognitivo-comportamental para compreensão do TDC, Veale *et al.* (1996) identificam que a imagem corporal tem dois principais

componentes, um perceptivo e outro ligado à atitude do indivíduo. Os autores fazem uma revisão sobre o conceito, lembrando que em desordens alimentares existem evidências que a superestimação do tamanho do corpo não consiste apenas de um fenômeno perceptivo, uma vez que existe grande influência das variáveis cognitiva, afetiva e cultural, somadas à história do próprio corpo do paciente.

Segundo o DSM-IV-TR (2003), a característica essencial do TDC (historicamente conhecido como Dismorfofobia) é uma preocupação com um defeito na aparência. O defeito é imaginário ou, quando presente, a preocupação do indivíduo é excessiva, causando sofrimento significativo ou prejuízo nas atividades cotidianas. Parece ser um transtorno crônico e de alta associação com outros transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos de humor, ansiedade e personalidade. As queixas geralmente envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou cabeça, como rugas, cicatrizes, assimetria e excesso de pêlos, entre outros. Também os pacientes podem queixar-se do tamanho, forma ou outro aspecto do nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, orelha, boca, lábios, dentes, mandíbula, queixo, bochecha ou cabeça. Entretanto, outras partes do corpo também podem ser o foco de preocupação, como exemplo: as mamas, nádegas, pernas, quadris ou mesmo o tamanho geral do corpo.

De acordo com Savoia (2000), indivíduos com esse transtorno freqüentemente pensam que os outros estão observando seu “defeito”, o que pode conduzir à esquiva de situações sociais. Esses pacientes buscam com freqüência tratamentos médicos gerais, dentários e até cirúrgicos para a correção dos defeitos imaginados. Não é rara uma peregrinação por diversos profissionais, principalmente os cirurgiões plásticos, que, no entanto, não conseguem corrigir os supostos defeitos.

Assim, tanto no TDC quanto na Hipocondria o indivíduo presta atenção excessiva a seus processos somáticos. Na Hipocondria o foco de atenção leva a uma percepção mais acurada de aspectos ligados à atividade corporal, ao mesmo tempo em que há uma reação exacerbada em relação à atividade, assim como uma hipersensibilidade a qualquer tipo de flutuação dela. No TDC, ocorre um processo similar, em que o foco de atenção faz o indivíduo reparar mais na sua aparência física, apresentando maior preocupação com ela e apresentando mais propensão a confundir ou exagerar suas percepções (Castilho, 2001).

Em sua última revisão, o DSM-IV-TR (2003) inclui o Koro na descrição do TDC. O Koro é referido como uma síndrome ligada à cultura, que ocorre principalmente no sudeste da Ásia e pode estar relacionada ao TDC. Caracteriza-se pela

preocupação de que o pênis (lábios vaginais, mamilos ou seios nas mulheres) está encolhendo ou se retraindo, e vai desaparecer para dentro do abdômen. Essa preocupação é com frequência acompanhada pela crença que o indivíduo vai morrer em consequência do problema.

De acordo com Castilho (2001), há uma experiência de intensa ansiedade e pânico no Koro, podendo haver o uso de manobras mecânicas (como amarrar pedras no pênis) como forma de prevenção. A autora enfatiza a importância da interação entre os fatores socioculturais, perceptivos, intrapsíquicos e situacionais na etiologia da psicopatologia das experiências corporais.

- **Transtornos da alimentação: Anorexia e Bulimia Nervosa**

Transtornos de complexa discussão quanto a sua cura e diagnóstico têm maior incidência no gênero feminino. Os critérios do DSM-IV-TR (2003) na classificação da Anorexia Nervosa são recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal. Também há perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, negação do baixo peso corporal atual e, nas mulheres pós-menarca, amenorréia (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos).

À Anorexia Nervosa podem estar associados quadros de depressão, e também características obsessivo-compulsivas. A perda de peso pode ser sentida como uma enorme conquista e “extraordinária autodisciplina”, enquanto o ganho estaria significando um “inaceitável fracasso no autocontrole”.

Para o diagnóstico da Bulimia Nervosa, a mesma fonte utiliza o critério de comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indicação de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas e outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos. É usada para diagnóstico a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados com a frequência de duas vezes por semana e um período de duração mínimo de três meses. A auto-imagem é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo e o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Castilho (1999), em estudo com pacientes que apresentam Anorexia e Bulimia Nervosa, observa que a distorção da imagem corporal nos transtornos alimentares é um

fenômeno multidimensional, que envolve aspectos perceptivos, de atitude e comportamentais.

Em relação ao aspecto perceptivo, conforme Castilho (2001), os pacientes com transtornos alimentares tendem a se perceber como grandes ou gordos e desproporcionais ou com certas regiões do corpo protuberantes, como estômago saliente ou quadris excessivamente largos. A distorção do tamanho normal é freqüentemente notada pelos padrões pouco realistas que as pacientes tentam alcançar, como por exemplo, as coxas não poderem se encostar ao ficarem de pé. As pacientes persistem confiando em suas próprias percepções e sentimentos sobre a gordura, mesmo que recebam retornos diferentes em relação a seu tamanho.

O aspecto de atitude se refere a pensamentos, crenças e respostas emocionais relacionados ao modo de vivenciar o próprio corpo. As pacientes sentem-se avaliadas pelos outros especialmente em função de sua aparência e estarem excessivamente magras é o único aspecto importante de suas auto-imagens, como se o contrário provasse fraqueza, preguiça, repugnância e incompetência.

Por fim, o aspecto comportamental corresponde a comportamentos ou estilo de vida ligados à consciência do indivíduo em relação ao próprio corpo. Isso pode ser manifestado de modo que a paciente evite situações sociais em que o corpo possa ser observado, como por exemplo usar roupas largas no lugar daquelas que possam ser reveladoras, evitar contato físico ou situações que envolvam alimentação. Pesar-se ou olhar-se no espelho com freqüência também são típicos.

A distorção da imagem corporal tem características semelhantes a uma obsessão e pode chegar a assumir um caráter de delírio:

O sintoma *distorção de imagem corporal* partilha, com as obsessões, várias semelhanças à medida que se caracteriza pela idéia recorrente e persistente sobre estar gorda ou presença de imagens distorcidas do próprio corpo. Tais preocupações ou imagens são freqüentes ou quase constantes, acarretam acentuada ansiedade nas pacientes que tentam, mas nem sempre conseguem, resistir à sua ocorrência. (Castilho, 2001, p. 72)

- **Transtorno de Somatização**

A característica essencial do transtorno, conforme o DSM-IV-TR (2003) é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas, ou prejuízo social e ocupacional, que devem iniciar antes de trinta anos e ocorrer por um período de vários anos. As múltiplas queixas somáticas não podem ser plenamente explicadas pelos efeitos diretos de uma substância ou por qualquer condição médica

geral conhecida ou, nesse caso, excedam o que seria esperado a partir do histórico. Deve haver um histórico de dor relacionada a pelo menos quatro lugares (por exemplo: cabeça, abdômen, costas, articulações); pelo menos dois sintomas gastrointestinais que não dor (por exemplo náuseas e inchaço); um sintoma sexual (por exemplo indiferença sexual, disfunção erétil, irregularidades menstruais) e um sintoma pseudoneurológico (por exemplo perda de equilíbrio, paralisia, dificuldade de deglutição ou perda de sensações). Os sintomas do transtorno não são intencionalmente produzidos ou simulados.

- **Hipocondria**

Os critérios diagnósticos para a Hipocondria, segundo o DSM-IV-TR (2003), são a preocupação com temores de ter uma doença grave, com base na interpretação errônea dos próprios sintomas somáticos. A preocupação persiste, apesar de uma avaliação e garantias médicas apropriadas, e a crença em relação à doença não apresenta intensidade delirante, nem se restringe a uma preocupação circunscrita com a aparência (como no TDC), causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento de áreas importantes da vida do indivíduo. O diagnóstico é feito quando a preocupação não é melhor explicada pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno de Pânico, Episódio Depressivo Maior, Ansiedade de Separação ou outro Transtorno Somatoforme.

A preocupação com a doença temida frequentemente se torna uma característica central da auto-imagem do indivíduo, além de tópico do discurso social e uma resposta aos estresses de vida. Para o indivíduo hipocondríaco, o corpo ocupa o primeiro plano nas experiências de vida, enquanto, para a maioria, o inverso é verdadeiro, exceto em momentos de doença, ameaça ou mudança corporal: “Este estilo somático hipocondríaco leva a uma ansiedade crônica e percepções errôneas da experiência corporal” (Castilho, 2001, p.77)

- **Transtorno Doloroso**

De acordo com o DSM-IV-TR (2003), a característica essencial do transtorno é uma dor que se torna o foco predominante do quadro clínico, sendo suficientemente grave a ponto de indicar atenção clínica, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo social e ocupacional. Fatores psicológicos supostamente exercem um papel significativo no início, gravidade, exacerbação e manutenção da dor. O sintoma não é

intencionalmente produzido ou simulado e a dor não é mais bem explicada por um Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade Psicótica e não satisfaz os critérios para Dispareunia.

Shilder (1994) descreve que a dor seria o elo de ligação entre o corpo e o psiquismo, correspondendo a um “excesso de excitação erógena”, em que haveria abundância de energia psíquica localizada no local dolorido. Dessa forma, o órgão ou a parte dolorida do corpo está mais evidente na *gestalt*, havendo uma alteração na imagem corporal.

- **Transtorno Delirante de Tipo Somático**

Segundo Castilho (2001) a principal diferença entre os delírios somáticos e o TDC está na intensidade ou grau de convicção da crença apresentada.

O DSM-IV-TR (2003) inclui os delírios somáticos no Transtorno Delirante de Tipo Somático, que tem como característica essencial a presença de um ou mais delírios não bizarros que persistem por pelo menos um mês, e quando é descartado o diagnóstico de Esquizofrenia. Alucinações auditivas e visuais, se presentes, não são proeminentes, mas as táteis e olfativas podem estar presentes e proeminentes, relacionando-se ao tema do delírio. Exceto pelo impacto direto dos delírios, o comportamento não é obviamente estranho ou bizarro. Se episódios de humor ocorrem concomitantemente, sua duração é relativamente breve, e os delírios não devem ser efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral.

Em relação ao subtipo Somático, o DSM-IV-TR (2003) descreve-o em referência ao delírio, cujo tema central envolve funções ou sensações corporais, que podem ocorrer de diversas formas. Os mais comuns envolvem a convicção de estar emitindo odor fétido através da pele, reto, boca ou vagina, de estar infestado com insetos sob ou sobre a pele, de abrigar um parasita interno; de que certas partes do corpo são, contrariamente a todas as evidências, malformadas ou feias; ou de que certas partes do corpo não estão funcionando (por exemplo o intestino grosso).

- **Transtorno Conversivo**

A característica essencial do transtorno, segundo o DSM-IV-TR (2003), é a presença de sintomas ou *déficits* afetando a função motora ou sensorial voluntária. Seus sintomas sugerem uma condição neurológica ou médica geral e causam prejuízo clinicamente significativo, social ou ocupacional. Fatores psicológicos são julgados como associados aos sintomas, uma vez que o início ou a exacerbação destes é precedido por conflitos ou outros estressores. O sintoma ou *déficit* não é intencionalmente produzido ou simulado e não pode ser completamente explicado por uma condição médica geral, efeitos diretos de uma substância ou por um comportamento ou experiência culturalmente aceitos. Também não se limita a dor ou disfunção sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno de Somatização, nem é mais bem explicado por outro transtorno mental.

- **Transtorno da Identidade de Gênero**

No Transexualismo, os indivíduos têm vergonha e repugnância de sua genitália, procurando modificá-la, seja por meio de vestimentas do gênero oposto, tratamentos hormonais ou procedimentos cirúrgicos. Há relatos de sujeitos que tiveram seus genitais cirurgicamente modificados e que apresentaram boa evolução (Castilho, 2001).

O DSM-IV (1995) e DSM-IV-TR (2003) classificam o Transexualismo como Transtorno da Identidade de Gênero, com dois a presença de dois componentes para ser diagnosticado: um deles consiste em uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que constitui do desejo de ser, ou da insistência do indivíduo de que ele é do gênero oposto, sendo que essa identificação não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser homem ou mulher. Outro componente consiste em evidências de um desconforto persistente com o próprio gênero atribuído ou uma sensação de inadequação no papel deste gênero. O diagnóstico não é feito se o indivíduo tem uma condição intersexual física concomitante, e, para que esse diagnóstico seja feito, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- **Transtorno do Movimento Estereotipado**

Anteriormente chamado Transtorno Estereotipado do Hábito, o DSM-IV-TR (2003) descreve a característica essencial do transtorno como um comportamento motor repetitivo, não funcional e muitas vezes aparentemente impulsivo por pelo menos quatro semanas, que interfere acentuadamente nas atividades normais ou resulta em lesões corporais auto-infligidas, suficientemente significativas para exigirem tratamento médico.

O comportamento não é mais bem explicado por uma compulsão (TOC), um tique (Transtornos de Tique), uma estereotipia própria de um Transtorno Global do Comportamento ou o ato de arrancar cabelos (Tricotilomania). O comportamento também não é devido aos efeitos fisiológicos de uma substância ou de uma condição médica geral.

A auto-mutilação é um sintoma presente em vários transtornos psiquiátricos. De acordo com Castilho (2001), o mais importante preditor da auto-mutilação em adolescentes é uma experiência chamada “alienação corporal”, que se refere à experiência de ter o corpo separado, de certa maneira, do seu verdadeiro *self*, sentindo-se o paciente contaminado, estranho e grotesco. A alienação corporal está relacionada às experiências de doenças corporais na infância e abuso sexual, entre outros. Resulta numa série de problemas relacionados ao corpo incluindo transtornos alimentares, um descuido referente à aparência física, problemas de identidade sexual, distorções de pensamentos e sentimentos negativos em relação ao tamanho e forma do corpo, assim como maior incidência de doenças físicas.

A Escoriação Neurótica, conforme Castilho (2001), é uma doença na qual é encontrada a auto-mutilação, em que as escoriações são lesões produzidas pelo repetido cutucar da pele, semelhante a um ritual de limpeza, no qual o paciente busca remover por meio dos dedos, pinças ou agulhas pequenas irregularidades da pele, como picadas, manchas, pêlos encravados, verrugas, etc. O paciente sente um desejo incontrolável em cutucar-se, ao fazê-lo alivia-se, mas logo a seguir tem ansiedade ou depressão.

- **Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

Incluindo o transtorno nos Transtornos das Habilidades Motoras, o DSM-IV-TR (2003) descreve sua característica essencial como um comprometimento no desenvolvimento da coordenação motora, interferindo significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária. O desempenho das atividades motoras está

substancialmente abaixo do desejável para a idade cronológica e inteligência medida do indivíduo. O quadro pode manifestar-se por atrasos acentuados em alcançar marcos motores (por exemplo: caminhar, engatinhar e sentar), propensão a deixar cair coisas, desajeitamento, fraco desempenho nos esportes ou caligrafia insatisfatória. A perturbação não se deve a uma condição médica geral, retardo mental, nem satisfaz os critérios do Transtorno Global do Desenvolvimento.

3.3.2 Transtornos mentais com possíveis alterações da imagem corporal

- **Transtorno Depressivo Maior**

Indivíduos deprimidos vêem sua aparência de forma mais negativa que aqueles não deprimidos. A relação entre a alteração imagem corporal e o sintoma depressivo pode variar desde preocupações com a aparência em pacientes com auto-estima rebaixada até alterações de imagem corporal com preocupações hipocondríacas, com intensidade de delírios de doença e ruína. Castilho (2001) relata que há uma relação positiva entre depressão e solicitações de cirurgias plásticas estéticas, mesmo que existam dúvidas em relação ao aspecto causal. Questiona se a depressão leva a um aumento na percepção negativa da aparência ou se a avaliação negativa da aparência gera sintomas depressivos.

Segundo o DSM-IV-TR (2003), o transtorno tem como característica essencial humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades por pelo menos duas semanas. Em crianças ou adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste e também contabilizar pelo menos quatro sintomas adicionais como alterações no peso ou apetite; alterações no sono e atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, se concentrar ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte, ideação ou tentativas de suicídio.

- **Disfunção Sexual**

Também é clara a relação entre experiência corporal, imagem corporal e função sexual. A experiência de culpa em relação ao sexo, a existência de traumas físicos e doenças e o impacto das atitudes parentais em relação ao processo corporal, à sexualidade, e à integração das experiências emocionais de excitação sexual são definitivos na formação da imagem corporal. Indivíduos que se sentem desconfortáveis com a aparência física têm dificuldades na expressão e contato sexuais, assim como

problemas com a imagem corporal diminuem o desejo, levam a aversão e esquiva ou ocasionam ansiedade sexual que impedem a excitação ou o orgasmo (Castilho, 2001).

As disfunções sexuais encontram-se, segundo O DSM-IV-TR (2003), nos Transtornos Sexuais e de Identidade de Gênero. Caracterizam-se por uma perturbação no desejo sexual e alterações fisiopatológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal.

- **Esquizofrenia**

Estudiosos da psicopatologia descreveram percepções alteradas, sentimentos anormais e crenças distorcidas relacionadas ao corpo em pacientes esquizofrênicos. Há descrição de casos de pacientes com delírios de possuir órgãos apodrecidos ou ter sido trocado de gênero, bem como percepções de alterações no tamanho e formas do corpo, sentimentos de falta de realidade do corpo ou de fusão do corpo com objetos externos. Alguns pacientes sentem como se seus corpos não lhes pertencessem.

De acordo com Castilho (2001), essas experiências foram descritas como distorções da imagem corporal, mesmo que não exista evidência sólida de que os esquizofrênicos experimentem seus corpos de algum modo caracteristicamente diferente ou de que sofram alguma forma extraordinária de deficiência na imagem corporal. A autora lembra que as pesquisas não confirmam as evidentes alterações de imagem corporal descritas em casos clínicos de pacientes esquizofrênicos.

O DSM-IV-TR (2003) define a Esquizofrenia como uma perturbação com duração mínima de seis meses e inclui no mínimo um mês de sintomas da fase ativa (dois ou mais dos seguintes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos).

Os sintomas descritos como característicos da Esquizofrenia envolvem uma série de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o controle comportamental, o afeto, a fluência e a produtividade do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção.

3.4 Cirurgia plástica de caráter estético

Entre as intervenções de natureza estética na cirurgia plástica existem as cirurgias da face e aquelas do contorno corporal, sendo ambas investigadas neste estudo.

De acordo com Mauad *et al.* (2000), cirurgia do contorno corporal é o nome dado a um grupo de técnicas cirúrgicas empregadas em cirurgia plástica para a correção das mamas, abdômen, nádegas, flancos e braços.

A cirurgia do contorno corporal pode ser realizada por etapas ou em associação, permitindo, por exemplo, a correção das mamas, do abdômen e a lipoaspiração das coxas num único ato cirúrgico. Os recentes avanços da cirurgia plástica se devem em grande parte ao surgimento de novas drogas no campo da anestesiologia, com isso, as operações se tornaram mais rápidas, seguras e cada vez mais comuns, sendo vários os fatores responsáveis pela opção a essa forma de tratamento, entre eles: a exposição do corpo favorecida pelas condições climáticas do país, o ganho de peso cada vez mais freqüente na população urbana comumente sedentária, e a gravidez.

No início da década de oitenta surge a lipoaspiração, que hoje é a cirurgia mais realizada no Brasil. Ela representou um dos principais avanços na cirurgia plástica (em particular a do contorno corporal), através da retirada do excesso de tecido gorduroso por uma cânula de metal com orifícios laterais, conectada a um sistema vácuo-aspirador. Atualmente, as cânulas podem trazer acopladas seringas que permitem a reutilização do tecido gorduroso em outras partes do corpo com o objetivo de preenchimento e modelagem, a lipoescultura (Mauad *et al.*, 2000).

A segunda cirurgia mais realizada no Brasil é a das mamas, que representam o símbolo de feminilidade e sexualidade. Seu ideal de forma e tamanho responde a padrões culturais que são modificados ao longo do tempo.

De acordo com Tariki e Pereira (2000), as mamas pequenas, principalmente quando em desarmonia com o contorno corporal, provocam desconforto psicológico por afetarem a feminilidade. De forma diferente, o tamanho exagerado das mamas, além de provocar insatisfação com a forma, pode provocar alterações físicas importantes como dores lombares e vícios de postura.

Entre as cirurgias faciais existe a rinoplastia. A reconstrução de narizes mutilados na antiguidade corresponde às primeiras cirurgias reparadoras. Descrições de procedimentos cirúrgicos do nariz encontram-se em papiros datados de 2200 (a.C.) e 1500 (a.C.), conforme Mauad e Mustafá (2000).

As cirurgias de rejuvenescimento são as mais freqüentes entre as cirurgias faciais. Ao conhecermos uma pessoa, sua face é a parte de seu corpo que geralmente observamos primeiro. A primeira impressão que se tem da aparência física influencia diretamente no julgamento que fazemos dos outros, e algumas expressões faciais transmitem sentimentos bem definidos:

Sobrancelhas cerradas e baixas causam sensação de agressividade e primitivismo. Bolsas palpebrais pronunciadas dão a impressão de cansaço e noites mal dormidas. Olhos caídos nas laterais demonstram falta de ânimo. Lábios finos e rugosos passam frieza e masculinização. Envelhecimento pronunciado causa sensação de perda de energia vital (Yamaguchi e Sanches, 2000, p. 82).

Os dados acima revelam a interconexão entre a Cirurgia Estética e a Psicologia, ao pensarmos no impacto da aparência física no estabelecimento das relações interpessoais

A fim de apresentar um panorama das cirurgias estéticas em nosso país, serão apresentados os dados numéricos obtidos junto à assessoria de imprensa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) em fevereiro de 2007. A SBCP, é a segunda maior entidade dessa especialidade no mundo, demonstrando a importância da cirurgia plástica no Brasil. Os dados apresentados foram obtidos pelo *The Gallup Organization*, através da realização de pesquisa com cirurgiões plásticos afiliados à SBCP, em todas as regiões brasileiras, e referem-se aos anos de 2003 e 2004.

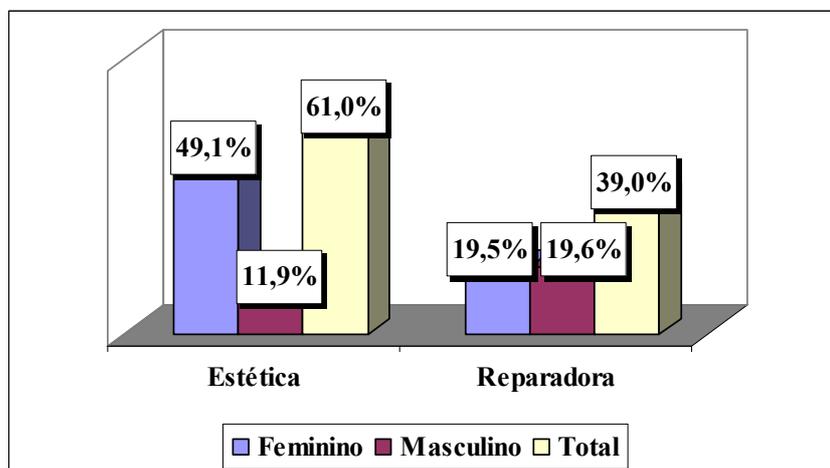
- Brasil é o segundo país do mundo em realização de cirurgias plásticas estéticas e reparadoras, em primeiro lugar estão os Estados Unidos da América (EUA).
- A SBCP conta com 4190 cirurgiões plásticos como membros.
- No ano de 2004 foram realizadas 616.287 cirurgias plásticas no Brasil.

A análise dos números fornecidos mostra que entre as cirurgias plásticas realizadas no Brasil em 2004, 61,0% foram estéticas e 39,0% foram reparadoras. Na divisão do tipo de cirurgia entre os gêneros, os dados apontam o predomínio feminino na realização de procedimentos estéticos, com 301,5 mil realizados por mulheres (49,1%) e 72,7 mil por homens (11,9%). A análise de procedimentos reparadores, entretanto, mostra números bastante próximos, com 119,4 mil realizados por mulheres (19,5%) e 120,0 mil por homens (19,6%).

A avaliação dos dados de 2003 também aponta a procura muito maior pelas mulheres por cirurgias estéticas, numa proporção aproximada de 4,15 para 1,

evidenciando a tendência que existe. O Gráfico 1 mostra a distribuição quanto às cirurgias estéticas e reparadoras no Brasil em 2004⁶.

Gráfico 1. Distribuição quanto às cirurgias estéticas e reparadoras no Brasil em 2004



A lipoaspiração é a cirurgia plástica estética que aparece em primeiro lugar, realizada por 198,1 mil pessoas no Brasil (29,4% do total). Em 2003, 41,3% das cirurgias de lipoaspiração foram isoladas e 58,7% associadas a outras cirurgias.

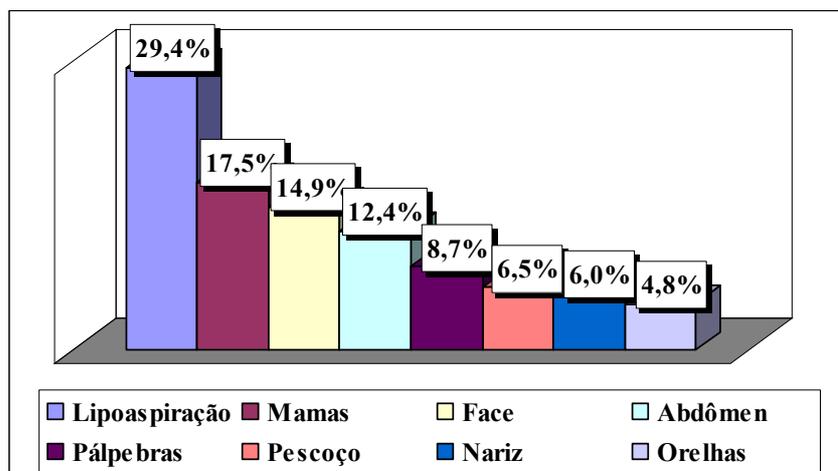
Esta foi seguida do aumento ou redução de mamas e das cirurgias faciais em geral, sendo que as três modalidades juntas representam aproximadamente 62,0% do total.

Em 2004, as cirurgias das mamas (mastoplastia, mastopexia e aumento das mamas) totalizaram 117,8 mil (17,5% do total), enquanto a análise dos dados de 2003 mostra que as cirurgias de implante mamário (prótese) representam aproximadamente 60,0% do total.

As cirurgias da face em geral foram 100,2 mil, ou 14,9% (ritidoplastia e outras); abdômen 83,5 mil, ou 12,4% (dermolipectomia); pálpebras 58,3 mil, ou 8,7% (blefaroplastia); pescoço 43,5 mil, ou 6,5%; nariz 40,2 mil, ou 6,0% (rinoplastia); e orelhas 32,0 mil, ou 4,8% do total. Demais procedimentos cirúrgicos não foram informados pela SBCP em 2004 e esses dados são apresentados no Gráfico 2.

⁶ Os adolescentes foram submetidos a 78.644 cirurgias plásticas (12,7% do total em 2003).

Gráfico 2. Distribuição quanto à modalidade das cirurgias plásticas realizadas no Brasil em 2004



3.5 Psicologia e Cirurgia Plástica Estética: pesquisas específicas

3.5.1 Características de personalidade de mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas

Com o interesse de levantar o que há pesquisado no Brasil sobre o tema, foram investigadas as bases de dados da *Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS)*, da Biblioteca Central da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM) e a do Banco de Dados Bibliográficos DEDALUS da USP (DEDALUS), em busca de publicações que relacionam Psicologia à Cirurgia Plástica. Foram utilizadas “cirurgia plástica” e “aspectos psicológicos” como palavras-chave e não foi restrita sua data de publicação.

No *LILACS* foram encontrados três artigos. O primeiro artigo aborda a iconografia das mamas humanas (Bertelli, 1990), o segundo é relativo à motivação e psicodinâmica de mulheres que procuram mastoplastia (Ribeiro *et.al.*, 1992), e o terceiro pesquisa a psicodinâmica da obesidade na indicação da cirurgia plástica (Barros, 1993).

No DEDALUS foram encontradas seis referências, porém apenas quatro delas são de pesquisas que abordam aspectos psicológicos de pacientes que se submetem à cirurgia plástica e o restante artigos teóricos. A primeira versa sobre a procura pela rinoplastia estética (Paltronieri, 1995), a segunda diz respeito à avaliação psicológica pré-operatória de pacientes submetidos a ritidoplastia (Ribeiro, 1995), a terceira aborda os aspectos psicológicos de pacientes em fase de reconstrução de orelha (Messias, 1995)

e a última pesquisa a dinâmica de personalidade em pacientes submetidas à cirurgia plástica redutora da mama (Faragó, 2000). No banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação vinculada ao Ministério da Educação, não foi encontrado nenhum estudo com tais palavras-chave.

Pelo *PubMed Central (PMC)*, acervo digital com referências à área Biomédica e de Saúde da *U.S. National Institutes of Health - National Library of Medicine (NIH - NLM)*, foram encontrados cento e doze artigos relacionados ao tema. Essa revisão ficará restrita àqueles publicados a partir do ano 2000, devido à sua atualidade e pertinência, o que corresponde a onze artigos. Um deles será descrito nas pesquisas que relacionam imagem corporal à cirurgia estética, outro se refere à cirurgia reparadora, e dois não foram encontrados na íntegra. Todos os outros serão listados a fim de ilustrar brevemente o que há sobre o tema.

A primeira pesquisa levanta os fatores psicossociais relacionados à motivação para cirurgias estéticas (Soest *et al.*, 2006). A segunda, também versa sobre as características psicológicas e sociais de pacientes candidatos a cirurgias estéticas em um hospital público, avaliando sua necessidade clínica (Cook *et al.*, 2006). A terceira investiga as características psicológicas e sua relevância em pacientes submetidos a cirurgias estéticas (Grossbart e Sarwer, 2003). A quarta aborda considerações filosóficas na cirurgia estética através de um caso de rinoplastia na adolescência (Hilhorst, 2002). A quinta discute o pós-operatório de cirurgias estéticas em adolescentes através de um escala de aparência auto-aplicativa e o relato sobre o peso da aparência para o grupo, comparando com outro da população em geral (Simis *et al.*, 2002). A sexta pesquisa diz respeito ao impacto do consumismo na saúde dos adolescentes (Austin e Rich, 2001). A sétima avalia adolescentes e moças jovens através de escalas pré-cirúrgicas de avaliação da aparência e relatos sobre o peso da aparência, não apenas pelos pacientes, mas também pelos pais e cirurgiões (Simis *et al.*, 2000).

3.5.2 A imagem corporal em cirurgias plásticas estéticas

Foram investigados trabalhos publicados entre os anos de 1997 e 2006, concernentes ao tema da imagem corporal em pacientes que procuram as cirurgias estéticas, utilizando, nesta nova pesquisa, as palavras-chave “cirurgia estética” e “imagem corporal”, e buscando um aprofundamento nos temas pertinentes ao objeto de estudo deste trabalho.

No Brasil, através do *LILACS*, não foram encontrados artigos que relacionam a imagem corporal à Cirurgia Plástica. No site *PMC*, foram encontrados sete artigos, sendo quatro pesquisas empíricas e três teóricas. Um dos artigos de pesquisa empírica não apresentava resultados numéricos mas, assim como os artigos teóricos, será descrito pela escassez de publicações sobre o tema.

Ferraro *et al.* (2005) abordam a autopercepção e a auto-estima de pacientes que procuravam cirurgia estética. Referem-se à cirurgia estética, que representa uma aplicação particular da cirurgia plástica, a qual é focada não na correção de patologias, mas na correção de traços morfológicos não aceitos pelos pacientes ou em desacordo com os cânones da época, mesmo que compatíveis com a norma. Como consequência, a cirurgia estética envolve indicações subjetivas. Os pacientes que procuram tais intervenções vivem um conflito entre a imagem corporal e a auto-imagem, e relatos de casos de psicose decorrem disto. Os autores enfatizam a absoluta necessidade de um enfoque psicológico adotado pelo cirurgião, que deve ser tão competente nesse nível como no cirúrgico.

Horch (2004) disserta sobre o papel da cirurgia plástica na reestruturação da imagem corporal também em artigo teórico. Afirma que com informações realistas sobre os resultados das cirurgias estéticas, estas podem contribuir para uma melhora efetiva e duradoura na qualidade de vida e auto-estima dos pacientes. No entanto, o cirurgião estético tende a não considerar como alternativa a necessidade de psicoterapia. Expectativas exageradas, obsessões e falta de senso de realidade somadas a projeções de problemas psicológicos e sociais em determinadas partes do corpo podem ser interpretadas como dismorfofobia, num quadro de desordem de personalidade. Tal situação seria considerada como contra-indicação cirúrgica, e, num cenário de permanentes mudanças sociais e de atitudes, os cirurgiões não deveriam aceitar sem crítica a ampla demanda por cirurgia estética. O autor conclui que tais questões ficam ainda sem resposta para os cirurgiões plásticos.

Alagoz *et al.* (2003) fazem uma leitura dos aspectos psiquiátricos em pacientes candidatos à cirurgia estética, pesquisando a auto-estima, imagem corporal e a atitude alimentar. Observam que os pacientes apresentaram demandas variadas, dependentes de características individuais de personalidade. Foi utilizada a Escala de Rosenberg para a avaliação de noventa e oito pacientes que se apresentaram para qualquer tipo de cirurgia estética. Para setenta e cinco pacientes que não requisitaram operação em função de gordura corporal, foram aplicadas as escalas de imagem corporal e de atitudes alimentares. Os resultados dos testes revelaram um aumento na auto-estima dos pacientes e leves distúrbios na imagem corporal, mesmo que não significantes estatisticamente. A atitude alimentar dos pacientes indicou uma perturbação, e eles foram encaminhados para serviço psiquiátrico. Mesmo que os pacientes de cirurgia estética não tenham apresentado transtornos na percepção da imagem corporal, deslocaram seus problemas com a aparência para a atitude alimentar, apesar de não apresentarem problemas de distribuição de gordura corporal. Os autores concluem que a imperfeição estética pode impedir um cotidiano e uma adaptação à vida social normais, e que isto consiste num problema de saúde que deve ser rapidamente solucionado.

Outro item encontrado se refere a um artigo teórico brasileiro, publicado no exterior. Neste, Pitanguy (2003) disserta sobre cirurgia do contorno corporal, e diz que conceitos de beleza sempre estiveram envolvidos na história da humanidade, assim como o fato de figuras voluptuosas que foram idealizadas no passado por artistas estarem sendo substituídas por formas mais delgadas. Avanços na medicina no último século têm permitido correções cirúrgicas de deformidades do contorno corporal com riscos menores e mais eficientes. Comenta ainda que, até recentemente, as imperfeições eram, na maior parte das vezes, escondidas sob roupas pesadas ou relutantemente aceitas, sendo que as tendências da moda geralmente promovem a revelação do corpo. A mídia frequentemente ressalta a importância da boa forma e saúde correlacionando-as à juventude e beleza, através de mensagens claras ou subliminares, mas sempre enfatizando sua importância em relação ao sucesso social e profissional. Por outro lado, sedentarismo e excessos alimentares, associados a fatores como determinação genética, gravidez e envelhecimento, contribuem para a alteração do contorno corporal que resulta na perda da imagem corporal. Esse fator, segundo ele, gera uma forte motivação psicológica para correção cirúrgica. Depósitos de gordura localizada e flacidez são, muitas vezes, resistentes a esforços ligados à perda de peso e atividades esportivas.

O sucesso das cirurgias do contorno corporal tem aumentado devido à melhora no que diz respeito às técnicas cirúrgicas e de anestesia, resultando numa maior satisfação por parte dos pacientes. O autor ressalta a importância da compreensão, por parte do cirurgião estético, das motivações de seu paciente em relação às crenças em deformidades corporais. Um pedido de tratamento cirúrgico deve ser visto como um desejo legítimo de obtenção de uma forma que aproxime o indivíduo da auto-imagem ideal. Também, o cirurgião deve considerar a possibilidade de benefícios ao incluir o trabalho de uma equipe multidisciplinar. Dependendo de cada caso, esta deve incluir especialistas em endocrinologia, dermatologia, plástico-oftalmologia, pediatria e outras especialidades pertinentes.

Bolton *et al.* (2003) avaliam índices de imagem corporal e qualidade de vida em pacientes submetidas a abdominoplastia. O estudo foi realizado com trinta mulheres no pré-operatório e pós-operatório, e foram utilizadas as Escalas *Appearance Evaluation subscale of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*, *Body Areas Satisfaction Scale* e *Body Exposure and Sexual Relations Questionnaire*, para avaliar a imagem corporal, o investimento psíquico na aparência e o funcionamento psicossocial geral. Os resultados indicam melhoras significativas na qualidade da imagem corporal, incluindo mudanças positivas na auto-avaliação da aparência geral, na insatisfação corporal, na autopercepção e em relação ao evitamento da exposição corporal durante atividades sexuais. Como previsto, não foram verificadas mudanças no investimento psíquico, na aparência, e no funcionamento psicológico geral (auto-estima, satisfação com a vida e ansiedade).

Simis *et al.* (2001) investigam as diferenças encontradas em adolescentes e adultos jovens que procuram cirurgias plásticas, no que se refere à imagem corporal, ajustamento psicossocial e personalidade. O estudo se baseou em três questões: Os adolescentes candidatos à cirurgia estética têm uma visão realista de seus corpos? Quão urgente é a necessidade psicossocial deste grupo? Quais as relações existentes entre as atitudes corporais, ajustamento psicossocial e personalidade?

De 1995 a 1997, candidatos à cirurgia plástica com idades entre doze e vinte e dois anos, bem como seus pais, foram entrevistados e responderam a questionários validados. Os adolescentes submetidos à cirurgias estéticas apresentaram atitudes realistas em relação à aparência e demonstraram maior saúde psicológica. Eles estavam igualmente satisfeitos com sua aparência geral em comparação com o grupo controle, porém, mais insatisfeitos com as áreas específicas consideradas para a cirurgia,

especialmente no caso de cirurgias estéticas, e demonstraram consideráveis problemas de ajustamento psicossocial. Os meninos apresentaram menor autoconfiança em áreas sociais que outros grupos. Houve pouca correlação entre as variáveis corporais e psicossociais, indicando que as atitudes corporais e satisfação não são diferencialmente relacionadas ao ajustamento social e à autopercepção em relação aos seus pares.

A conclusão desse estudo é a de que os adolescentes submetidos à cirurgia plástica apresentam consideráveis problemas psicossociais relacionados à aparência, especialmente os sujeitos do grupo de cirurgias estéticas, em comparação ao de cirurgias reparadoras. Cirurgiões plásticos devem reconhecer que, no geral, os adolescentes têm uma atitude realista em relação à aparência, apresentando características psicológicas saudáveis e são, principalmente, insatisfeitos em relação às partes do corpo consideradas para cirurgia (pacientes de cirurgias estéticas mais que pacientes de cirurgias reparadoras). Além disso, os pesquisadores concluíram que pacientes introvertidos necessitam de maiores cuidados no que se refere à atenção dos cirurgiões plásticos.

A imagem corporal também foi abordada por Gorney e Martello (1999) em estudo sobre o critério de seleção de pacientes para cirurgia plástica. Os autores citam que a maior parte de reclamações decorrentes de cirurgias está baseada em falhas de comunicação e critérios de seleção de pacientes, e não em erros técnicos. O artigo examina os aspectos psicológicos na cirurgia plástica e discute a importância de uma comunicação efetiva como técnica de prevenção de reclamações. Os autores traçam as características gerais do grupo de pacientes insatisfeitos, para que os cirurgiões possam distinguir aqueles cujas imagens corporais e características de personalidade os tornam ineligíveis para cirurgias estéticas.

Por meio desse levantamento, chegamos a algumas conclusões: de todas as pesquisas analisadas, apenas uma se deu na Psiquiatria, tendo sido as outras realizadas na Cirurgia Plástica, mostrando uma preocupação maior por parte de profissionais que realizam procedimentos cirúrgicos estéticos. Os locais de realização das quatro pesquisas empíricas encontradas foram hospitais universitários.

Em relação aos instrumentos utilizados, notamos que existem várias formas e escalas de medida de imagem corporal.

Como resultado, a insatisfação com a aparência como um todo não é maior para as pessoas que procuram cirurgia estética em relação à população em geral, porém, é maior a insatisfação com a área do corpo considerada para a cirurgia.

Notamos também que ocorre a projeção de problemas psicológicos em determinadas partes do corpo, e estes podem ser interpretados como transtornos psiquiátricos. Em tais situações, haveria contra-indicação cirúrgica. Percebemos também uma dificuldade de adaptação à vida social, implicando algumas vezes desajustamento, mesmo que parte dos pacientes exiba traços psicológicos saudáveis.

Resultado interessante refere-se aos dados de mudanças positivas na auto-avaliação da aparência geral, na insatisfação corporal, na autopercepção e em relação ao evitamento da exposição corporal durante atividades sexuais para pacientes estéticas, mesmo que não haja mudanças no investimento psíquico na aparência e no funcionamento psicológico geral (auto-estima, satisfação com a vida e ansiedade).

Outro fator que nos chama a atenção diz respeito aos pacientes de uma das pesquisas. Eles apresentaram uma imagem corporal mais positiva, mesmo estatisticamente não significativa, reforçando a hipótese de que uma valoração positiva do corpo leva a maiores cuidados.

Após revisão bibliográfica, foi confirmada a importância do reconhecimento de transtornos relacionados à imagem corporal e do trabalho psicológico ou multidisciplinar no contexto de cirurgias estéticas, a fim de conhecer as motivações dos pacientes para poder auxiliar em sua indicação, evitando procedimentos desnecessários e aumentando sua satisfação.

3.5.3 Transtorno Dismórfico Corporal em cirurgias estéticas

Buscamos levantar pesquisas realizadas de 1997 a 2006 concernentes à incidência do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) em pacientes que procuram cirurgias estéticas, utilizando as palavras-chave “dismorfofobia”, “cirurgia estética” e “imagem corporal”.

Foram selecionados doze estudos relacionando o TDC à cirurgia estética junto à base de dados *LILACS* e no site do *PMC*, todos referentes a investigações empíricas. Como foi escolhido para pesquisa o termo “cirurgia estética” e não “cirurgia plástica”, a fim de que fossem excluídas as cirurgias reparadoras, alguns dos artigos de pesquisas tanto teóricas como empíricas encontrados se referiam aos pacientes dermatológicos. De acordo com Phillips e Dufresne (2000), a prática clínica mais consultada por pacientes com TDC é a dermatológica, mesmo que o transtorno seja relativamente comum tanto nesse contexto quanto no da cirurgia plástica.

Sarwer *et al.* (2005) investigam as experiências e atitudes de universitárias a respeito de cirurgias estéticas. O estudo também aborda a relação entre vários aspectos da imagem corporal, incluindo a satisfação e o investimento na aparência, sintomas do TDC e interesse por cirurgias estéticas. Trinta entre quinhentas e cinquenta e nove participantes (5,0%) haviam sido submetidas a cirurgias estéticas, dois terços delas tinham um conhecido e um terço um membro da família que já havia passado pelo mesmo processo. No geral, apresentaram atitudes favoráveis às cirurgias estéticas. A análise dos resultados sugeriu que um maior investimento psíquico na aparência física, assim como uma maior internalização de imagens de beleza da mídia, levavam a atitudes mais favoráveis frente às cirurgias. Quatorze apresentaram índices indicativos de TDC (2,5%), baseados na natureza e severidade num questionário auto-aplicativo sobre preocupações com a imagem corporal.

Kisely *et al.* (2002) comparam as razões da procura de cirurgia estética com um grupo controle, no qual todos os sujeitos apresentavam sintomas com justificativa médica. De noventa participantes que aguardavam pela cirurgia, oitenta e quatro responderam a pesquisa, sendo quarenta e dois deles pacientes estéticos e igual número com indicação cirúrgica médica (as cirurgias eram mamoplastia, rinoplastia, excisão, abdominoplastia e blefaroplastia). Os instrumentos utilizados foram o *General Health Questionnaire (GHQ)* e o *Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)*. Os casos de preocupação dismórfica representavam 32,0% da amostra. Entre os pacientes estéticos, o número de mulheres era treze vezes maior e apresentava resultado de preocupação dismórfica nove vezes maior, preocupação com a saúde geral seis vezes maior e era sete vezes maior a tendência para realização de mamoplastia. Os pacientes com altos índices de preocupação dismórfica apresentaram uma propensão trinta e duas vezes maior a preocuparem-se com a saúde geral. A conclusão do estudo é de que pacientes estéticos têm maior incidência de preocupação dismórfica e apresentam mais morbidades psiquiátricas.

Vargel e Ulusahin (2001) investigam a presença de sintomas psiquiátricos e avaliam os aspectos perceptivos, cognitivos e comportamentais da imagem corporal em pacientes que buscam cirurgia estética. Foram avaliados vinte pacientes que buscavam cirurgia estética e o mesmo número do grupo controle, com gênero, idade, escolaridade e estado civil correspondentes. Os instrumentos utilizados nos dois grupos foram o *Symptom Check-List-90 (SCL-90)*, o *Beck Depression Inventory (BDI)*, e o *The Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*. Não houve diferença significativa nos

resultados de psicopatologia e nas escalas de auto-imagem entre os pacientes e o grupo controle. De acordo com o DSM-IV-TR (2003), 20,0% dos pacientes foram diagnosticados com TDC. Segundo os pesquisadores, os pacientes estéticos apresentavam comportamento defensivo perante as avaliações psicológicas e, enquanto alguns pacientes exibiram traços psicológicos saudáveis, outros apresentam características depressivas ou preocupações somáticas próximas à psicose.

Dufresne *et al.* (2001) tem como propósito desenvolver e validar um breve questionário auto-aplicativo para diagnóstico do TDC no contexto dermatológico. Utilizam para tanto entrevistas para detecção do TDC em quarenta e seis pacientes, mas sem precisar o roteiro das mesmas. Os autores determinam um índice de confiança baseado numa escala de severidade do defeito e os resultados indicam que o questionário obteve sensibilidade de 100,0% e especificidade de 93,0%, sendo, portanto, um instrumento efetivo para a detecção do TDC na prática dermatológica.

A psicopatologia da constante verificação ao espelho em pacientes com TDC foi avaliada por Veale e Riley (2001). Através de um questionário auto-aplicável e verificação no espelho, foi analisada a presença da patologia em cinquenta e cinco pacientes com o transtorno e o mesmo número do grupo controle. Os resultados a que chegam são que os pacientes que apresentam TDC se olham freqüentemente no espelho: na esperança de se encontrarem diferentes; pelo desejo de saber exatamente como são fisicamente; pela crença de que terão pior aparência caso resistam a olhar no espelho; e pelo desejo de camuflar as áreas de insatisfação. Tais pacientes concentram mais sua atenção numa impressão interna ou nos sentimentos do que na aparência real, treinam a expressão facial que julgam melhor para usar em público e usam o que os autores chamam “cirurgia mental estética”, para obter controle da imagem corporal. Esses indivíduos estão mais predispostos a verificações em superfícies ambíguas como versos de *CD's* e talheres. Os pacientes sentem-se pior logo após a verificação no espelho, porém, a conclusão é de que tal comportamento traz segurança aos indivíduos, diferentemente da redução de ansiedade do checar compulsivo do TOC. Novamente, nessa pesquisa, não houve uma precisão na definição do instrumento utilizado.

Apesar da conclusão da pesquisa acima que diferencia o comportamento de verificação no espelho dos pacientes com TDC daqueles que apresentam TOC, Altamura *et al.* (2001) hipotetizam que o TDC em sua manifestação clínica e subclínica pertença ao espectro do TOC. O objetivo da pesquisa era definir as principais características demográficas e clínicas do TDC e TDC subclínico. O estudo realizado

em centros de medicina estética, onde quatrocentos e oitenta e sete pacientes foram triados após a procura por tratamento e divididos em três grupos: o primeiro com TDC, o segundo com TDC subclínico e terceiro o controle. Os instrumentos utilizados foram o *Structured Clinical Interview (SCID-I)*, entrevista clínica semi-estruturada para avaliação do diagnóstico de fobia social baseada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, e o *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* adaptado para o TDC (*BDD-YBOCS*). Como resultados, obtiveram que 6,3% apresentavam TDC e 18,4% TDC subclínico. A comorbidade diagnosticada como mais freqüente foi o TOC e houve uma maior severidade nos sintomas de homens com TDC (no TDC subclínico não foram encontradas diferenças em relação ao gênero). Apresentam ideação suicida 49,7% daqueles com TDC e 12,1% dos sujeitos com TDC subclínico.

Com o objetivo de conhecer a insatisfação corporal e o TDC em cirurgias estéticas, Sarwer *et al.* (1998) avaliam cem entre cento e trinta e duas mulheres submetidas à cirurgia cosmética, que responderam às seguintes escalas de avaliação da imagem corporal, o *Body Self Relations Questionnaire* e o *Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report*. Os pesquisadores obtiveram como resultados que as pacientes não demonstram maior insatisfação com a aparência geral em comparação a valores normais, mas apresentam maior insatisfação com a área considerada para a cirurgia em relação à população normativa. Também verificam que 7,0% da amostra apresenta TDC e, finalmente concluem que há uma prevalência maior do transtorno na população que se submete às cirurgias estéticas.

Pertschuk *et al.* (1998) investigam a insatisfação de pacientes estéticos masculinos com a imagem corporal. Trinta homens foram comparados com o mesmo número de mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos similares, através de duas escalas de avaliação da imagem corporal (não especificadas). Os resultados corroboram aqueles da pesquisa de Sarwer *et al.* (1998), pois os pacientes não demonstram maior insatisfação com a aparência geral em relação aos homens do grupo controle, mas uma maior insatisfação com a área considerada para a cirurgia. Os pesquisadores concluem que as mulheres investem mais na aparência física do que os homens.

Características psicológicas de mulheres que se submetem a uma ou múltiplas cirurgias cosméticas foram pesquisadas por Dunofsky (1998). Mulheres acima de trinta anos foram divididas em três grupos, o primeiro composto por pacientes submetidas a uma cirurgia estética (n = 20), o segundo a múltiplas cirurgias (n = 16) e o grupo controle (n = 49). Foram usados como instrumentos cinco medidas de personalidade

(não especificadas). Os resultados mostram que pacientes de cirurgias estéticas são mais narcisistas ($p = 0.05$), e têm mais problemas de separação/individualização ($p = 0.01$), sempre em relação ao grupo controle. Não houve diferença nas medidas de auto-estima e de ansiedade social entre os grupos. As pacientes estéticas apresentam uma imagem corporal mais positiva ($p = 0.009$), não havendo diferença significativa entre os grupos de uma ou múltiplas cirurgias estéticas. A conclusão do estudo é de que algumas, mas não todas as principais ocorrências clínicas de distúrbios de personalidade, estão presentes em pacientes que se submetem a cirurgias estéticas.

Sintomas psiquiátricos também foram investigados por Ishigooka *et al.* (1998), em pesquisa que busca conhecer os aspectos demográficos de pacientes que procuram cirurgias estéticas. Avaliando quatrocentos e quinze pacientes, segundo os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), conclui que 47,7% sofrem de transtornos mentais: dezessete apresentam um quadro de Esquizofrenia; vinte, algum transtorno desilusional; trinta e três, transtornos depressivos; quarenta e sete, transtornos neuróticos; quarenta e dois, transtornos hipocondríacos; cinco tinham personalidade paranóide; e quatorze apresentavam Transtorno Histriônico da Personalidade.

Entre os pacientes da amostra, 56,0% apresentam ajustamento social pobre e os homens apresentam mais transtornos mentais que as mulheres, principalmente TDC, dado que não foi obtido na pesquisa de Phillips e Diaz (1997), nem na investigação de Pertschuck *et al.* (1998), que permitia conhecer a diferença entre os gêneros. Foi notada também a pequena distância na idade entre adolescentes e adultos quando da preocupação com a deformidade. Os autores lembram que o histórico de freqüentes cirurgias não foi considerado um indicador de anormalidade mental.

Outro estudo já havia sido feito anteriormente por Phillips e Diaz (1997), mas tinha como meta investigar a diferença da incidência do TDC em relação ao gênero. Foram avaliados cento e oitenta e oito participantes já diagnosticados com o transtorno por meio de características clínicas da desordem, 49,0% deles mulheres e a diferença homens. Foi levantado o histórico do tratamento, verificada a comorbidade de transtornos do *AXIS I* no *DSM-IV* e aplicado um instrumento de acesso às características demográficas (não especificado). Como resultado, foi verificado que homens e mulheres não diferem significativamente na procura por cirurgia estética, nem em variáveis indicativas de depressão. As áreas do corpo consideradas motivos de insatisfação diferem entre os gêneros e, segundo os pesquisadores, na sintomatologia do TDC estão

refletidos valores e normas culturais. As mulheres estão mais preocupadas com os quadris e com o peso, espremem a pele a ponto de machucá-la, camuflando posteriormente as marcas com maquiagem, e apresentam como comorbidade a Bulimia Nervosa. Os homens estão mais predispostos às preocupações com a constituição física, os genitais, a escassez de cabelos (a qual camuflam com chapéus), são solteiros e apresentam abuso no consumo de álcool. Neste estudo não houve uma descrição precisa dos instrumentos utilizados.

A maior parte das pesquisas empíricas se deu na Psiquiatria, levando-nos a perceber uma preocupação maior por parte de profissionais que atuam na Saúde Mental do que por aqueles que realizam procedimentos cirúrgicos estéticos como dermatologistas e, principalmente, cirurgiões plásticos. Tal dado difere daqueles encontrados nas pesquisas que relacionam imagem corporal às cirurgias estéticas, nos quais a maior parte se deu na Cirurgia Plástica.

No Brasil não foi encontrado nenhum estudo que relacione o TDC à cirurgia estética, o que torna necessário tal tipo de investigação em nosso país. O próprio TDC tem sido pouco investigado empiricamente, mesmo no exterior.

O país que mais concentrou estudos sobre o tema foi os EUA, com metade das pesquisas encontradas, enquanto as outras foram publicadas na Austrália, Inglaterra, Itália, Japão e Turquia.

A área em que se realizou o maior número de estudos foi a Psiquiatria, com oito ocorrências. Mesmo tendo sido publicadas em outras áreas, duas pesquisas foram realizadas na Dermatologia e outra na Cirurgia Plástica, e apenas uma das pesquisas encontradas não específica em que área foi realizada. Importante ressaltar a existência de um centro de estudos específico relativo ao tema, o *Center for Human Appearance* criado em 1988 dentro do *Medical Center of University of Pennsylvania*, EUA.

O local de realização das pesquisas encontradas não foi muito bem definido e, com a exceção de um estudo realizado em centros de medicina estética (não especificados), todos aconteceram em hospitais universitários.

Em relação aos instrumentos utilizados, muitos não foram especificados devidamente e notamos que existem várias escalas de medidas de imagem corporal e TDC, pois seu uso variou em todas as pesquisas encontradas. Um dado levantado que pode ser útil em futuras pesquisas é o fato de que pacientes cosméticos tendem a apresentar comportamento defensivo frente a avaliações psicológicas.

Há autores que consideram que o TDC pertença ao espectro do TOC, e tal patologia aparece como a comorbidade mais freqüente. Porém, há controvérsias em relação ao tema, pois foi também levantado que a característica compulsiva do TDC não traz alívio de ansiedade como acontece no caso do TOC e outra comorbidade freqüente foi o transtorno depressivo.

Pacientes com TDC apresentam maiores preocupações com a saúde geral, e foram levantadas preocupações somáticas próximas à psicose, fato que faz pensar num maior investimento da energia psíquica no corpo.

A insatisfação com a aparência como um todo não é maior para as pessoas que procuram cirurgias estéticas em relação à população em geral, porém, é maior a insatisfação com a área do corpo considerada para a cirurgia.

As áreas do corpo consideradas motivos de insatisfação diferem entre os gêneros, mas foi verificado que homens e mulheres não diferem significativamente na procura por cirurgias estéticas. Os resultados de pesquisa nos mostram que os homens que buscam cirurgias cosméticas apresentam mais transtornos mentais que as mulheres, principalmente TDC. Isto pode ser atribuído à maior cobrança cultural que existe em relação à aparência física das mulheres, fator que as leva mais freqüentemente às cirurgias estéticas, mesmo que não haja transtornos imagem corporal ou outros transtornos psiquiátricos ou emocionais. As mulheres mostram mais características narcisistas e os pesquisadores concluem que elas investem mais na aparência física do que os homens.

Os resultados não indicam diferenças nas características de personalidade entre pacientes estéticos submetidos a uma ou a múltiplas cirurgias. Outro fator que nos chama a atenção é que alguns pacientes apresentem uma imagem corporal mais positiva, fato que suscita a hipótese de que uma valoração positiva do corpo possa levar a maiores cuidados com o mesmo.

No geral, pacientes estéticos apresentam maiores índices de preocupação dismórfica, mais transtornos psiquiátricos e têm o ajustamento social empobrecido, mesmo que uma parte deles exiba traços psicológicos saudáveis.

Após revisão bibliográfica, foi confirmada a importância de reconhecermos o TDC e outros transtornos de personalidade tanto no contexto de cirurgias estéticas, objetivando auxiliar em sua indicação e para evitar procedimentos desnecessários e insatisfatórios, como nos âmbitos psiquiátrico e psicológico, ao possibilitar um manejo mais eficaz no tratamento dos pacientes.

4. MÉTODO

4.1 Características do estudo

Nesta pesquisa de caráter descritivo foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa para adequação aos objetivos propostos para a investigação. A investigação do tema trazia complexidade pela interseção de diferentes áreas, como a Sociologia, a Medicina (Cirurgia Plástica e Neurologia) e a Psicologia.

Objetivou-se a investigação qualitativa por considerar importantes os processos de significação ligados ao corpo e à modificação deste a partir de cirurgias estéticas, apenas revelados por uma técnica de pesquisa que envolvesse questões da singularidade.

A avaliação dos resultados também foi realizada de acordo com a análise quantitativa descritiva. A pesquisa quantitativa tem por objetivo identificar, descrever e estabelecer relações entre as variáveis pesquisadas. Assim, visa à predição, controle ou generalização, mesmo que com amostras relativamente pequenas como a deste estudo. Foi utilizada nesta pesquisa a fim de subsidiar a construção de um objeto total, por quantificar as manifestações externas do fenômeno a ser investigado.

4.2 Amostra

4.2.1 Número da amostra

Foram escolhidas vinte e nove mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas como amostra.

4.2.2 Critérios de inclusão

- Mulheres com idade a partir de vinte anos (fase adulta).
- Pós-operatório tardio (superior a seis meses), pelo resultado definitivo da cirurgia.
- Realização de procedimentos cirúrgicos estéticos, que englobam cirurgias da face e do contorno corporal, independente da modalidade e do número realizado.
- Alto poder aquisitivo e não realização de cirurgias gratuitas ou conveniadas. A pesquisa foi realizada numa clínica de cirurgia plástica particular na cidade de São Paulo, e a escolha foi pensada em função da opção pelas cirurgias não ter limitação

financeira, sendo motivadas somente por características de personalidade das participantes, que podem realizar tantas cirurgias quantas quiserem.

- As participantes avaliadas, entre as que foram indicadas pelo cirurgião plástico, foram as que concordaram em participar da pesquisa. A indicação se deu de forma aleatória entre aquelas que compareciam para retornos pós-operatórios ou novas consultas.

4.2.3 Critérios de exclusão

- Pacientes que apresentaram diagnóstico psiquiátrico delineado, ou que por ventura faziam uso abusivo de drogas ou álcool. Estas pacientes não tiveram a permissão do responsável pela clínica para a realização de cirurgia plástica e, de acordo com ele, 10,0% a 15,0% das candidatas são rejeitadas após a primeira consulta.

- Pacientes submetidas a cirurgias plásticas reparadoras.

4.2.4 Categorização das participantes

Para categorização dos sujeitos foram levados em conta os seguintes itens:

- Idade
- Profissão
- Estado civil
- Cônjuge
- Nacionalidade
- Ascendência
- Irmãos
- Descendência

4.3 Instrumentos

Para garantir a abrangência do que se propunha investigar, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa:

4.3.1 Questionário auto-aplicável

Foi composto por questões abertas e fechadas (Anexo A) e teve como base o questionário de feminilidade de Kato (2002)⁷. Seguiu critérios estabelecidos em discussão com o cirurgião plástico responsável pela clínica em que ocorreu a pesquisa. O questionário foi dividido em quatro partes.

Parte 1. A primeira parte abordou os dados sobre as cirurgias e o seu significado, tendo sido criadas as seguintes categorias:

⁷ “Pesquisa sobre esterilidade feminina”, de Kato, A., elaborada em Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 2002.

- Número de Cirurgias Realizadas (questão 1)
- Procedimentos Cirúrgicos Realizados (questão 1)
- Tempo da Cirurgia (questão 1)
- Motivação para a Cirurgia (questão 2)
- Alcance das Expectativas (questões 3, 4 e 5)
- Investimento no Próprio Corpo / Dinamismo Matriarcal (questões 6 e 7)
- Características do TDC (questão 8)
- Cultura Familiar (questões 9 e 10)
- Significado Psicológico da Cirurgia (questão 11)

Parte 2. A segunda parte buscou informações sobre como os sujeitos se percebiam e como estes achavam que eram percebidos por outros, por meio de percepções positivas e negativas. A escolha por parte dos sujeitos de características positivas ou negativas pode corresponder à realidade pessoal, e, portanto, qualquer realidade pode ser adequada. Foram criadas as seguintes categorias:

- Auto percepção (questão 1)
- Percepção Interpessoal (questão 2)

Parte 3. Na terceira parte, o objetivo foi investigar o relacionamento com as figuras materna e paterna, que correspondem aos primeiros relacionamentos da vida de um indivíduo. Também foi objetivo pesquisar o relacionamento com as demais figuras dos gêneros feminino e masculino, aqueles que se dão no decorrer do desenvolvimento. Buscando uma alusão abrangente dos contatos vivenciados, as questões procuraram verificar a representação dos modelos masculino e feminino na personalidade, e, para atender a esse critério, foi criada a seguinte categoria:

- Modelos de Identidade (questões 1, 2, 3 e 4)

Parte 4. A quarta parte do questionário buscou identificar se a imagem corporal poderia estar vinculada à satisfação nos relacionamentos em diversas áreas. Dessa forma, foi investigada a crença das participantes em relação à satisfação nas relações antes das cirurgias, assim como a crença sobre mudanças na satisfação após sua realização. Isso foi avaliado pelas categorias:

- Satisfação Relacional antes da Cirurgia (questão 1)

- Satisfação Relacional Pós-Cirúrgica Projetada na Imagem Corporal (questão 2)

4.3.2 Teste de Rorschach

O teste de Rorschach foi aplicado, classificado e analisado segundo critérios do Sistema Compreensivo de John E. Exner Jr. (Exner, 1999; 2003 e Exner e Sendín, 1999). Foram avaliadas as Constelações positivas, a Autopercepção e a Percepção Interpessoal das participantes da amostra.

- **Constelações positivas**

A presença de Constelações positivas é indicativa de presença de transtornos psíquicos. A Constelação corresponde ao valor prognóstico que essas variáveis têm, ou seja, nenhuma delas separadamente é significativa, mas a sua presença conjunta em um protocolo funciona como um sinal de alarme de grande precisão (Exner e Sendín, 1999).

- **Autopercepção**

O conjunto das variáveis relativas à autopercepção, de acordo com a análise de Exner (2003), fornece informações sobre como o indivíduo vê a si próprio, particularmente no que se refere ao nível da auto-estima, à autoconsciência e à natureza de sua auto-imagem. Achados relevantes no Rorschach ajudam a identificar se o indivíduo se sente satisfeito e confortável ou se é influenciado por uma visão negativa de si mesmo, caso esteja excessivamente preocupado ou preste pouca atenção em si próprio. Também sugerem a presença de um senso de identidade claro e estável ou uma noção de si incerta e irreal.

- **Percepção Interpessoal**

As variáveis informam sobre como o indivíduo se relaciona com os outros, particularmente em respeito às suas atitudes em relação às pessoas, o nível de interação que tem com elas, e a maneira como ele se aproxima e estabelece vínculos interpessoais. Conforme Exner (2003), os dados ajudam a identificar se o indivíduo:

a) é capaz de sustentar um nível razoável de interesse interpessoal, envolvimento e suporte, ou se tem tendência a ser desinteressado e desengajado em situações sociais;

b) antecipa intimidade e segurança na interação interpessoal ou tende a evitar proximidade preferindo manter-se distante dos outros;

c) pode manter um balanço adaptativo nas relações, apresentando colaboração e aquiescência por um lado e competitividade e assertividade por outro, ou tende a se tornar excessivamente subserviente ou dominador nas relações; e

d) percebe os outros e as situações sociais de forma acurada e com empatia ou apresenta dificuldade em interpretar as motivações alheias e não se dar conta das implicações dos eventos interpessoais.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Local de realização da pesquisa

Clínica de cirurgia plástica particular localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

4.4.2 Data da pesquisa

A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e novembro de 2003.

4.4.3 Aplicação dos instrumentos

Foram agendados horários com as pacientes, as quais, inicialmente, preenchem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento em que havia as explicações pertinentes para a investigação pretendida. O teste de Rorschach foi realizado antes das participantes responderem ao questionário auto-aplicável, para que não fossem contaminadas pelas informações contidas nele.

4.4.4 Duração da aplicação dos instrumentos

Duração de até uma hora e meia. A média de tempo foi de uma hora e quinze minutos.

4.4.5 Participantes excluídas

Inicialmente, foram selecionadas trinta e duas participantes. Três pacientes foram retiradas da amostra após a análise dos resultados. A primeira correspondia a uma mulher que recorreu à cirurgia plástica após ter sido mastectomizada, o que fugia aos objetivos de pesquisar apenas intenções relativas à estética, e não reparadoras. A eliminação das duas outras participantes se deu em função da não validação no teste de Rorschach, em função de número insuficiente de respostas.

4.4.6 Análise dos dados

A avaliação dos dados coletados foi realizada com base na metodologia quantitativa e qualitativa, de acordo com a proposta dos instrumentos utilizados.

4.4.6.1 Questionário auto-aplicável

As questões 2 (Motivação para a Cirurgia) e 11 (Significado Psicológico da Cirurgia) correspondiam a questões abertas. Foram analisadas pelo sistema de análise de texto *Système Portable por l'Analyse de Données Textuelles (SPAD-T)*. As demais questões tiveram os resultados totalizados e os mesmos serão descritos ao longo do presente trabalho⁸.

4.4.6.2 Teste de Rorschach

Após a aplicação e classificação, os testes foram submetidos a duas avaliações independentes, nas mesmas condições, a fim de se obter maior fidedignidade dos dados.

4.4.6.2.1 Constelações positivas

A avaliação das constelações positivas presentes nos protocolos das participantes foi analisada de forma quantitativa (5.2.1) e seguiu os critérios de Exner e Sendín (1999) e Exner (2003). Sua presença corresponde a um número padrão de pontuação, conforme mostrado a seguir:

⁸ A análise dos dados estatísticos teve orientação da Prof^a. Iara Pisanelli de Castro, responsável pela cadeira de Estatística da PUC-SP.

- **Índice de Transtornos de Percepção e Pensamento (PTI): > ou = 3.** O corte adotado seguiu aquele utilizado por Nascimento (2006). Diferentemente dos demais índices, o PTI não apresenta ponto de corte e se encontra apenas na última revisão de Exner (2003). Não é utilizado como fonte primária de diagnóstico, mas deve ser utilizado como uma escala contínua, na qual valores mais altos são menos preferíveis, e seu principal propósito é alertar sobre a possibilidade de dificuldades na mediação ou na ideação (Exner, 2003). A existência de valores altos indica transtornos mais sérios do pensamento e da percepção, valores encontrados mais frequentemente em amostras de esquizofrênicos. O índice é percebido por meio de relações interpessoais empobrecidas, dificuldade de ajustamento à realidade por meio de respostas pouco usuais, e um esforço muito grande na emissão das mesmas.

- **Índice de Depressão (DEPI): 5 ou +.** Existência de traços encontrados normalmente entre os diagnosticados com Depressão ou Transtorno Afetivo, mas também uma organização psicológica mais vulnerável a esse diagnóstico. Inclui variáveis afetivas, cognitivas e relacionais.

- **Índice de Déficit Relacional (CDI): 4 ou +.** Medida das dificuldades que o indivíduo tem para enfrentar com eficiência as demandas comuns de seu meio social. Vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas e gratificantes.

- **Constelação de Suicídio (S-CON): > 7.** O corte adotado nesse índice também seguiu aquele utilizado por Nascimento (2006). Tal índice torna-se presente quando o indivíduo decide (ou corre o risco de decidir) adotar uma conduta auto-destrutiva. Existência de confusão mental, desajustamento perceptivo, aumento da hostilidade, diminuição da produtividade e baixa auto-estima.

- **Índice de Hipervigilância (HVI): condição nº 1 + 4.** Estilo paranóide ou hipervigilante em relação ao meio ambiente. Indivíduos sentem-se vulneráveis a contatos próximos, e agem de maneira reservada e cautelosa em suas relações.

- **Índice de Estilo Obsessivo (OBS): 1 condição ou +.** Existência de traços perfeccionistas, meticulosidade, cautela e convencionalidade. Capacidade criativa rebaixada pela preocupação em não falhar.

4.4.6.2 Autopercepção

A Autopercepção foi analisada de forma quantitativa (5.2.1) e qualitativa (5.2.2). A avaliação quantitativa foi baseada nas proposições de Exner e Sendín (1999), e se deu por meio da categorização nos seguintes índices:

- **Narcisismo (Fr+rF)**. Índice considerado alterado quando “ $Fr + rF$ ” > 0 .
- **Auto-estima (ego índice)**. Índice considerado alterado quando “ $3r+(2)/R$ ” $< 0,25$ ou $> 0,45$.
- **Intelectualização (Hx)**. Índice considerado alterado quando “ Hx ” > 0 .
- **Preocupação Corporal (an + xy)**. Índice considerado alterado quando “ $an + xy$ ” $> ou = 3$.
- **Conteúdos Mórbidos (mor)**. Índice considerado alterado quando “ mor ” > 0 .

A avaliação qualitativa, também baseada nas proposições de Exner e Sendín (1999), seguiu os seguintes passos:

- **Passo 1 - Índice de Egocentrismo e presença de reflexos**

Proporciona uma estimativa da autopercepção da pessoa, e pode ser também entendido como um medidor de características narcísicas. Constitui uma medida de atenção que o indivíduo dirige a si mesmo, ou seja, ao seu nível de auto-centramento e, em muitos casos, oferece também dados sobre sua auto-estima. Está formado por dois tipos de respostas que oferecem gradações diferentes em relação a autopercepção, os pares (2) e reflexos: $Fr = rF$, tendo os últimos maior peso no índice. Mesmo que essa situação por si só não assinala uma situação psicopatológica, quando “ $Fr + rF$ ” > 0 , indica a existência de componentes narcísistas com tendência a autoglorificação, junto à necessidade de reafirmação ou confirmação exageradas da própria valia.

O índice $3r+2/R$, quando é encontrado rebaixado ou aumentado, sugere prejuízos na auto-estima do indivíduo. Tal índice indica um auto-centramento maior que o habitual, levando o indivíduo a um reduzido interesse pelo mundo exterior. Porém, o auto-centramento elevado não é sinônimo de auto-estima alta, ao contrário, pode mostrar dificuldade do indivíduo em se colocar na posição dos demais que influenciará no processamento de informações e elaboração de conceitos. Adequando os padrões americanos à dispersão do índice na população brasileira, será considerado um desvio de 10 pontos percentuais em relação a 0,35 da média brasileira (Amaral *et al.*, 2003).

- **Passo 2 - Presença de FD e V**

V e FD se relacionam com o processo de auto-inspeção do indivíduo. FD representa o uso da introspecção e a tomada de distância com o meio. Se $FD > 2$ significa que o indivíduo dedica muito esforço às tarefas de auto-inspeção, o que pode produzir um isolamento de seu meio, distanciando-se.

As respostas de Vista (V) representam o uso da introspecção com matizes de autocrítica negativa e, por isso, são sinal de baixa auto-estima. $V + FD > 2$ indica que o indivíduo parece exagerar nas tarefas de auto-exame, com conseqüências emocionais irritativas e dolorosas e um aumento de seu distanciamento com o meio.

- **Passo 3 - Análise dos conteúdos humanos**

Seu estudo detalhado dá informações sobre o modo como o indivíduo percebe a si mesmo e aos demais, importante para a autopercepção e as relações interpessoais. Sua presença no protocolo assinala o interesse do indivíduo pelas pessoas em geral e os conteúdos humanos diminuídos demonstram dificuldades nos processos de identificação, ou traços de isolamento e até graves conflitos de identidade, de auto-imagem e de relacionamento. A mais importante fórmula é a relação de interesse interpessoal $H : (H) + Hd = (Hd)$, que assinala que a própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre experiências reais e não sobre fantasias, em uma proporção de 4:1. Quando o lado direito aparece aumentado, trata-se de indivíduos retraídos e que percebem com suscetibilidade o meio humano. Também é importante a fórmula $Hx > 0$, que assinala que o indivíduo tende a estabelecer aspectos de seu autoconceito recorrendo a intelectualização, tentando ignorar a realidade e neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos em relação a sua auto-imagem, que se encontra distorcida.

- **Passo 4 - Fórmula An + Xy**

Seus conteúdos estão relacionados com um aumento das preocupações com o corpo. Sua freqüência costuma ser baixa exceto em determinados momentos vitais em que o corpo sofre alterações ou mudanças fisiológicas como puberdade, gravidez ou situações de enfermidade orgânica. Uma ou duas fórmulas desse tipo indicam uma maior preocupação com o funcionamento corporal que o habitual, mas, a não ser que venham acompanhadas de distorções perceptivas, não devem ser entendidas como uma questão prioritária em sua organização psicológica. Se " $An + Xy$ " > 3 e a preocupação

com o corpo não coincidem com problemas físicos reais e significam uma distorção na auto-imagem, com freqüente presença de transtornos psicossomáticos ou problemas hipocondríacos.

- **Passo 5 - Número e conteúdos de MOR**

Essas respostas incluem a percepção de objetos danificados, e a auto-imagem do sujeito que as dá se articula com traços mais negativos, danificados e disfóricos do que é habitual. A presença de MOR > 2 proporciona uma representação indireta da existência de uma imagem pessoal desvalorizada e geradora de uma visão negativa e pessimista do meio, quando cruzada com outros dados que a confirmem.

- **Passo 6 - Conteúdos de FQ-**

São as respostas das que mais claramente incluem elementos projetivos, trazendo assim dados de grande valor sobre a auto-imagem e a auto-estima do indivíduo, também por meio de validações cruzadas com outras hipóteses. Caso apareçam temáticas preferenciais, podem-se elaborar hipóteses sobre preocupações prioritárias do indivíduo.

- **Passo 7 - Conteúdos de respostas de movimento**

Também são respostas portadoras de elementos projetivos. Cada vez que o indivíduo dá um movimento, atribui elementos pessoais aos objetos, tornando essas respostas uma importante fonte de informação sobre o autoconceito. É preciso procurar a presença de certos traços ou agrupamento de conteúdos em temas, pois, quanto maior a freqüência de repetição, mais provável que reflita uma dimensão da auto-imagem ou da auto-estima.

- **Passo 8 - Estudo das superelaborações verbais**

Verbalizações incomuns, dramáticas ou enfeitadas trazem claramente material projetivo. Novamente, devem-se procurar agrupamentos em temas ou características que se repitam.

4.4.6.2.3 Percepção Interpessoal

A Percepção Interpessoal também foi analisada de forma quantitativa (5.2.1) e qualitativa (5.2.2). A avaliação quantitativa foi baseada nas proposições de Exner e Sendín (1999), e deu por meio da categorização nos seguintes índices:

- **Déficit Relacional (CDI).** Índice considerado alterado quando $CDI > 3$.
- **Hipervigilância (HVI).** Índice considerado alterado quando ocorrer a condição $n^{\circ} 1 + 4$.
- **Passividade ($p > a + 1$).** Índice considerado alterado quando $p > a + 1$.
- **Dependência (Food).** Índice considerado alterado quando $Fd > 0$ e $T > 1$.
- **Afastamento na Interação (COP e AG).** Índice considerado alterado quando $COP = 0$ e $AG > 2$.
- **Agressividade (COP e AG).** Índice considerado alterado quando $COP < \text{ou} = 2$ e $AG > 2$.
- **Isolamento (Isolate/R).** Índice considerado alterado quando $Isolate > 0,25$.

A avaliação qualitativa da Percepção Interpessoal, também baseada nas proposições de Exner e Sendín (1999), seguiu os seguintes passos:

- **Passo 1: CDI e HVI**

O CDI representa uma medida das dificuldades do indivíduo no manejo da complexidade da vida cotidiana, sendo normal que atinja níveis baixos. Quando $CDI > 3$, a pessoa em problemas para enfrentar as demandas comuns de seu meio social e vulnerabilidade a situações de estresse.

O HVI positivo indica que o indivíduo pode sentir-se vulnerável nos contatos próximos e, em consequência, pode agir de maneira cautelosa e reservada em suas relações.

- **Passo 2: Relação a:p**

O índice $p > a + 1$ indica que o indivíduo tende a assumir um papel mais passivo, embora não necessariamente submisso, na relação com os demais. Com isso, ele se esquia de responsabilidades, deixando a tomada de decisões para o outro, espera orientação e incentivo e supõe que aqueles que o rodeiam tolerarão facilmente suas necessidades. Se qualquer dos lados da relação a:p for maior que o triplo do outro, estaremos diante de uma pessoa cognitivamente rígida, ou seja, pouco dada a procurar soluções novas ou adotar novos padrões de relacionamento.

- **Passo 3: Respostas de Alimento e Textura**

As respostas de Alimento, Fd , são pouco frequentes e denotam mais condutas de dependência do que o esperado. Trata-se de indivíduos que concebem com certa

ingenuidade suas relações interpessoais, esperando que os demais atendam as suas demandas e procurem soluções para seus próprios problemas. $T = 0$, em uma pessoa maior de dez anos, caracteriza que sua necessidade de aproximação emocional será menor que o esperado, indicando reserva na relação interpessoal, mantendo distância para não se sentir invadida. Ao contrário, $T > 1$ assinala uma intensa necessidade de proximidade. Caso não tenha tido uma perda afetiva recente, pode indicar dificuldade na elaboração de perdas ou decepções antigas, levando o indivíduo a experimentar sentimento de solidão e o deixando mais vulnerável à manipulação.

- **Passo 4: Conteúdos Humanos**

Esses conteúdos indicam como o sujeito percebe a si mesmo e aos demais seres humanos. Alterações significativas nessas respostas, tanto quantitativas como qualitativas, assinalam conflitos de identidade, de auto-imagem e de relação.

- **Passo 5: PER, COP e AG**

Oferecem dados valiosos sobre os prejuízos que uma pessoa possui em relação às interações humanas. Respostas PER estão relacionadas a aspectos próprios do psiquismo infantil, e, em adultos, nos falam de imaturidade ou infantilidade na conduta do sujeito. Em $PER > 2$, o indivíduo tem necessidade maior que o habitual de justificar defensivamente sua auto-imagem, falando-nos então de pessoas mais inseguras que o habitual e que recorrem a um autoritarismo infantil e defensivo, exigindo que lhes dêem razão quando questionadas.

As respostas COP supõem atitudes cooperativas nas relações, representando tendência a estabelecer vínculos positivos. A codificação AG parece representar uma maior tendência a manter atitudes hostis em relação aos demais. Em $COP = 0$ e $AG < \text{ou} = 1$, há indicações de indivíduos distantes ou desafeiçoados, em $COP < \text{ou} = 1$ e $AG = 2$, o sujeito tende a perceber a agressividade como um componente natural, se $COP < \text{ou} = 2$ e $AG > 2$, marca atitudes agressivas ou de coação, se $COP = 2$ e $AG < \text{ou} = 1$, o indivíduo tende a perceber atitudes positivas e harmoniosas nas relações, e em $COP = 2$ e $AG = 2$, o indivíduo pode apresentar certa confusão no modo de se comportar com os demais, o que o leva a ser mais inconsistente e menos previsível em seus estilos de interação. Como tais fórmulas só podem ser analisadas em conjunto, serão verificadas na análise qualitativa.

- **Passo 6: Índice de Isolamento**

Tal índice parece estar relacionado com isolamento ou retraimento social. Em todos os protocolos em que o índice supera 25,0%, podemos falar de indivíduos menos envolvidos que o habitual nas interações sociais. Se o índice for maior que 33,0% de R, a pessoa pode estar isolada, ou seja, sem trocas significativas com seus semelhantes.

- **Passo 7: Respostas de Movimento com Pares**

O aparecimento de pares associados a movimentos se refere a seres em relação, ou seja, duas pessoas ou animais foram percebidos realizando uma atividade comum. Para tal análise, é preciso obter informação significativa por meio da análise se todos os elementos das respostas.

4.5 Cuidados éticos

4.5.1 Parecer sobre o projeto

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável e foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP*, que julgou que estava em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em que os critérios de relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados foram preenchidos.

4.5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O mesmo comitê julgou também que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitia ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação na pesquisa, e que esta não apresentava qualquer risco ou dano aos sujeitos do ponto de vista ético.

Seguindo tais critérios, a oficialização de cada sujeito da pesquisa deu-se após a assinatura do mesmo, seguindo as determinações estabelecidas pela Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, cuja elaboração normatiza a pesquisa com seres humanos (Anexo B). Foi enfatizada a questão da confidencialidade e da disponibilidade dos resultados quando possível. Os sujeitos foram informados da possibilidade de contato pessoal com a pesquisadora, em função de possíveis dúvidas que pudessem ocorrer, ou mesmo da desistência do voluntariado para a pesquisa.

4.5.3 Termo de consentimento para a realização da pesquisa

Foi assinado pelo médico cirurgião plástico um termo, em que este consentiu a utilização do espaço de sua clínica assim como de seus pacientes para a realização da pesquisa (Anexo C)

4.5.4 Entrevistas devolutivas

Foram oferecidas entrevistas devolutivas dos dados colhidos no teste de Rorschach para todos os sujeitos da amostra, incluindo aqueles descartados durante a análise dos resultados. Essas entrevistas se realizaram no consultório particular da pesquisadora.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo traz os resultados do presente estudo. Inicialmente serão descritos os dados sociodemográficos levantados no questionário, levados em conta na categorização das participantes e os itens relativos aos procedimentos cirúrgicos, mediante as categorias descritas no Método (Capítulo 4). Posteriormente, serão descritos e avaliados os dados obtidos na aplicação do teste de Rorschach.

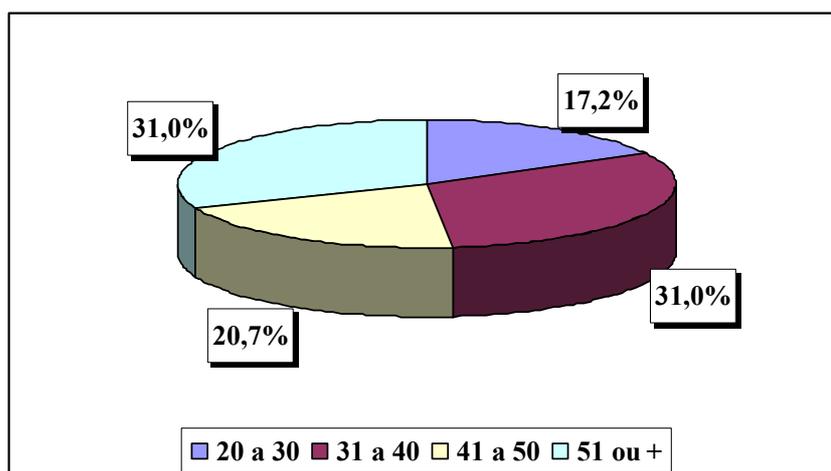
5.1 Questionário auto-aplicável

5.1.1 Dados sociodemográficos

5.1.1.1 Idade

As pacientes que compõem a amostra têm entre vinte e sessenta e quatro anos de idade e a média obtida após análise fatorial é de quarenta e dois anos. Entre as participantes, 17,2% tem idades de vinte a trinta anos e 20,7% de quarenta e um a cinquenta anos. A maior parte das pacientes tem idade entre trinta e um e quarenta anos ou acima de cinquenta e um anos (31,0% cada um dos grupos), conforme mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição quanto à idade em faixas etárias



5.1.1.2 Profissão

Essa categoria apresentou uma grande diversidade em relação à profissão exercida, sendo estudante (17,2%) e empresária (13,8%) as profissões mais frequentes. Todas as participantes possuíam o Ensino Médio, 17,2% cursavam alguma formação e 71,7% já eram graduadas em Nível Superior. Apenas 11,1% não tinham ou não estavam em vias de obter formação em Nível Superior, dado importante ao se considerar o nível socioeconômico-cultural da amostra.

Vale notar que a maior parte das participantes da amostra exerce a profissão (79,3%), de acordo com a Tabela 1.

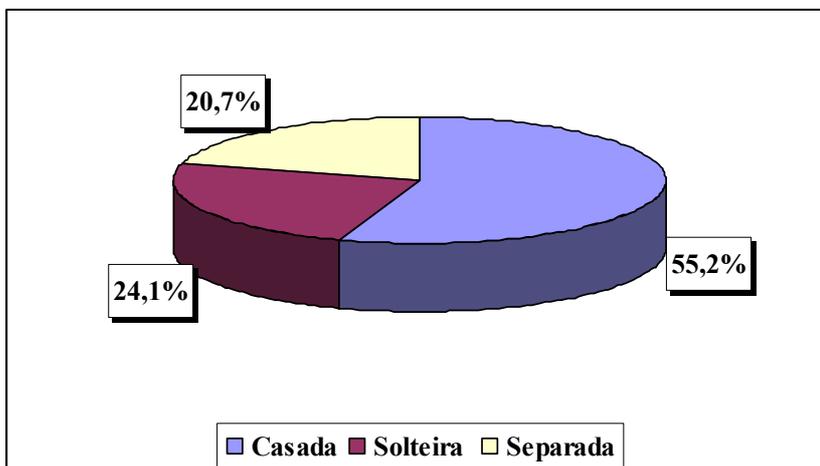
Tabela 1. Distribuição quanto à profissão e exercício

Profissão	Frequência	%	Exercem
Arquiteta	1	3,4%	-
Cientista	1	3,4%	1
Comerciante	1	3,4%	1
Decoradora	1	3,4%	1
Designer	1	3,4%	1
Diretora Financeira	1	3,4%	1
Dona de Casa	1	3,4%	1
Economista	1	3,4%	1
Empresária	4	13,8%	4
Estudante	5	17,2%	5
Hoteleira	1	3,4%	1
Médica	2	6,9%	2
Paisagista	1	3,4%	1
Pedagoga	1	3,4%	-
Professora Idiomas	1	3,4%	1
Professora Fundamental	1	3,4%	-
Relações Públicas	1	3,4%	-
Secretária Executiva	1	3,4%	-
Processamento Dados	1	3,4%	-
Tradutora	1	3,4%	1
Veterinária	1	3,4%	1
Total	29	100,0%	1

5.1.1.3 Estado civil

Em relação ao estado civil, 55,2% das participantes pesquisadas eram casadas, 24,1% solteiras e 20,7% separadas, conforme o Gráfico 4.

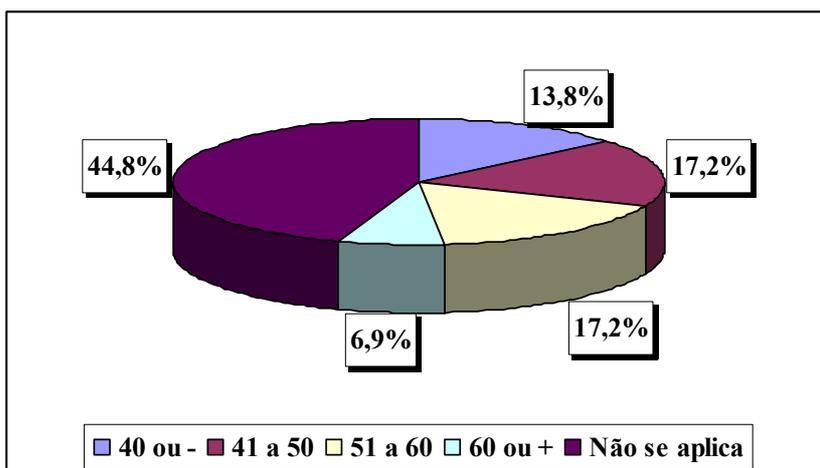
Gráfico 4. Distribuição quanto ao estado civil



5.1.1.4 Cônjuge

A média de idade dos cônjuges é de quarenta e nove anos, e em todos os casos eles eram mais velhos que suas esposas. O Gráfico 5 mostra a distribuição quanto à idade dos cônjuges em faixas etárias.

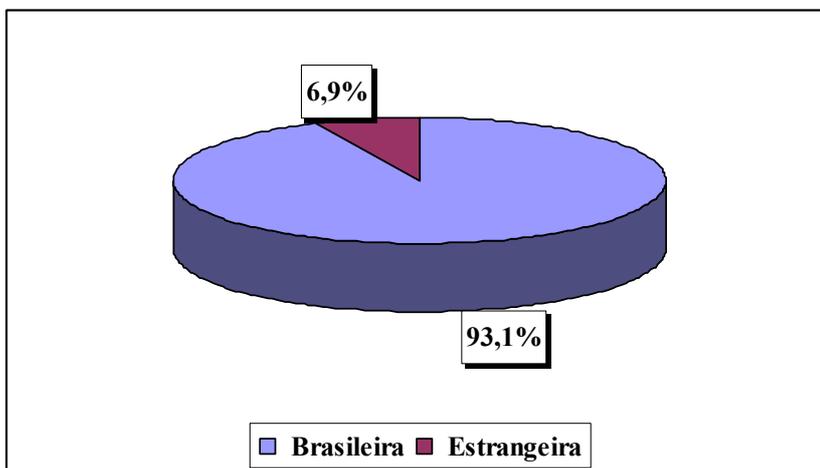
Gráfico 5. Distribuição quanto à idade do cônjuge em faixas etárias



5.1.1.5 Nacionalidade

Praticamente toda a amostra era composta de brasileiras (93,1%), com a exceção de duas estrangeiras. O Gráfico 6 demonstra a situação encontrada.

Gráfico 6. Distribuição quanto à nacionalidade



5.1.1.6 Ascendência

A maior parte das mulheres possui mães brasileiras (82,8%) e o número de pais estrangeiros foi superior ao de mães (27,6% ante 17,2%, respectivamente), como pode ser observado nos Gráficos 7 e 8.

Gráfico 7. Distribuição quanto à nacionalidade da mãe

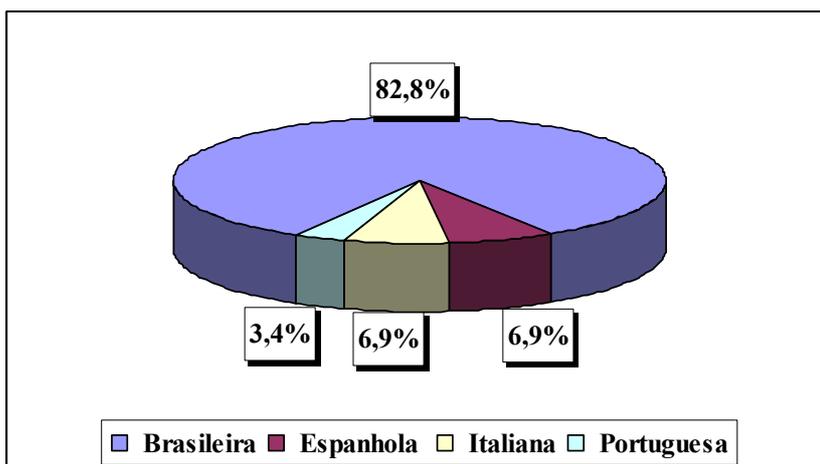
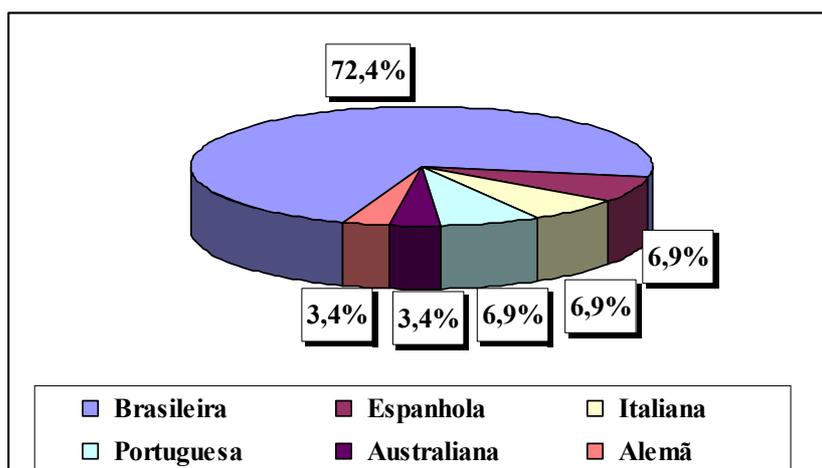


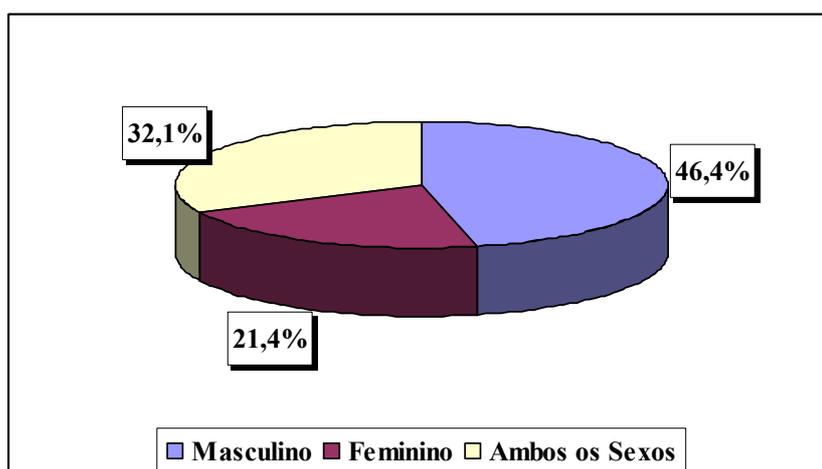
Gráfico 8. Distribuição quanto à nacionalidade do pai



5.1.1.7 Irmãos

A maior parte das pacientes é composta de segundas filhas (44,8%), seguida de primogênicas (27,6%) e de terceiras filhas (13,8%). Nos demais casos as pacientes têm 3 a 5 irmãos mais velhos (10,2%). Excetuando-se uma paciente, 96,6% da amostra é composta de mulheres com irmãos. O Gráfico 9 mostra que 56,8% do total de irmãos das pacientes são homens e 43,2% são mulheres, indicando a preponderância do masculino na cultura familiar.

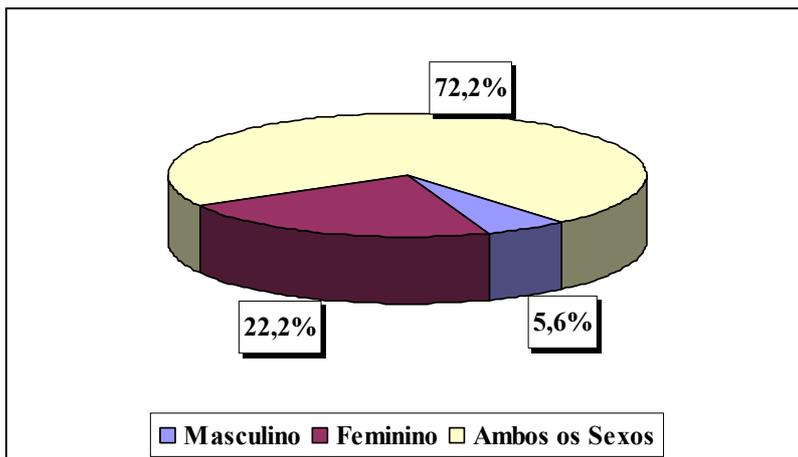
Gráfico 9. Distribuição quanto ao gênero dos irmãos



5.1.1.8 Descendência

Entre as mulheres da amostra, 60,3% têm filhos. Nenhuma mulher solteira tem filhos (31,0%) e, entre as casadas e separadas, 88,0% têm filhos. Entre estes, 53,5% são mulheres e 46,5% são homens. A distribuição quanto ao gênero dos filhos é mostrada no Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribuição quanto ao gênero dos filhos

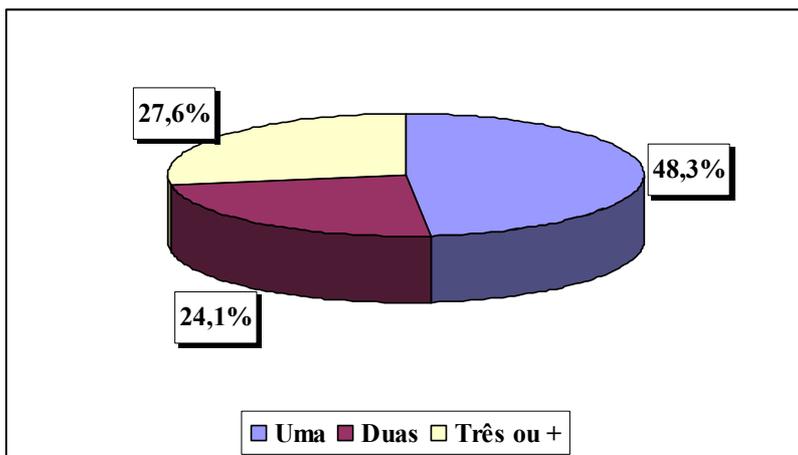


5.1.2 Procedimentos cirúrgicos

5.1.2.1 Número de cirurgias realizadas

Entre as participantes, 48,3% foram submetidas a uma cirurgia, 24,1% a duas e 27,6% a três ou mais cirurgias estéticas, de acordo com o Gráfico 11.

Gráfico 11. Distribuição quanto ao número de cirurgias realizadas



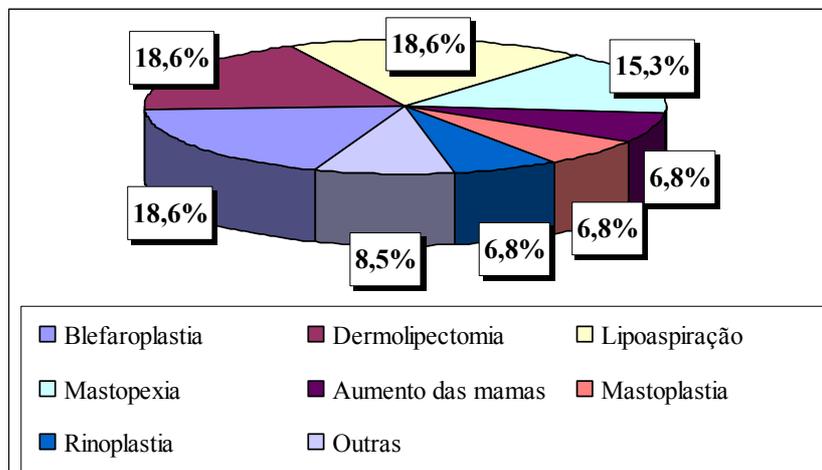
5.1.2.2 Modalidade das cirurgias realizadas

A blefaroplastia (pálpebras), a dermolipectomia (abdômen) e a lipoaspiração foram as cirurgias mais freqüentes, tendo cada uma delas sido realizada por onze pacientes, ou 37,9% da amostra. Cada uma das modalidades mencionadas representa 18,6% do total de procedimentos deste estudo (ou 55,9% na soma dos três mais procurados). A mesma avaliação mostra que a quarta cirurgia à qual as mulheres mais recorreram foi a mastopexia (levantamento das mamas), realizada por nove pacientes (31,0% da amostra e 15,3% do total de procedimentos, respectivamente).

O aumento das mamas (implante de próteses), a mastoplastia (redução das mamas) e a rinoplastia (plástica nasal), ocupam o quinto ao sétimo lugar na procura pela correção estética, com quatro pacientes em cada um deles (13,8% da amostra e 6,8% do total de procedimentos, respectivamente, cada um dos três).

Entre as outras cirurgias estão a ritidoplastia (rugas faciais), realizada por três participantes, a otoplastia (orelhas) e o levantamento pubiano, cada uma delas realizada por apenas uma mulher, e a soma dos três representa 17,2% das participantes e 8,5% do total de procedimentos, conforme mostra o Gráfico 12.

Gráfico 12. Distribuição quanto à modalidade das cirurgias realizadas



Como houve a realização de cirurgias associadas, será empregado o termo **cirurgia** para cada um dos procedimentos cirúrgicos estéticos, diferenciando do termo **intervenção**, usado para cunhar o momento de uma internação, quando foram realizados vários procedimentos cirúrgicos (**cirurgias**) num mesmo momento.

Foi medido o intervalo de tempo entre a realização da pesquisa e a data das intervenções, uma vez que o intervalo poderia influenciar nos resultados.

A pesquisa foi realizada depois de menos de um ano da primeira intervenção em 39,3% dos casos, de um a dois anos em 17,9%, de três a cinco anos em 14,3%, de seis a dez anos em 3,6% e acima de dez anos em 25,0% dos casos.

No caso de pacientes que foram submetidas a duas intervenções, a pesquisa ocorreu com menos de um ano após a realização em 50,0% dos casos, depois de três a cinco anos em 30,0% e de seis a dez anos em 20,0% dos casos.

Entre aquelas participantes que foram submetidas a três intervenções, 25,0% foram avaliadas após menos de um ano, 50,0% de um a dois anos e 25,0% depois de três a cinco anos. A distribuição por intervalo de tempo é demonstrada pela Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das intervenções por intervalo de tempo

Tempo (Anos)	1ª Intervenção		2ª Intervenção		3ª Intervenção	
	Frequência	% Válida	Frequência	% Válida	Frequência	% Válida
Abaixo de 1	11	39,3%	5	50,0%	1	25,0%
1 a 2	5	17,9%	-	0,0%	2	50,0%
3 a 5	4	14,3%	3	30,0%	1	25,0%
6 a 10	1	3,6%	2	20,0%	-	0,0%
Acima de 10	7	25,0%	-	0,0%	-	0,0%
Não se aplica	-	-	18	-	24	-
Não respondeu	1	-	1	-	1	-
Total	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%

As participantes que foram submetidas a apenas uma cirurgia na primeira intervenção correspondem a 74,1% dos casos, a duas 14,8%, e três ou mais cirurgias, 11,1%. Na segunda intervenção, 77,8% das pacientes foram submetidas a uma e 22,2% a duas cirurgias.

Na terceira intervenção, 33,3% das participantes foram submetidas a uma e 66,7% a duas cirurgias, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição do número de cirurgias por intervenção

Nº de Cirurgias	1ª Intervenção		2ª Intervenção		3ª Intervenção	
	Frequência	% Válida	Frequência	% Válida	Frequência	% Válida
1	20	74,1%	7	77,8%	1	33,3%
2	4	14,8%	2	22,2%	2	66,7%
3 ou +	3	11,1%	-	0,0%	-	0,0%
Não se aplica	-	-	18	-	24	-
Não respondeu	2	-	2	-	2	-
Total	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%

5.1.2.3 Motivação para a cirurgia

A motivação para a cirurgia foi abordada numa questão aberta, em que era pedido às participantes que comentassem sobre o motivo pelo qual procuraram cirurgia plástica. Algumas palavras foram freqüentes no discurso das pacientes e estão listadas aquelas que apareceram em pelo menos 34,5% das respostas (mencionadas por pelo menos dez pacientes):

- amamentação
- aproveitamento
- auto-estima
- completamente
- consultório
- desproporcional
- entusiasmo
- envelhecida
- financeiro
- fisicamente
- fisionomia
- incômodo
- insatisfação
- intestinal
- inexorável
- lipoaspiração
- principalmente
- profissional
- saliências
- satisfação

Algumas respostas significativas referentes às palavras mais freqüentes (em negrito) são reproduzidas a seguir:

“Eu me amo muito, mais de quatro anos e meio para cá me **incomodava** o excesso de pele. Fazia um “papinho de peru”. Nunca usei decote, mas ficava feio usar colar, pelas rugas. O pescoço me **incomodava** mais, os olhos foi o médico que sugeriu”. Participante 29, 62 anos, correção das pálpebras e pescoço.

“Melhorar a imagem para mim mesma. Não faria outra porque cheguei a conclusão que o tempo é **inexorável**”. Participante 16, 63 anos, correção das pálpebras e rugas faciais.

“**Satisfação** pessoal, resolver algo que me **incomodava**”. Participante 6, 31 anos, inclusão de prótese mamária e correção de orelha em abano.

“Tinha pneus na cintura e queria melhorar a **auto-estima**”. Participante 21, 21 anos, lipoaspiração.

“Desejo antigo de melhorar a estética, momento adequado após ter decidido não ter filhos, pela condição **financeira**, segurança quanto ao **profissional** e prótese”. Participante 18, 43 anos, inclusão de prótese mamária.

Algumas respostas, entretanto, diferiram da maioria, como pode ser verificado no exemplo seguinte:

“Fiz junto com a retirada de ovários, trompas e útero. Jamais operaria se fosse só pela plástica. Se tivesse que fazê-la novamente não faria, pois não sendo tão necessária evitaria dores horríveis que tive, devido à coluna. Apesar de ficar com um abdômen ‘fininho’, uma pessoa com propensão a dores de coluna não deveria se submeter a este tipo de operação pois precisa ficar na mesma posição por quarenta dias e isto é insustentável”. Participante 10, 55 anos, plástica abdominal.

5.1.2.4 Alcance das expectativas

No total de cirurgias realizadas, 79,2% estiveram de acordo com a expectativa das pacientes, 13,2% parcialmente de acordo com o esperado e 7,5% não atenderam às expectativas das mesmas. As cirurgias trouxeram a forma que as pacientes desejavam em 84,9% dos casos. Tais resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da satisfação em relação ao alcance da expectativa inicial e da forma desejada

Resposta do Sujeito	Expectativa Inicial		Forma Desejada	
	Freqüência	% Válida	Freqüência	% Válida
Sim	42	79,2%	45	84,9%
Parcialmente	7	13,2%	-	0,0%
Não	4	7,5%	8	15,1%
Não respondeu	6	-	6	-
Total	59	100,0%	59	100,0%

A média das notas de avaliação do resultado final das cirurgias foi 8,4. Quase a metade das mulheres (43,4%) avaliou as cirurgias com a nota dez. Foram avaliadas com nota oito 22,8% das cirurgias, com nota nove 15,1% e com nota sete 11,3%. As cirurgias foram avaliadas com nota um e dois por 7,5% dos sujeitos, conforme a Tabela 5.

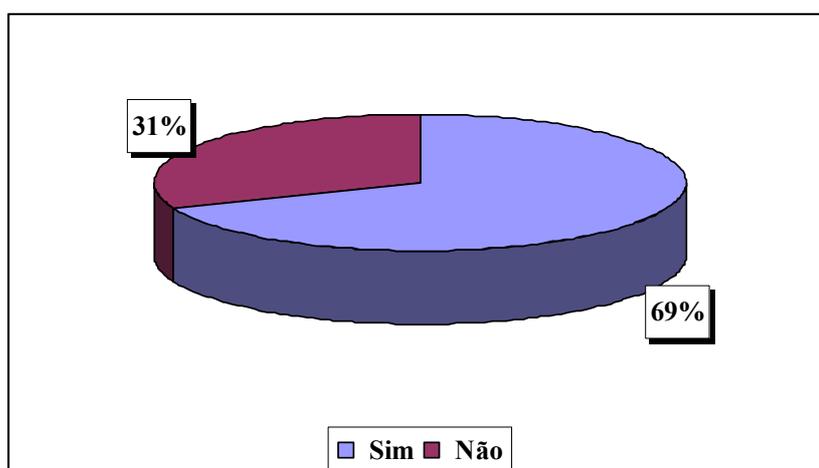
Tabela 5. Distribuição das notas atribuídas ao resultado final

Nota	Freqüência	% Válida
< ou = 2	4	7,5%
> 2 até 7	6	11,3%
> 7 até 8	12	22,6%
> 8 até 9	8	15,1%
> 9 até 10	23	43,4%
Não respondeu	6	-
Total	59	100,0%

5.1.2.5 Cultura Familiar

A maioria das pacientes (69,0%) tinha familiares que se submeteram à cirurgia plástica estética. Entre os parentes, 1 era filha (3,4%), 6 eram mães (20,7%), 2 irmãs (6,9%), 4 citaram outros parentes (13,7%) e 6 enumeraram mais de um parente (20,7%), conforme os dados mostrados no Gráfico 13.

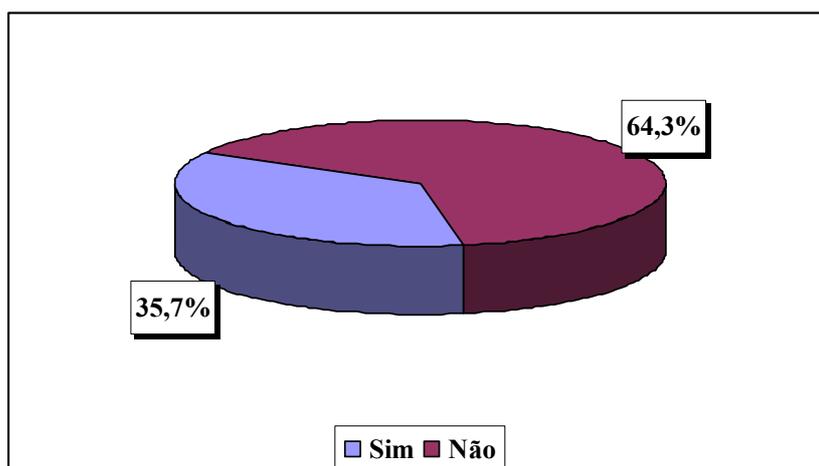
Gráfico 13. Freqüência de cirurgia plástica estética na família



Apenas uma participante tinha um homem na família que se submeteu à cirurgia estética (3,4%), indicando que tal procedimento ainda prepondera na cultura feminina.

Entre a porcentagem válida (desconsiderando os sujeitos que não responderam), 35,7% tinham algum parente que se opôs à realização da cirurgia, conforme o Gráfico 14.

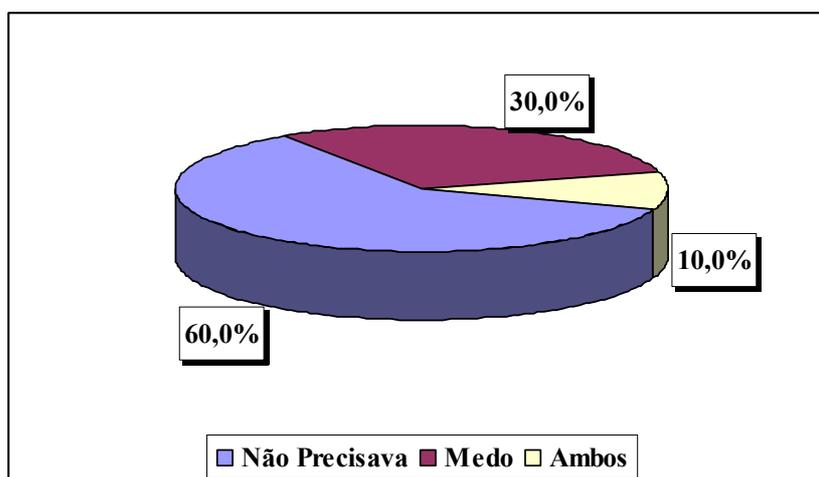
Gráfico 14. Freqüência da oposição de parentes à cirurgia



Entre as mulheres que tiveram parentes que não queriam a realização da cirurgia, a maior parte das oposições (60,0% dos casos) se deu em função dos parentes julgarem-na desnecessária.

O medo de alguma intercorrência negativa foi o motivo pela oposição em 30,0% dos casos. Somente uma das pacientes descreveu que um parente julgava desnecessária a cirurgia e também tinha medo dela, representando 10,0%. Os dados se encontram no Gráfico 15.

Gráfico 15. Distribuição quanto aos motivos de oposição à cirurgia

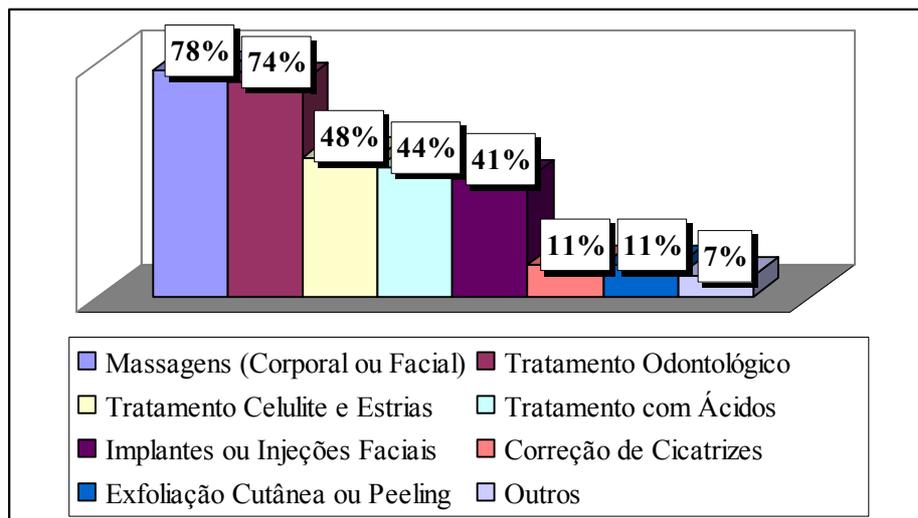


5.1.2.6 Investimento no próprio corpo

Entre os procedimentos estéticos, o mais freqüente foi a massagem (corporal ou facial), procurado por 77,8% das pacientes, seguido do tratamento odontológico (prótese, clareamento, ortodontia), procurado 74,1%.

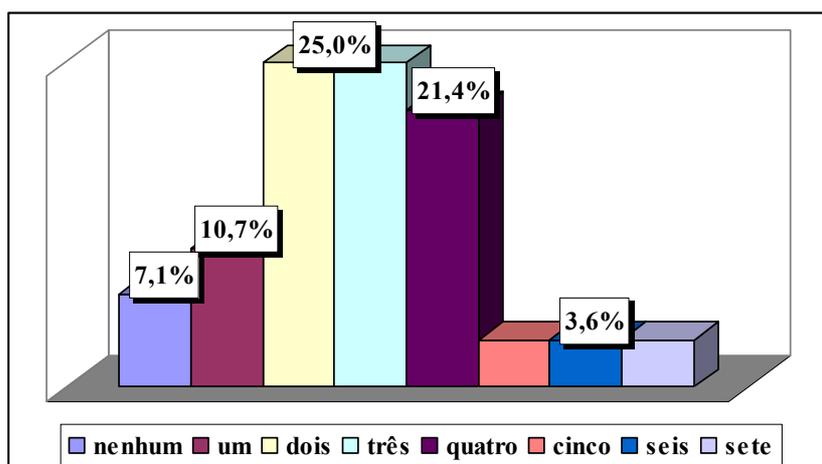
As mulheres também procuram com freqüência tratamentos para estrias ou celulite (48,1%), tratamentos com ácidos (44,4%). Implantes ou injeções faciais (*Botox* e outros preenchimentos cutâneos) foram procurados por 40,7% dos sujeitos. A correção de cicatrizes e a exfoliação cutânea (*Resurfacing* e *Peeling* químico/laser) foram realizadas por apenas 11,1%. Outros procedimentos estéticos não especificados foram pouco representativos, somando somente 7,4% das participantes. Os dados do Gráfico 16 ilustram os resultados.

Gráfico 16. Freqüência da realização de procedimentos estéticos



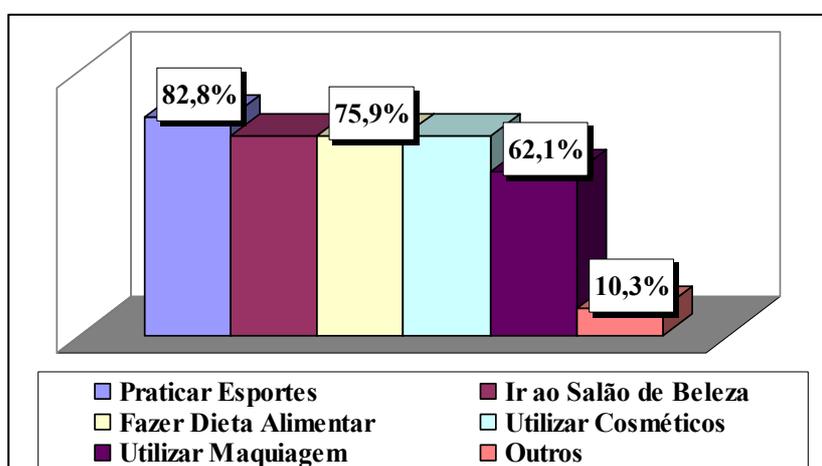
As mulheres da amostra realizaram em média 2,86 procedimentos estéticos dos sete apresentados. Entre as participantes, 25,0% já se submeteram a dois ou três procedimentos estéticos, 21,4% a quatro, 10,7% a um e 7,1% nunca procuraram qualquer dos procedimentos citados. Quatro, cinco ou seis procedimentos estéticos foram realizados por 3,6% das pacientes, conforme o Gráfico 17.

Gráfico 17. Distribuição quanto ao número de procedimentos estéticos realizados



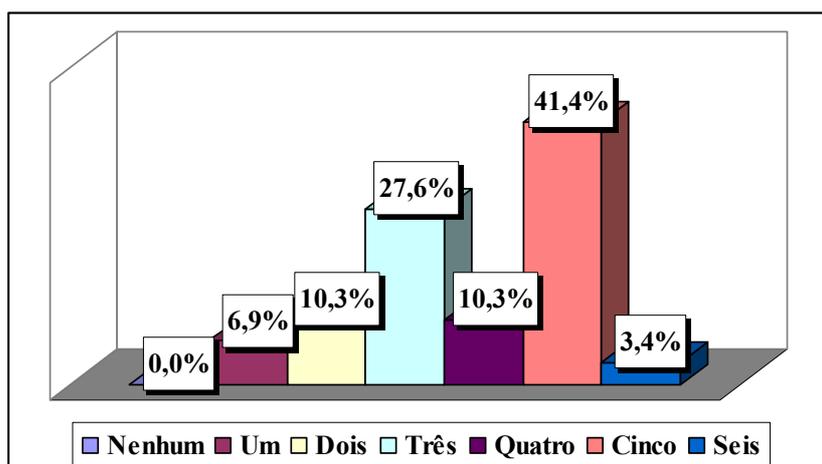
Em relação aos hábitos de beleza, o mais freqüente é a prática de esportes (duas ou mais vezes por semana), realizada por 82,8% das participantes. Idas ao salão de beleza (uma ou mais vezes por semana), utilização de cosméticos (diariamente) e a prática de dieta alimentar foram citados por 75,9%. A maior parte das mulheres também faz uso diário da maquiagem (62,1%), enquanto outros hábitos de beleza não especificados não foram significativos (10,3%), conforme o Gráfico 18.

Gráfico 18. Freqüência da prática de hábitos de beleza



As pacientes praticam em média 3,8 dos hábitos de beleza apresentados. Entre as participantes, 41,4% recorrem a cinco hábitos, 27,6% a três, e todas as entrevistadas declararam praticar, ao menos, um hábitos de beleza citados, conforme o Gráfico 19.

Gráfico 19. Distribuição quanto ao número de hábitos de beleza praticados



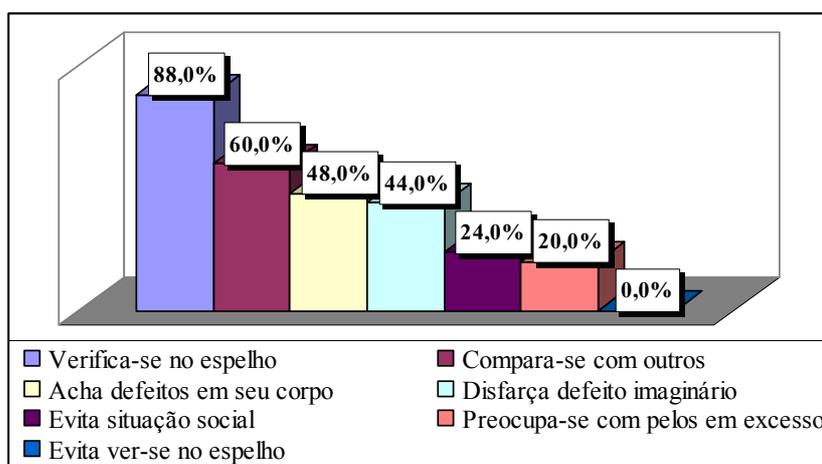
5.1.2.7 Características do Transtorno Dismórfico Corporal

As atitudes características do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) foram as consideradas as mais frequentes para diagnosticar o transtorno, segundo os critérios do DSM-IV (1995), e revisados pelo DSM-IV-TR (2003).

Entre as participantes, 88,0% verificam-se frequentemente no espelho, 60,0% comparam-se com outros, 48,0% acham com frequência defeitos em seus corpos e 44,0% disfarçam algum defeito imaginário.

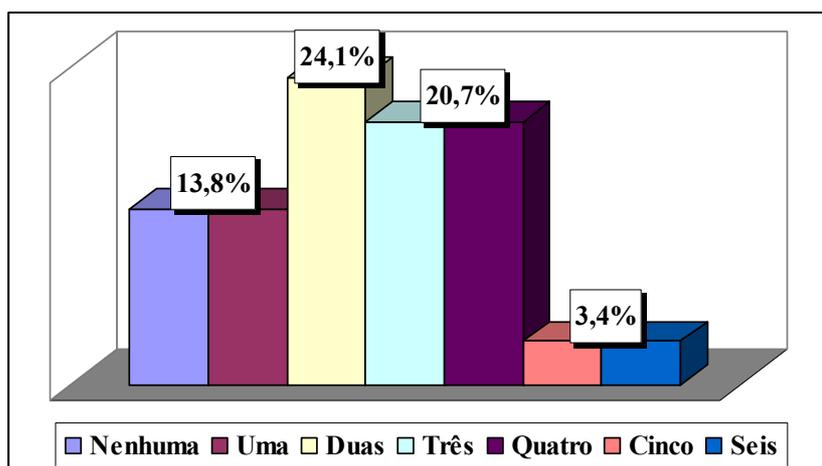
Com menor frequência, o evitamento de situações sociais em função da aparência física e a preocupação por ter pêlos em excesso foram também lembrados por 24,0% e 20,0% das participantes, respectivamente. Tais dados são mostrados no Gráfico 20.

Gráfico 20. Frequência das atitudes indicativas do TDC



As pacientes possuem em média 2,45 de atitudes ou sintomas indicativos do TDC entre os sete listados no DSM-IV-TR (2003). Entre as participantes, 24,1% mantêm duas atitudes, 20,7% três ou quatro atitudes, 13,8% somente uma atitude, e 3,4% cinco ou seis atitudes. Nenhuma das mulheres disse ter as setes atitudes citadas, e 13,8% disseram não realizar nenhuma delas, conforme o Gráfico 21.

Gráfico 21. Distribuição quanto ao número de atitudes indicativas do TDC



Podemos notar na Tabela 6 que não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, o que sugere a ausência de características obsessivas no cuidado com o corpo.

Tabela 6. Resultados da Correlação de Pearson para frequência de cirurgias, procedimentos estéticos, hábitos de beleza e características do TDC

	n° Cirurgias	n° Procedimentos	n° Hábitos	n° Atitudes	
Número De Cirurgias	1,000	0,269	-0,040	-0,156	Correlação de Pearson
	,	0,079	0,418	0,209	Sig. (1 - Tailed)
	29,000	29,000	29,000	29,000	N
Número De Procedimentos	0,269	1,000	0,188	0,250	Correlação de Pearson
	0,079	,	0,165	0,095	Sig. (1 - Tailed)
	29,000	29,000	29,000	29,000	N
Número De Hábitos	-0,040	0,188	1,000	0,054	Correlação de Pearson
	0,418	0,165	,	0,390	Sig. (1 - Tailed)
	29,000	29,000	29,000	29,000	N
Número De Atitudes	-0,156	0,250	0,054	1,000	Correlação de Pearson
	0,209	0,095	0,390	,	Sig. (1 - Tailed)
	29,000	29,000	29,000	29,000	N

A análise dos dados apresentados na Tabela 6 objetivou avaliar se as mulheres que fazem mais cirurgias plásticas estéticas são as memas que realizam mais procedimentos estéticos, mantêm mais hábitos de beleza ou apresentam um número maior de atitudes características do TDC, aplicando a correlação de Pearson entre as variáveis.

5.1.2.8 Significado psicológico da cirurgia

O significado psicológico da cirurgia foi abordado numa questão aberta. Foi pedido às participantes que comentassem sobre o significado da cirurgia em suas vidas. Algumas palavras foram freqüentes no discurso das pacientes e aparecem em pelo menos 34,5% das respostas (mencionadas por pelo menos dez pacientes):

- autoconfiança
- decepcionada
- ego
- fisionomia
- importante
- insatisfeita
- lipoaspiração
- pneuzinhos
- psicológica
- relacionamento
- reviravolta
- significativa
- auto-estima
- descansada
- engordar
- fotografar
- incômodo
- insustentável
- melhorar
- principalmente
- recuperação
- restauração
- satisfação
- totalmente
- cicatrização
- despreocupada
- expectativa
- frustração
- influência
- interferência
- necessária
- profissional
- rejuvenescer
- resultados
- significado
- transformação

Algumas respostas significativas referentes às palavras mais freqüentes (em negrito) são reproduzidas a seguir:

“**Importante** pelo ganho de **auto-estima**, sentir-se bonita, feminina e realizar um sonho/projeto e não me preocupar mais com aquilo. Pensei somente em mim (fiz para mim e não por ninguém) e decidi sem a **influência** de outras pessoas”. Participante 11, trinta e três anos, inclusão de prótese mamária.

“**Melhoria** da aparência, aumento do **ego/auto-estima**, por se tratar de algo tão feminino”. Participante 6, trinta e um anos, inclusão de prótese e correção de orelha em abano.

“Nada, estou sem ninguém!”. Após estímulo: “Aliviou a **fisionomia**, me fez sentir mais **jovem**, com uma aparência melhor”. Participante 19, sessenta e quatro anos, redução das mamas, correção das pálpebras e levantamento pubiano.

“A cirurgia **significou** uma **transformação** muito **importante** na minha vida. **Transformação** não só física, mas **psicológica** e social”. Participante 1, vinte e um anos, lipoaspiração.

“Uma **melhoria** na estética que se reflete no prazer de acordar com uma aparência mais **descansada** e jovem”. Participante 25, cinquenta e cinco anos, correção das pálpebras.

Algumas respostas, mais uma vez, diferiram da maioria, como aparece abaixo:

“Nada, já que não era o objetivo da cirurgia fazer alguma mudança drástica”. Participante 24, vinte anos, correção do nariz.

“Um agrado”. Participante 18, quarenta e três anos, inclusão de prótese mamária.

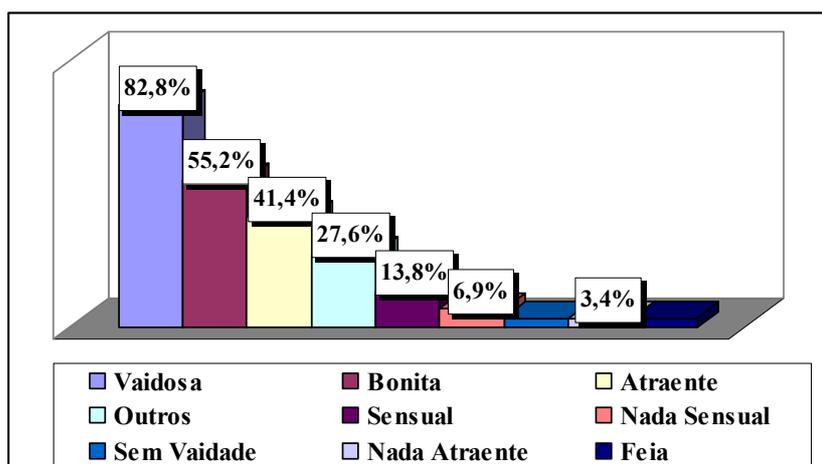
5.1.2.9 Autopercepção

No geral, a autopercepção da amostra é positiva. A maior parte das pacientes sente-se vaidosa (82,8%) e bonita (55,2%). Quase a metade das mulheres sente-se atraente (41,4%) e algumas delas sentem-se sensuais (13,8%). Outras características de autopercepção positiva também foram citadas.

Corroborando com o predomínio da autopercepção positiva, não é significativa a citação de itens que caracterizam a autopercepção negativa.

Apenas uma participante julgou-se com alguma característica negativa como: nada atraente, sem vaidade ou nada sensual (13,6% do total), conforme apresentado no Gráfico 22.

Gráfico 22. Distribuição quanto à autopercepção

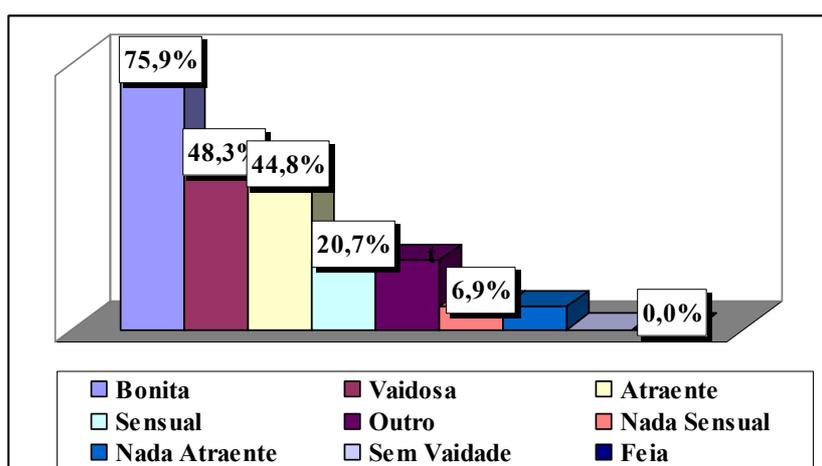


5.1.2.10 Percepção interpessoal

Na percepção interpessoal, as participantes também apresentaram um resultado positivo. De forma menos intensa que na categoria autopercepção, as mulheres acham que os outros as vêem como vaidosas (48,3%).

As pacientes acham que os outros as consideram bonitas (75,9%), atraentes (44,8%) e sensuais (20,7%), avaliações um pouco mais positivas que na categoria Autopercepção. Apenas duas mulheres acham que os outros as vêem nada sensuais ou atraentes (13,8% do total), o que também não é significativo. O Gráfico 23 mostra os resultados quanto à percepção interpessoal.

Gráfico 23. Distribuição quanto à percepção interpessoal

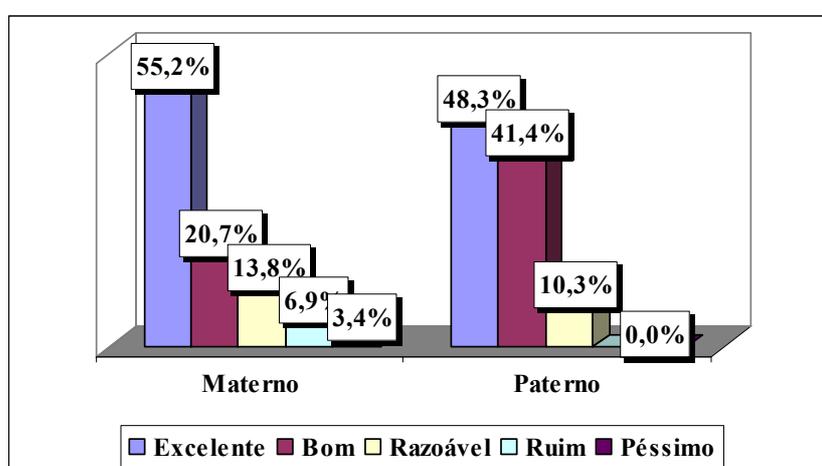


5.1.2.11 Modelos de identidade

O relacionamento materno é considerado excelente para 55,2% das mulheres, descrito como bom para 20,7% e como razoável por 13,8%. Duas participantes disseram que é ruim (6,9%) e apenas uma o julgou como péssimo (3,4%).

O relacionamento paterno, por sua vez, foi descrito com sentimentos menos intensos porém mais positivos que com a mãe, assim, 48,3% julgaram-no excelente e 41,4% disseram ser bom. Nenhuma participante julgou o relacionamento paterno negativamente e 10,3% disseram ser razoável, conforme o Gráfico 24.

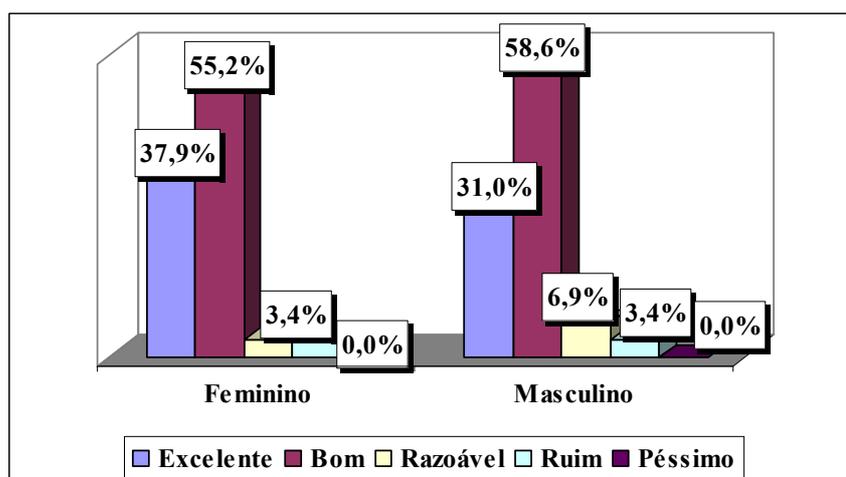
Gráfico 24. Distribuição qualitativa do relacionamento materno e paterno



O relacionamento com o gênero feminino é julgado com sentimentos menos extremados que com a mãe, mas também de forma positiva. Assim, 37,9% da amostra disseram ser excelente, 55,2% o descreveram como bom e apenas 6,8% julgaram razoável ou ruim.

Quanto ao relacionamento com o gênero masculino, o julgamento também foi menos positivo que com o pai, sendo considerado excelente para 31,0%, bom para 58,6%, razoável ou ruim para 10,3%. O Gráfico 25 demonstra os resultados da avaliação.

Gráfico 25. Distribuição qualitativa do relacionamento feminino e masculino



5.1.2.12 Satisfação relacional pré-cirúrgica

Analisando os relacionamentos das pacientes em seus diversos contextos no momento pré-cirúrgico, disseram estar satisfeitas: 89,7% em seu relacionamento familiar, 86,2% em seu relacionamento sexual e 72,4% em seu relacionamento social.

Entre as mulheres que afirmaram ter vínculo de casal (conjugais ou parceiros fixos), 72,5% disseram estar satisfeitas. A Tabela 7 demonstra os diversos graus de satisfação relacional antes de uma possível alteração da imagem corporal pela cirurgia.

Tabela 7. Distribuição da satisfação pré-cirúrgica por tipo de relacionamento

Satisfação Relacional	Familiar		Sexual		Social		Casal	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	% Válida
Satisfeita	26	89,7%	25	86,2%	21	72,4%	21	72,4%
Insatisfeita	3	10,3%	4	13,8%	8	27,6%	3	27,6%
Não se aplica	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	5	0,0%
Total	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%

5.1.2.13 Satisfação relacional pós-cirúrgica projetada na imagem corporal

Houve mudanças após a cirurgia para 27,6% das mulheres no relacionamento familiar, 58,6% no relacionamento sexual, 51,7% no relacionamento social e, finalmente, para 54,5% no relacionamento de casal (excluídos os sujeitos sobre os quais não se aplica a questão ou que se abstiveram de responder).

O restante da amostra não relatou ter percebido mudanças nos diversos tipos de relacionamento, conforme nos mostra a Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição da mudança pós-cirúrgica por tipo de relacionamento

Mudança Pós-Cirúrgica	Familiar		Sexual		Social		Casal	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	% Válida
Sim	8	27,6%	17	58,6%	15	51,7%	12	54,5%
Não	21	72,4%	12	41,4%	14	48,3%	10	45,5%
Não se aplica	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	6	-
Não respondeu	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	-
Total	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%

Entre as mulheres que notaram mudanças a grande maioria julgou-as positivas nas diversas formas de relacionamento avaliadas. No relacionamento familiar 87,5% delas acharam que este melhorou, o mesmo acontecendo em relação às mudanças no relacionamento sexual (86,7%), social (91,7%), do casal (90,9%), conforme a Tabela 9.

Tabela 9. Distribuição da qualidade da mudança pós-cirúrgica por tipo de relacionamento

Qualidade da Mudança	Familiar		Sexual		Social		Casal	
	nº	% Válida						
Positiva	7	87,5%	13	86,7%	11	91,7%	10	90,9%
Negativa	1	12,5%	2	13,3%	1	8,3%	1	9,1%
Não se aplica	21	-	12	-	14	-	17	-
Não respondeu	-	-	2	-	3	-	1	-
Total	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%	29	100,0%

5.2 Teste de Rorschach

5.2.1 Análise quantitativa

5.2.1.1 Constelações positivas

A Tabela 10 mostra as Constelações positivas encontradas nas participantes da pesquisa.

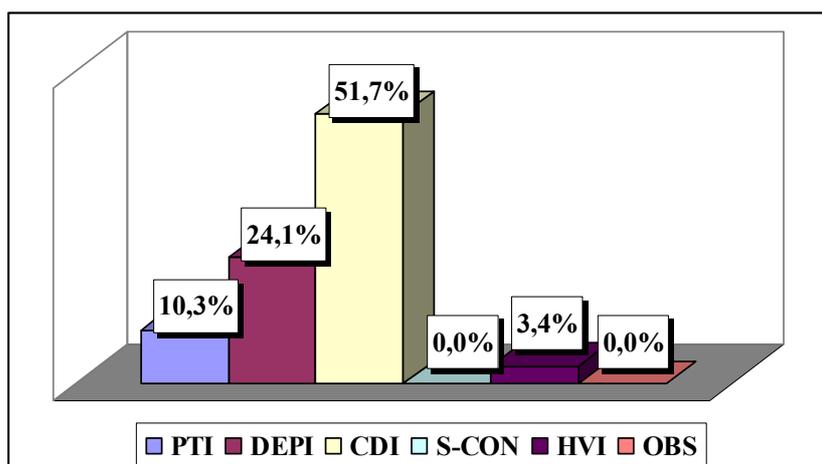
Tabela 10. Distribuição quanto às Constelações positivas na amostra

Sujeitos	PTI	DEPI	CDI	S-CON	HVI	OBS
1	2	4	3	1	0	-
2	3	5	2	5	1	-
3	1	4	2	7	1	-
4	3	2	5	3	1	-
5	0	2	4	2	1	-
6	0	3	3	4	1	-
7	2	2	2	4	3	-
8	1	6	5	5	2	-
9	1	3	3	4	3	-
10	0	5	4	4	2	-
11	1	3	4	5	1	-
12	2	2	4	4	1	-
13	0	3	3	3	0	-
14	2	4	3	3	3	-
15	2	5	4	7	2	-
16	2	5	2	5	2	-
17	2	5	4	5	1	-
18	1	3	4	5	1	-
19	2	4	3	4	6	-
20	3	3	4	4	2	-
21	2	4	5	6	2	-
22	1	1	2	3	1	-
23	2	2	1	3	1	-
24	1	4	4	4	2	-
25	0	5	4	7	4	-
26	1	4	3	1	2	-
27	0	3	4	4	2	-
28	1	3	2	5	4	-
29	0	4	5	5	1	-
Constelação positiva						

Entre as participantes da amostra, três apresentaram a Constelação correspondente ao índice de Transtornos da percepção e pensamento (PTI) (10,2%). Nenhuma delas apresenta Estilo Obsessivo (OBS) ou a Constelação de Suicídio (S-CON), mesmo que 10,2% tenham apresentado um valor alto nesta última (S-CON = 7). Apenas uma participante, ou 3,4%, apresenta a Constelação que corresponde ao índice de Hipervigilância (HVI).

Em relação ao índice de Depressão (DEPI) observa-se 24,1% e, em relação ao índice de Déficit Relacional (CDI), verificou-se 51,7% de Constelações positivas, conforme demonstrado no Gráfico 26.

Gráfico 26. Frequência das Constelações positivas na amostra



Os índices de Constelações da amostra foram comparados com os resultados dos índices obtidos em recente estudo normativo para o sistema compreensivo do Rorschach para São Paulo, realizado por Nascimento (2006).

Tabela 11. Estatística descritiva dos índices de Constelações da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

Parâmetros Estatísticos	PTI		DEPI		CDI	
	Amostra	Pop. SP	Amostra	Pop. SP	Amostra	Pop. SP
Media	1,31	0,62	3,55	4,41	3,38	3,28
Mínimo	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	3,00	3,00	6,00	7,00	5,00	5,00
Mediana	1,00	0,00	4,00	5,00	4,00	3,00
Moda	2,00	0,00	4,00	5,00	4,00	4,00
Parâmetros Estatísticos	S-CON		HVI		OBS	
	Amostra	Pop. SP	Amostra	Pop. SP	Amostra	Pop. SP
Media	4,21	5,14	1,83	2,62	0,00	0,00
Mínimo	1,00	2,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Máximo	7,00	8,00	6,00	6,00	0,00	0,00
Mediana	4,00	5,00	2,00	2,00	0,00	0,00
Moda	4,00	6,00	1,00	1,00	0,00	0,00

Tabela 12. Resultados do t de Student para Constelações da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

Variável	Média Amostra	Média SP	t	GI	p
PTI	1,31	0,62	3,843	28	0,001*
DEPI	3,55	4,41	-3,812	28	0,001*
CDI	3,38	3,28	0,494	28	0,625
S-CON	4,21	5,14	-3,304	28	0,003*
HVI	1,83	2,62	-3,324	28	0,002*

*** Diferença estatisticamente significante**

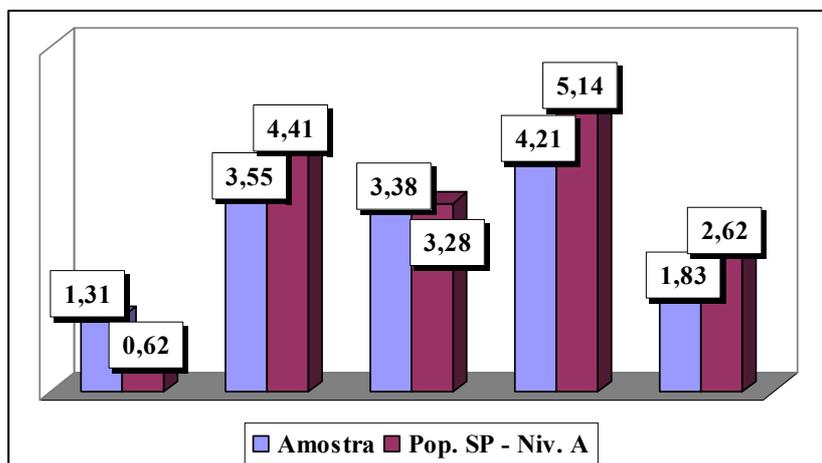
Para um melhor padrão de comparação, foram utilizados dados relativos ao nível socioeconômico A, de informação pessoal da autora, baseados nos dados do mesmo artigo. Como podemos observar nas Tabelas 11 e 12, com exceção do PTI, a maioria dos índices apresenta a média dentro de valores abaixo daqueles da população comparada. Foram poucas as participantes que apresentaram resultados alterados, sugestivos de desajustes ou patologias. As participantes apresentaram uma média mais elevada no PTI em relação à população da cidade de São Paulo (PTI = 1,31 ante 0,62, respectivamente), estatisticamente significante ao nível de .001.

Essa média sugere maior alteração no pensamento e na percepção, mesmo que a maior parte delas não apresente indicação de transtornos na área. As pacientes demonstraram uma média menor na quantidade de traços depressivos (DEPI = 3,55 ante 4,41), também estatisticamente significante ao nível de .001 e uma média semelhante nas dificuldades relacionais (CDI = 3,38 ante 3,28).

Em relação ao S-CON, este apresentou uma média mais baixa que a da população comparada (S-CON = 4,21 ante 5,14), estatisticamente significante ao nível de .003. O HVI da amostra também mostrou uma média mais baixa, estatisticamente significante ao nível de .002 (HVI = 1,83 ante 2,62).

Características obsessivas não foram encontradas na amostra, assim como na população de mesmo nível socioeconômico da cidade de São Paulo. Uma comparação das médias é ilustrada no Gráfico 27.

Gráfico 27. Frequência das médias das Constelações da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A



5.2.1.2 Autopercepção

A Tabela 13 mostra alguns dos índices relativos a Autopercepção presentes na amostra. Os índices apresentados são relativos ao Narcisismo, Auto-Estima, Intellectualização, Preocupação corporal e Conteúdos Mórbidos, pela possibilidade de mensuração e comparação posterior com a população da cidade de São Paulo, que permitiu uma análise quantitativa.

Dessa forma, a auto-inspeção, a quantidade de fantasias, os conteúdos projetivos, as respostas de movimento e as superelaborações verbais, que trazem dados de grande valor sobre a auto-imagem e a auto-estima do indivíduo e que também são índices relativos a autopercepção, serão avaliados na análise qualitativa apresentada posteriormente (5.2.2).

Tabela 13. Distribuição dos índices de Autopercepção alterados na amostra

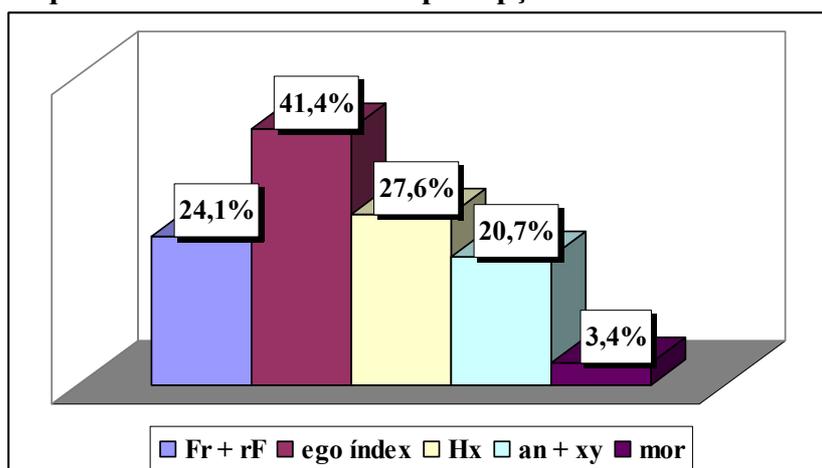
Índice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Narcisismo	-	-	-	1	1	1	-	1	1	-
Auto-Estima	0,29	0,18	0,31	0,42	0,40	0,57	0,33	0,27	0,38	0,40
Intelectualização	2	-	6	-	-	1	-	-	1	-
Preocupação Corporal	-	7	2	4	-	1	2	1	1	1
Conteúdos mórbidos	1	-	4	1	1	1	-	-	1	-
Índice	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Narcisismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Auto-Estima	0,14	0,33	0,18	0,21	-	0,22	0,06	0,27	0,20	0,53
Intelectualização	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Preocupação Corporal	2	2	-	1	2	2	6	2	3	3
Conteúdos mórbidos	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Índice	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Total
Narcisismo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7
Auto-Estima	0,31	0,40	0,40	0,57	0,25	0,44	0,29	0,50	0,14	12
Intelectualização	-	-	-	-	1	-	-	1	-	8
Preocupação Corporal	1	1	-	-	-	-	-	4	-	6
Conteúdos mórbidos	1	1	1	2	2	-	1	2	2	1

Narcisismo	Fr + rF	Fr + rF > 0
Auto-Estima	ego índice	< 0,25 ou > 0,45
Intelectualização	Hx	Hx > 0
Preocupação Corporal	an + xy	an + xy > ou = 3
Conteúdos mórbidos	Mor	mor > 2

índice alterado

Entre as participantes da amostra, 24,1% apresentaram características narcísicas, 41,4% baixa auto-estima, 27,6% excesso de intelectualização, 20,7% preocupação corporal exagerada e apenas 3,4% demasiados conteúdos mórbidos em suas respostas, conforme os índices do Gráfico 28.

Gráfico 28. Frequência dos índices de Autopercepção alterados na amostra



Os índices de Autopercepção da amostra foram comparados com os resultados dos índices obtidos no mesmo estudo realizado por Nascimento (2006), e também foram utilizados dados relativos ao nível socioeconômico A, de informação pessoal da autora, baseados nos dados do mesmo artigo.

Tabela 14. Estatística descritiva dos índices de Autopercepção da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

Parâmetros Estatísticos		Media	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Fr + rF	Amostra	0,28	0,00	2,00	0,00	0,00
	Pop. SP	0,72	0,00	4,00	0,00	0,00
Ego índice	Amostra	0,31	0,00	0,57	0,31	0,40
	Pop. SP	0,36	0,08	0,67	0,37	0,50
Hx	Amostra	0,48	0,00	6,00	0,00	0,00
	Pop. SP	0,59	0,00	4,00	0,00	0,00
An + xy	Amostra	1,66	0,00	7,00	1,00	0,00
	Pop. SP	1,45	0,00	5,00	1,00	0,00
Mor	Amostra	0,79	0,00	4,00	1,00	0,00
	Pop. SP	1,14	0,00	7,00	1,00	0,00

Tabela 15. Resultados do t de Student para Autopercepção da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

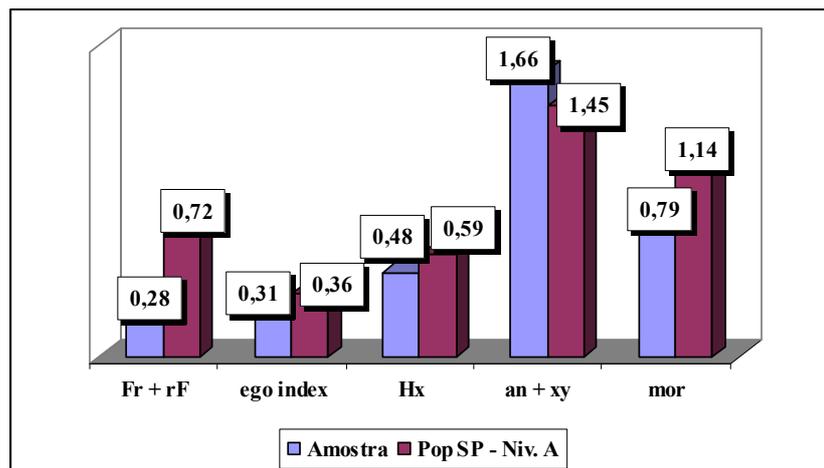
Variável	Média Amostra	Média SP	T	Gf	p
Fr + rF	0,28	0,72	-4,534	28	0,000*
Ego índice	0,31	0,36	-1,879	28	0,071
Hx	0,48	0,59	-0,488	28	0,629
an + xy	1,66	1,45	0,614	28	0,544
Mor	0,79	1,14	-1,987	28	0,057

* Diferença estatisticamente significativa

As participantes da amostra apresentaram uma média mais baixa no índice de Narcisismo em relação à população da cidade de São Paulo ($Fr + rF = 0,28$ ante $0,72$, respectivamente), estatisticamente significativa ao nível de $.000$. Em relação aos outros índices, podemos afirmar que a distribuição da amostra apresenta resultados semelhantes ao da população comparada. Demonstraram uma média pouco mais baixa na Auto-Estima (ego index = $0,31$ ante $0,36$), e na Intelectualização ($Hx = 0,48$ ante $0,59$).

Em relação à média de Preocupação Corporal, ela foi um pouco mais elevada que a da população comparada ($an + xy = 1,66$ ante $1,45$), a média dos Conteúdos Mórbidos foi um pouco menor ($Mor = 0,79$ ante $1,14$). A comparação é mostrada no Gráfico 29.

Gráfico 29. Frequência das médias dos índices de Autopercepção da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A



5.2.1.3 Percepção Interpessoal

A Tabela 16 mostra alguns dos índices relativos à Percepção Interpessoal presentes na amostra. Os índices apresentados são o Déficit Relacional, Hipervigilância, Passividade, Dependência, Afastamento na Interação, Agressividade e Isolamento.

Tabela 16. Distribuição dos índices de Percepção Interpessoal alterados na amostra

Índice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Déficit Relacional	3	2	2	5	4	3	2	5	3	4
Hipervigilância	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Passividade	4-6	2-4	0-10	1-4	3-3	1-5	3-3	2-2	1-4	4-1
Dependência	0-1	0-1	0-0	1-1	0-0	1-0	0-0	0-0	0-0	0-0
Afastam. Interação	1-1	1-0	3-4	1-0	1-0	1-1	2-0	1-0	0-0	1-0
Agressividade	1-1	1-0	3-4	1-0	1-0	1-1	2-0	1-0	0-0	1-0
Isolamento	0,41	-	0,13	0,16	0,27	0,29	-	0,33	0,13	0,27
Índice	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Déficit Relacional	4	4	3	3	4	2	4	4	3	4
Hipervigilância	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
Passividade	2-0	1-0	3-2	1-0	1-1	7-2	1-0	3-3	7-1	3-2
Dependência	0-0	0-0	0-1	0-0	0-1	0-1	1-1	0-0	0-0	0-0
Afastam. Interação	0-0	0-0	3-0	0-0	0-0	1-0	0-0	0-0	2-0	0-0
Agressividade	0-0	0-0	3-0	0-0	0-0	1-0	0-0	0-0	2-0	0-0
Isolamento	0,14	0,11	0,12	-	0,42	0,11	-	0,20	0,07	0,21
Índice	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Total
Déficit Relacional	5	2	1	4	4	3	4	2	5	15
Hipervigilância	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Passividade	1-3	3-3	3-3	7-2	2-2	2-2	3-4	6-6	1-1	5
Dependência	0-1	0-0	0-0	0-0	0-0	0-0	1-0	1-0	0-0	11
Afastamento na Interação	1-1	2-0	0-0	0-0	0-0	1-0	1-0	1-3	0-0	12
Agressividade	1-1	2-0	0-0	0-0	0-0	1-0	1-0	1-3	0-0	1
Isolamento	0,38	-	-	-	-	0,06	0,07	0,23	0,50	8

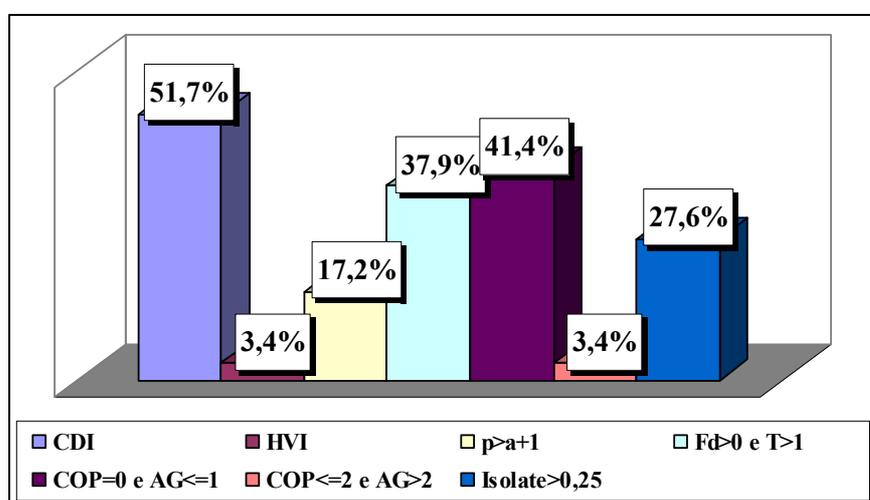
Índice alterado

Déficit Relacional	CDI > 3
Hipervigilância	HVI = 5
Passividade	P > a + 1
Dependência	Fd > 0 e T > 1
Afastamento na Interação	COP = 0 e AG < ou = 1
Agressividade	COP < ou = 2 e AG > 2
Isolamento	Isolate > 0,25

Dessa forma, os conteúdos humanos, traços de isolamento e as respostas de movimentos com pares, que trazem dados de grande valor sobre a maneira como o indivíduo se aproxima e estabelece vínculos interpessoais e que também são índices relativos a percepção interpessoal, serão avaliados na análise qualitativa apresentada posteriormente (5.2.2).

Entre as participantes da amostra, 51,7% demonstraram características de Déficit Relacional, e apenas 3,4% Hipervigilância. 17,2% apresentaram o índice indicativo de Passividade, 37,9% de Dependência, 41,4% Afastamento na Interação, 3,4% Agressividade e 27,6% Isolamento, conforme o Gráfico 30.

Gráfico 30. Frequência dos índices de Percepção Interpessoal alterados na amostra



Os índices de Percepção Interpessoal CDI e HVI foram comparados com a população de mesmo nível socioeconômico da cidade de São Paulo, na avaliação das constelações positivas (Gráfico 24).

Os demais foram comparados com os resultados dos índices obtidos no estudo de Nascimento (2006). Foram também utilizados dados relativos ao nível socioeconômico A, de informação pessoal da autora, baseados nos dados do mesmo artigo.

De acordo com as Tabelas 17 e 18, na comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A, as participantes da amostra apresentaram uma média mais baixa no índice de Passividade (2,69 ante 4,28), estatisticamente significativa ao nível de .000, o que sugere uma postura mais ativa em relação ao mundo.

Tabela 17. Estatística descritiva dos índices de Percepção Interpessoal da amostra e da população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

Parâmetros		Media	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
$p > a + 1$	Amostra	2,69	0,00	7,00	2,00	1,00
	Pop. SP	4,28	1,00	9,00	4,00	2,00
$Fd > 0$ e $T > 1$	Amostra	0,17	0,00	1,00	0,00	0,00
	Pop. SP	0,28	0,00	2,00	0,00	0,00
$COP = 0$ e $AG < ou = 1$	Amostra	0,83	0,00	3,00	1,00	1,00
	Pop. SP	0,72	0,00	4,00	0,00	0,00
$COP < ou = 2$ e $AG > 2$	Amostra	0,34	0,00	4,00	0,00	0,00
	Pop. SP	0,34	0,00	4,00	0,00	0,00
$Isolate > 0,25$	Amostra	0,16	0,00	0,50	0,13	0,00
	Pop. SP	0,22	0,04	0,42	0,22	0,44

Tabela 18. Resultados do t de Student para Percepção Interpessoal da amostra contra população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A

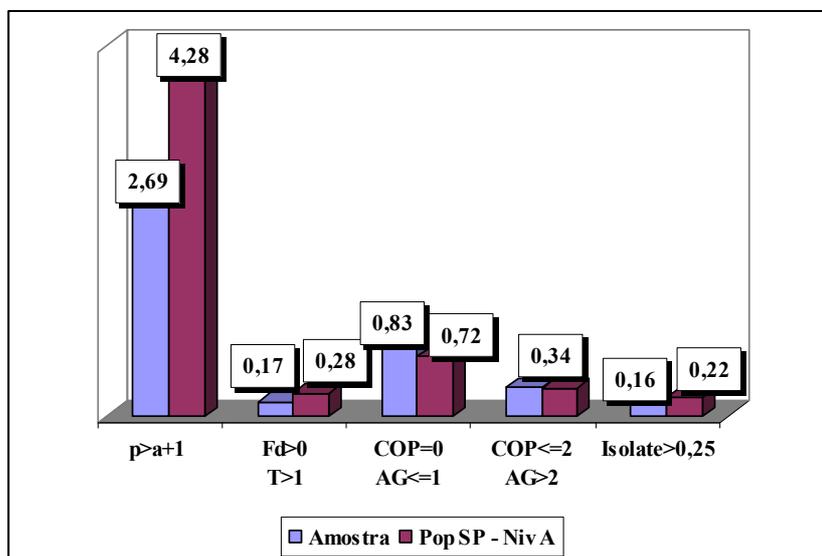
Variável	Média Amostra	Média SP	T	gl	p
$p > a + 1$	2,69	4,28	-4,397	28	0,000*
$Fd > 0$ e $T > 1$	0,17	0,28	-1,507	28	0,143
$COP = 0$ e $AG < ou = 1$	0,83	0,72	0,652	28	0,520
$COP < ou = 2$ e $AG > 2$	0,34	0,34	0,028	28	0,978
$Isolate > 0,25$	0,16	0,22	-2,222	28	0,035*

* Diferença estatisticamente significativa

Demonstraram uma média pouco mais baixa na análise do índice indicativo de Dependência (0,17 ante 0,28), e um índice de Afastamento na Interação um pouco mais elevado (0,83 ante 0,72).

A média de Agressividade mostrou-se igual (0,34) e a média do índice de Isolamento foi mais baixa (0,16 ante 0,22), estatisticamente significativa ao nível de .035. A comparação das médias é ilustrada no Gráfico 31.

Gráfico 31. Frequência das médias dos índices de Percepção Interpessoal da amostra em comparação com a população da cidade de São Paulo - nível socioeconômico A



5.2.2 Análise qualitativa

• Participante 1

$3r+(2)/R = 0.29$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 2	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 1	H : (H)+Hd+(Hd) = 4 : 2		Sx = 0
Respostas para ler				
Respostas MOR	Respostas FQ-	Respostas M	Respostas FM	Respostas m
8	3, 14	2, 3, 6, 11, 14, 15	4, 7, 12	17

Autopercepção: Mostra tendência a autocrítica e comparação desfavorável com o outro, o que predispõe à falta de autoconfiança e baixa auto-estima, mesmo que esta não se encontre rebaixada. Apresenta poucas respostas mal vistas, sugerindo uma autopercepção baseada predominantemente na realidade, facilitando um bom senso de identidade. Existe uma tendência à racionalização a fim de evitar sentimentos dolorosos.

□ CDI = 3	a.p = 6 : 4	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 4
□ HVI = No	Food = 0	PER = 3	COP = 1	AG = 1
Isolate/R = 0.41				
Respostas para ler				
M com par	FM com par	m com par	Conteúdos Humanos	
2, 3, 6, 15	Não	Não	2, 3, 6, 11, 14, 15	

Percepção Interpessoal: Como temática preferencial, foi percebida a necessidade de relacionamento e troca interpessoal, apresentando interesse pelas outras pessoas. Deu respostas de movimento com pares, mostrando necessidade de união e capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e de mútua cooperação. Tem

capacidade de estabelecer relacionamentos, porém é prejudicada pela necessidade de agradar ao outro, não garantindo relações primordialmente prazerosas. Porém, há indícios de características acentuadas de imaturidade e isolamento como atitude defensiva à baixa auto-estima.

Exemplos: Respostas M com pares e conteúdos humanos: (I) R.2: “Vejo duas mãos”, “pela forma dos dedos, estariam agradecendo. Por estarem levantadas, agradecendo algo que conquistaram”. (III) 6: “Duas pessoas mexendo em alguma coisa, água talvez”. (VII) (IX) R.15: “Vejo duas pessoas com características de não pessoas, perto de se aproximar”.

Resposta M: (VII) R.11: “Duas pessoas, querendo uma chegar a outra, mas ainda estão separadas”, “...parece que querem se aproximar, mas ainda estão separadas”, “não fazem esforço para se encontrar, estão presas na pedra”.

Respostas FM: (II) R.4: “Dois elefantes brigando”, “... a briga é feia, porque estão machucados. Pelo sangue vermelho no meio dos elefantes”.

Resposta m: (X) 17: “Não sei exatamente. Vejo duas forças se encontrando, se unindo”.

Síntese interpretativa: Estudante de 21 anos e solteira foi submetida à lipoaspiração há menos de um ano da data da avaliação. Sua família se opôs à cirurgia, ainda que cirurgias plásticas fizessem parte da cultura familiar, posto que vários familiares já haviam se submetido a elas. Alegou como motivação “melhora da aparência física”. Disse que a cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, mas que não trouxe a forma que desejava, mostrando insatisfação com seu corpo. Citou comparar-se com outros, e mantém todos os hábitos do questionário para manter-se bonita. Relatou que a cirurgia significou “uma transformação muito importante” em sua vida, “não só física, mas psicológica e social”. Em relação à autopercepção, disse se sentir insatisfeita com a aparência e nada atraente, o que corrobora a baixa auto-estima. Descreveu seus relacionamentos como positivos, e que houve uma mudança também positiva no relacionamento social após a cirurgia.

- **Participante 2**

$3r+(2)/R = 0.18$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 7
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 4 : 2		Sx = 6
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	1, 7, 12, 14, 15, 17	5, 11, 13	8	6, 17

Autopercepção: Apresenta capacidade de identificar-se com pessoas reais e interesse pelo outro, o que a capacita a formar vínculos e facilita na formação do senso

de identidade. Compara-se excessivamente com o outro, sugerindo baixa auto-estima. Existe uma tendência à depressão e formação de fantasias, corroborada por um número grande de elementos projetivos e de figuras distorcidas, que têm como problemática principal uma excessiva preocupação com o corpo e a sexualidade, indicando dificuldades na área. Tal preocupação com o corpo e suas funções, na ausência de problemas de saúde, indica uma auto-imagem frágil e uma percepção de vulnerabilidade.

<input type="checkbox"/> CDI = 2	a:p = 4 :2	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 4
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 1	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5, 11	Não	Não	4, 5, 11, 12, 13	

Percepção Interpessoal: O interesse em outras pessoas contribui para um bom ajustamento social. Deu respostas de movimento com pares, mostrando necessidade de união e capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e de mútua cooperação. Tal capacidade não garante relações satisfatórias, uma vez que utiliza mecanismos projetivos e mostra excessiva comparação com o outro em função de sua baixa auto-estima. Deve ser levado em conta um superinvestimento de energia psíquica em si mesma em detrimento do outro, pela excessiva preocupação corporal.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.1: “A bacia”. R.7: “Uma coluna cervical...”. (VII) R.12: “Um corte, com uma agulha”, “...vão injetar um líquido para fazer uma cirurgia. Abdominal...”...é uma cirurgia plástica e a agulha é a anestesia...”. (IX) R.14: “Um corte do tórax, e duas mamas”, “o vermelho aparenta sangue, pele. Uma cirurgia de aumento de seio, porque as bolas são grandes”. (X) R.15: Um corte do corpo humano, os seios.” (X) R.17: “A pele que está sendo extraída numa cirurgia...”.

Respostas M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Vejo uma cirurgia da bacia”, “a bacia no meio, e aqui parece que saem as pernas”, “as figuras humanas são os médicos operando a pessoa, o vermelho parece sangue”. (VII) R.11: “Um corte, com agulha”, “aqui embaixo, no branquinho, é a agulha, vão injetar um líquido para fazer uma cirurgia. É uma cirurgia plástica abdominal, a agulha é a anestesia. Em cima são as nádegas, pela forma, e aqui o abdômen. A agulha vai costurar o abdômen, por estar a seu lado”.

Síntese interpretativa: Empresária de 57 anos é casada com um homem dois anos mais novo e tem dois filhos. Foi submetida à plástica abdominal e cirurgia das pálpebras, não tendo respondido quanto tempo antes da avaliação. Alegou “sentir as

pálpebras caídas” e “abdômen volumoso” como motivo da cirurgia, e disse que as cirurgias estiveram de acordo com suas expectativas, trazendo a forma desejada. Também descreveu possuir todos os hábitos do questionário para manter-se bonita e realiza vários procedimentos estéticos, mesmo que nenhum familiar tenha realizado cirurgia plástica, mostrando o superinvestimento no corpo. Contou que se verifica freqüentemente no espelho e se compara com outros. Sobre o significado da cirurgia, relatou que esta “trouxe resultados positivos”, e que é muito feliz pelos mesmos, dizendo: “hoje minha auto-estima elevou-se, e me sinto bonita”. Quanto à autopercepção, só descreveu características positivas, diferenciando-se dos resultados encontrados no Rorschach, que sugerem baixa auto-estima. Descreveu seus relacionamentos como positivos e respondeu que não houve mudanças após as cirurgias.

• **Participante 3**

$3r+(2)R = 0.31$	FD = 1	MOR = 4	Hx = 6	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 0 : 2		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
3, 4, 9, 10	3, 4	5, 6, 11, 13	2, 5, 7, 8, 12, 16	Não

Autopercepção: Recorre com freqüência à racionalização a fim de evitar sentimentos dolorosos. Apresenta tendência a basear suas percepções em fantasias e se compara negativamente com o outro, comportamento que sugere uma auto-avaliação negativa, apesar da auto-estima não se encontrar rebaixada. Sua auto-imagem inclui atitudes e crenças negativas em relação ao próprio corpo e seu funcionamento, tendendo a vê-lo como estragado ou sem suas funções plenas, o que interfere no nível de auto-satisfação, além de uma visão pessimista do meio.

<input type="checkbox"/> CDI = 2	a.p = 10 : 0	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 2	Puro H = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 3	AG = 4
Isolate/R = 0.13				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5, 11	5, 7, 8, 16	Não	6, 11	

Percepção Interpessoal: Apresenta capacidade limitada de estabelecer relacionamentos próximos e profundos, e demonstra menos interesse pelo outro que a média dos adultos. Mantém reserva nas relações e distância para não ser invadida. Porém, mostra também que é capaz de colaborar com o outro, estabelecendo relações harmoniosas com certa assertividade que podem até lhe dar popularidade. A presença de atitudes opostas leva-a a se comportar de forma incongruente e imprevisível.

Exemplos: Respostas MOR: (I) R.3: “Um ratinho esmagado”, “...dá dó, pois é um bichinho muito frágil, é toda hora eliminado...”. (V) R.9: “Um morceguinho esmagado...” (VI) R.10: “Outro bicho esmagado, parece um tapete de bicho esmagado, um tigre...”, “um bicho morto”.

Resposta MOR e FQ-: (II) R.4: “Uma pessoa esmagada, com sangue...”

Resposta de M e FM com pares: (III) R.5: “Dois *poodles* dançando”, “pela forma, aqui são as patinhas. Estão dançando, felizes”, “estão olhando um para o outro, somente com as patas traseiras no chão”, “o vermelho parece dois cavalinhos, pela forma deles. O vermelho aqui não lembrou sangue nenhum minuto. Parece que eles estão rodando ao redor do centro”.

Resposta de M com pares e conteúdos humanos: (VII) R.11: “Duas feiticeiras se olhando”, “as duas são velhinhas, sábias e benevolentes, olha aqui a carinha. Cabelo com rabo, para cima, franjinha, olhinho, narizinho e boca. Uma olhando para a outra, trocando boas feitiçarias”.

Síntese interpretativa: Hoteleira, 39 anos, separada e sem filhos, realizou plástica abdominal há um ano. Como motivo, alegou desejo de reduzir gordura do abdômen e culotes junto a correção de cicatriz proveniente cirurgia intestinal. A cirurgia esteve de acordo com suas expectativas, trazendo a forma desejada. Sua mãe já havia feito cirurgia plástica. Realiza alguns dos procedimentos estéticos e mantém certos hábitos de beleza do questionário, o que mostraria um investimento equilibrado no corpo, caso não tivesse dito que se verifica freqüentemente no espelho, preocupa-se por ter pêlos em excesso, acha com freqüência defeitos em seu corpo e, principalmente, disfarça defeitos imaginários. Descreveu como significado da cirurgia uma “melhora da auto-estima”, mesmo que esta não se encontre rebaixada. Em relação à autopercepção, enumerou características positivas, assim como descreveu seus relacionamentos. Notou melhora apenas no relacionamento sexual após a cirurgia.

• **Participante 4**

$3r+(2)/R = 0.42$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 0	An+Xy = 4
Fr+rF = 1	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 2		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
1	2, 3, 11, 15, 16, 19	4, 5	14, 19	13

Autopercepção: Demonstra dificuldade em se identificar com pessoas reais de sua vida, identificando-se com objetos parciais e figuras imaginárias, o que dificulta a formação de um senso de identidade estável. Como problemática principal mostra uma

excessiva preocupação com o corpo e seu funcionamento que, na ausência de doença, indica uma auto-imagem frágil e uma percepção de vulnerabilidade. Denota preocupação narcisista e preocupa-se mais consigo do que com o outro, mas provavelmente esses fatores a levam a apresentar uma boa auto-estima.

□ CDI = 5	a.p = 4 : 1	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 3	Puro H = 1
□ HVI = No	Food = 1	PER = 1	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.16				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5	19	Não	4, 5, 8	

Percepção Interpessoal: Deu poucas respostas positivas com pares. Apesar de passar uma boa impressão num primeiro contato, apresenta capacidade limitada no relacionamento interpessoal, que a deixa vulnerável à rejeição por parte do outro. Apresenta acentuada vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas e gratificantes. A excessiva preocupação corporal pode levar a um superinvestimento em si mesma, em detrimento do outro, do qual se mostra dependente. Pode desapontar-se quando não recebe o suporte que necessita desse. Tais atitudes dificultam na formação de vínculos fortes e íntimos.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.2: “Um útero...”, “...aqui são as trompas”. (II) R.3: “Um útero. Todas as figuras parecem um útero”, “...parece uma bacia vista na radiografia, pelos ossos, perninhas e o corpo. Um radiografia disto”. (VI) R.11: “Um pulmão”. I: “Uma radiografia do pulmão...” (IX) R.16: “Gás saindo da terra, fogo”, “... cinzinha parece gás, ou vapor. Como nos desenhos dos livros de geografia”.

Resposta FQ- e FM com pares: (X) R.19: “Dois animais do mar, talvez dois caranguejos. De frente um para o outro, segurando uma placa”, “me lembra um troféu. Estão fazendo esforço para que as placas fiquem juntas, esforço porque está levantando para cima, como um esforço. Não, não é um esforço, um está ajudando o outro para segurar a placa, colaborando”.

Resposta MOR: (I) R.1: “Um morcego”, “...um corpinho, duas asinhas, a cabeça, duas mãozinhas e o rabo. Foi atropelado o coitado...”, “...porque tem uns pedacinhos das asas caindo, tão destruídas...”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Duas pessoas de frente”, pelo formato, uma aqui e outra ali, de perfil. Todos parecem esqueletos. Aqui parecem duas gravatas. “São dois garçons de *smoking*, porque estão com gravata borboleta. Estão

servindo vinho, por causa do vermelho. O vinho e a gravata borboleta são duas coisas que se misturam”.

Síntese interpretativa: Empresária, 35 anos, dois filhos, fez plástica abdominal, levantamento das mamas e lipoaspiração após se divorciar, dois anos antes da avaliação. Alegou como motivo das cirurgias o “emagrecimento, melhora da aparência e da auto-estima”, descrevendo-os como “desejos de muitos anos”. Disse que as cirurgias estiveram de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada. De acordo com a interpretação do Rorschach, investe bastante em seu corpo, realizando alguns dos procedimentos estéticos citados no questionário e todos os hábitos de beleza enumerados, relatando verificar-se com frequência no espelho, comparar-se com os outros e disfarçar defeitos imaginários. Sobre o significado das cirurgias, disse que passou a gostar mais de seu corpo e conseqüentemente de si. Na autopercepção citou apenas alternativas positivas, dado que corrobora suas características narcisistas e que a levam a apresentar uma boa auto-estima. Classificou o relacionamento com sua mãe como ruim, e disse que antes das cirurgias estava insatisfeita nos relacionamentos familiar, de casal e sexual, tendo melhorado positivamente após elas, com exceção do familiar. Tais dados reforçam seus limites no relacionamento interpessoal.

• **Participante 5**

$3r+(2)/R = 0.40$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 0	An+Xy = 0
Fr+rF = 1	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 1		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
10	6	1, 4, 5	3, 13	14

Autopercepção: Mostra traços narcisistas tendendo a autovalorização, mesmo que externe culpa e responsabilidade, acarretando perspectivas irreais de sucesso ou fracasso, ainda que apresente uma boa auto-estima. Existe um balanço entre o foco em si mesma e na atenção dada ao outro, e apesar da tendência de supervalorização, duvida algumas vezes de seu valor pessoal, levando a flutuações de otimismo e pessimismo. A leve tendência à formação de fantasias não se confirma pela escassa quantidade de formas mal vistas.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a:p = 3 : 3	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 3	Puro H = 2
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.27				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4, 5	Não	Não	1, 4, 5	

Percepção Interpessoal: Apresenta capacidade de relacionar-se adequadamente num primeiro contato. Demonstra dificuldade no que se refere às habilidades sociais, vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes. Tais características podem passar despercebidas, uma vez que estabelece relacionamentos superficiais e transitórios. Mostra características de isolamento e distância quando se sente pouco aceita, mantendo-se reservada a fim de não ser invadida.

Exemplos: Resposta FQ-: (III) R.6: “A parte de cima de um *smoking*. A gravata borboleta”. I: “A gravata borboleta e a parte branca da camisa, o preto é o *smoking*”.

Resposta FM: (VIII) R.13: “Um bicho, um felino em cima de uma pedra, refletido n’água.”

Resposta Mor: (VI) R.10: “Um tapete”, “esfola o animal e tira a pele dele. É bem simétrico, pela forma. Parece um animal espatifado como um tapete, amassado no chão...”.

Respostas M com pares e conteúdos humanos: (III) R.4: “Duas pessoas carregando algo”, “estão meio abaixadas, pensei carregando pelo redondo aqui embaixo”, “não tenho a menor idéia do que poderia ser, acho que um pufezinho ou um baú, alguma coisa pesada, porque estão abaixadas”.

Síntese interpretativa: Técnica em Processamento de Dados, 38 anos, casada, dois filhos, foi submetida à cirurgia de redução das mamas há 13 anos e plástica abdominal e levantamento das mamas há três anos. Como motivo para a primeira cirurgia alegou “mamas desproporcionais”, e para as demais, relatou que depois da primeira cirurgia “o que nunca incomodou, passou a ser notado”, e que o incômodo “foi agravado após duas gravidezes”. Obteve grande satisfação com as cirurgias. Realiza poucos procedimentos estéticos e apenas pratica esporte para se manter bonita, confirmando um balanço entre o foco em si e aquele dado ao mundo. Porém disse achar com frequência defeitos em seu corpo. Como significado, atribuiu à primeira cirurgia “uma mudança radical”, a partir da qual disse ter se tornado “mais segura”, a plástica abdominal, o “cumprimento de uma meta: 1ª gravidez, 2ª e plástica”, e disse que a terceira “não teve nenhum significado importante”. Quanto à autopercepção, relatou que depois da primeira cirurgia “o que não incomodava, passou a ser notado”, e que o incômodo “foi agravado após duas gravidezes”. Obteve grande satisfação com as cirurgias. Realiza poucos procedimentos estéticos e apenas pratica esporte para manter-se bonita, confirmando um balanço entre o foco em si e aquele dado ao mundo. Porém,

disse achar com frequência defeitos em seu corpo. Mesmo assim, se descreveu por meio de características positivas. Como significado atribuiu à primeira cirurgia “uma mudança radical”, a partir da qual disse ter se tornado “mais segura”, à plástica abdominal, o “cumprimento de uma meta: 1ª gravidez, 2ª plástica”, disse que a terceira “não teve nenhum significado importante”. Classificou positivamente seus relacionamentos, com exceção do materno, descrito como razoável. Na satisfação relacional disse estar satisfeita em seus relacionamentos antes das cirurgias, mesmo que os resultados do Rorschach tenham indicado vulnerabilidade, distância e até isolamento. Relatou melhoria no relacionamento social após as cirurgias.

• **Participante 6**

$3r+(2)/R = 0.57$	FD = 3	MOR = 1	Hx = 1	An+Xy = 1
Fr+rF = 1	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 3		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
11	6	2, 5, 9	3, 11	14

Autopercepção: Tende a estabelecer aspectos de seu autoconceito recorrendo a intelectualização, e sua imagem e a percepção do outro algumas vezes são baseadas em fantasias, mesmo que não apresente muitas respostas mal vistas. Identifica-se também com objetos parciais ou pessoas que não fazem parte de mundo real, o que dificulta a formação de um senso de identidade. Tem capacidade introspectiva e pode dedicar-se demais a auto-inspeção. Mostra traços narcisistas e há indicações de valorizar mais a si mesma que ao outro, mostrando uma auto-estima muito elevada, ou talvez, a serviço de uma autodefesa em relação a sentimentos de inferioridade.

<input type="checkbox"/> CDI = 2	a:p = 3 : 3	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 2
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 1	COP = 2	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
2, 10	11	Não	3, 6, 7, 10, 13, 14	

Percepção Interpessoal: Seu sentimento de inferioridade pode deixá-la mais sujeita a depender do outro, mesmo que este não seja um traço marcante em seu comportamento. Apresenta capacidade limitada de estabelecer relacionamentos próximos e suas características narcisistas a levam a demonstrar menos interesse pelo outro que a média dos adultos. Tende a evitar relacionamentos profundos, apesar de ter um amplo círculo de relacionamentos, que pode ser atribuído ao fato de apresentar capacidade de perceber atitudes positivas e harmoniosas nas relações.

Exemplos: Resposta FQ-: (IV) R.6: “Parece um útero, uma cavidade uterina com trompas e etc. e tal”, “parece uma foto chapada, de um ultra-som. Ao lado são as trompas. As partes mais compridas tinham que estar mais vergadas para serem trompas. O que fez parecer um útero foi a condição monocromática. Se fosse vermelho talvez não tivesse enxergado isso. Nos ultra-sons dos meus dois filhos eu tinha dificuldade de enxergar, quando não tem cor”.

Resposta M: (III) R.5: “Duas silhuetas carregando uma malinha. Parece que a imagem está rebatida, como se tivesse um espelho no eixo central”, “corpinho de perfil, bumbum empinado, sapato de salto, braço esquerdo recolhido. É bem fresquinha, e a outra mão está pegando a frasqueira”, “a forma da figura parece de uma pessoa fresca”.

Resposta M com pares: (I) R.2: “Duas bruxas, uma de costas para a outra”, “dividindo a figura ao meio, parece o perfil de uma bruxa. Aqui é a cabeça, e parece que a bruxa está montada numa vassoura. É uma bruxa alada, porque aqui tem duas asas”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (VII) R.10: “Dois *gremlins*”, “Pelo formato da cabeça, olho de mau, nariz pontudo e boca cheia de dente”, “esse tipo de olho para mim parece de mau”.

Síntese Interpretativa: **Decoradora, 31 anos, casada, dois filhos, realizou cirurgia de orelha de abano há 5 anos e aumento das mamas há menos de um ano da data da avaliação. Como motivação alegou “satisfação pessoal” e resolver algo que a incomodava na primeira e “preencher o vazio pela sobra de tecido após “amamentação”, e “estética” na segunda cirurgia. Obteve grande satisfação com as cirurgias. Chama atenção o fato de ter realizado todos os procedimentos estéticos e hábitos de beleza descritos no questionários, mostrando falta de equilíbrio no dinamismo matriarcal, dado corroborado pelo significado que atribuiu às cirurgias, como “melhorar a aparência” e “aumento do ego/auto-estima, por se tratar de algo tão feminino”. As cirurgias estéticas fazem parte da cultura familiar, uma vez que sua mãe já as realizou. Também relatou apresentar vários comportamentos do TDC: verifica-se freqüentemente no espelho, compara-se com outros, evita situação social por causa da aparência, disfarça algum defeito que imagina ter e acha com freqüência. Tal superinvestimento no corpo pode ser visto como uma tentativa de minimizar seus sentimentos de inferioridade. Quanto a autopercepção, percebe-se como bonita e vaidosa. Classificou seus relacionamentos positivamente, ao mesmo tempo em que disse estar insatisfeita**

sexual e socialmente antes da cirurgia. Notou mudanças positivas nos relacionamentos do casal e sexual após as mesmas.

• **Participante 7**

$3r+(2)/R = 0.33$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 4		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>MOR Respostas</i>	<i>FQ- Respostas</i>	<i>M Respostas</i>	<i>FM Respostas</i>	<i>m Respostas</i>
Não	5, 12, 13, 15	2, 6, 7, 10	8, 11	Não

Autopercepção: Indica retraimento e percepção do meio humano com suscetibilidade, sendo que a própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre fantasias, tendência corroborada por um número razoável de figuras mal vistas. Apresenta leve dificuldade na introspecção, mas no geral apresenta um balanço adaptativo entre o foco que tem em si mesma e aquele dirigido ao outro, mostrando uma boa auto-estima. Apresenta preocupação com o corpo e suas funções e com a sexualidade mesmo que estas não correspondam à principal problemática.

<input type="checkbox"/> CDI = 3	a:p = 5 : 1	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 5	Puro H = 2
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 1	PER = 2	COP = 1	AG = 1
Isolate/R = 0.29				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
2, 9	3, 11	Não	1, 2, 5, 9, 10	

Percepção Interpessoal: Existe uma tendência à passividade e dependência nas relações, das quais espera e antecipa atitudes de colaboração, podendo interpretar mal o comportamento alheio. Mostra dificuldade em estabelecer relacionamentos íntimos e profundos. Apesar de mostrar interesse pelo outro, pode ser vista como inacessível nas relações, pelo fato de sentir-se muitas vezes inadequada. Apresenta o índice de isolamento, que está relacionado ao retraimento social.

Exemplos: Respostas FQ-: (III) R.5: “Uma radiografia de um colo”, “pela sombra, parecem os ossos da costela. Pelos cinzas”. (VIII) R.12: “Parece um corpo de uma mulher, uma radiografia do tronco”, “o ombro em cima, aqui o vermelho é um quadril”. (IX) R 13 (Vira a prancha) “Pode virar?” (Desvira) “Não enxergo nada, engraçado” (Pausa) “Uma pessoa de costas, uma cabeça com um cabelo espalhafatoso. Uma fantasia de carnaval vestida numa pessoa de costas”, “Aqui são os ombros, parece daqueles enchimentos de roupa. O verde, as abas de uma fantasia, aquilo que fica por trás das fantasias. O laranja é uma alegoria da cabeça. Pelo formato parece uma pessoa de costas, vestida para o carnaval. Cabelo de carnaval, com essa alegoria”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (I) R.2: “Dois elefantes, elefantinhos se beijando”, “a tromba, e aqui o corpinho. O vermelho é só para enfeitar o desenho. S patinhas de frente estão levantadas, e aqui são as patinhas de trás”, “parece estar se beijando porque estão com as trombas juntas”. (VII) R.9: “Duas menininhas dançando, parece desenho animado”, “cabelo em pé, rostinho para trás. Está mais para placa de loja infantil”, “porque parece uma placa embaixo, no meio tem uma dobradiça. Quando dobra, bate perfil com perfil. São igualzinhas”, “desenho animado porque não parecem da vida real”.

Síntese interpretativa: Paisagista, 46 anos, casada, dois filhos, realizou plástica abdominal e levantamento das mamas há 16 anos, alegando como motivação “muita barriga e odiar ginástica, seio caído pela amamentação”. Fez cirurgia das pálpebras e lipoaspiração há 8 anos, justificadas por “gordura nos quadris e flacidez nas pálpebras” e também cirurgia das rugas faciais um ano antes da avaliação, dando como motivação a “flacidez de pele”. Ficou satisfeita com as cirurgias, com exceção da lipoaspiração, por não ter atingido suas expectativas e não ter trazido as formas desejadas, dando-lhe nota (2). Como significado das cirurgias, disse que “ficar sem barriga foi a melhor coisa” e que se sente “mais jovem”. A cirurgia plástica faz parte de sua cultura familiar. Já realizou quase todos os procedimentos estéticos, mas tem poucos dos hábitos citados no questionário para manter-se bonita, indicando o balanço entre o foco que tem em si e aquele dirigido ao outro, resultado do Rorschach. Em relação à percepção interpessoal, imagina que os outros a percebem mais positivamente que ela própria. Citou comparar-se com o outro, corroborando o sentimento de inadequação e classificou o relacionamento com sua mãe apenas como razoável. Relatou que estava satisfeita com seus relacionamentos antes da cirurgia e que não houve mudanças posteriores, mesmo apresentando características de retraimento social e isolamento.

• **Participante 8**

$3r+(2)/R = 0.27$	$FD = 0$	$MOR = 0$	$Hx = 0$	$An+Xy = 1$
$Fr+rF = 1$	$V = 1$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 2$		$Sx = 0$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	3, 11, 15	8	3, 9	7

Autopercepção: Mostra características egocêntricas na medida em que tende a se preocupar mais consigo em detrimento do outro e uma tendência a externar culpa e responsabilidade. Porém, demonstra atitudes autocríticas que a fazem empatizar com o sentimento alheio tendo a possibilidade do arrependimento. Compara-se com o outro,

leva-a a apresentar baixa auto-estima, ainda que esta esteja de acordo com o esperado, e indica que suas características narcisistas servem como defesa ao sentimento de inferioridade e depressão.

□ CDI = 5	a:p = 2 : 2	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 3	Puro H = 1
□ HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.33				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos s</i>	
8	Não	Não	8, 11, 15	

Percepção Interpessoal: Apresentou poucas respostas de movimento com pares e mostra capacidade limitada nas relações interpessoais, apesar de se comportar de maneira adequada em situações sociais. Prefere relacionamentos superficiais àqueles mais duradouros, pelo fato de achar que não conseguirá sustentar os últimos. Apresenta grande vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas e gratificantes. Mantém-se não somente distante para não ser invadida como demonstra acentuado grau de isolamento.

Exemplos: Respostas FQ- e conteúdos humanos: (IX) R.11: “Um nariz, pela forma do nariz”. (X) R.15: “Um cara com bigode, cabelão. Capitão Gancho”, “cabelo, olho, nariz, bigodão. Capitão Gancho pela forma do cabelo”.

Resposta FM: (VIII) R.9: “Um desses bichos de floresta. Uma oncinha, saltando para a água, alguma coisa assim”, “isto na metade da figura, a outra é exatamente igual. Embaixo é a sombra refletida na água...”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (VII) R.8: “Duas meninas dançando”, “de rabinhos de cavalo. Uma está indo para um lado do palco, e a outra para outro. Elas estão de costas se olhando, com as cabeças viradas”, “é um *ballet*, uma coreografia, pela posição delas.”

Resposta FQ- e FM: (II) R.3: “Isto aqui não me diz nada”, “pode ser uma cara, meio de gato”, “Aqui é a barbinha do gato. Os olhos e a boca aberta”.

Síntese interpretativa: Economista, 55 anos, três filhos e separada há oito meses da data da avaliação, fez cirurgia de redução e levantamento das mamas, juntamente com plástica abdominal há cinco anos, seguida de outra internação, quando fez lipoaspiração, cirurgia das pálpebras e das rugas faciais, no mesmo ano. Sobre o motivo das cirurgias, que atenderam completamente suas expectativas, relatou que não se sentia “bem fisicamente” e que depois delas ficou “realmente vaidosa” e começou a “cuidar do corpo”. No que se refere ao dinamismo matriarcal, a cirurgia plástica faz parte da cultura familiar, realiza vários dos procedimentos estéticos e todos os hábitos

do questionário para manter-se bonita. Como significado das cirurgias citou o “crescimento da auto-estima”, que é razoável, e o fato de ter ficado “mais vaidosa”, descrevendo na autopercepção do questionário características positivas. Quanto aos modelos de identidade, classificou os relacionamentos femininos mais positivamente em relação aos masculinos e, mesmo dizendo-se satisfeita em todos antes das cirurgias, disse ter havido mudanças positivas neles. É interessante lembrar a grande vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade nas relações interpessoais verificados no Rorschach.

• **Participante 9**

$3r+(2)/R = 0.38$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 1	An+Xy = 1
Fr+rF = 1	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 3 : 3		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Resposta FM s</i>	<i>Respostas m</i>
9	5, 9, 14	4, 12	9, 11	5

Autopercepção: Mostra que sua própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre experiências reais e não sobre fantasias, o que leva a um bom senso de identidade. Indica a existência de componentes narcisistas com tendência a autoglorificação, mas é capaz de sentir-se culpada e reconhecer suas responsabilidades. Há uma tendência a recorrer à racionalização para estabelecer aspectos de seu auto-conceito, contudo tais mecanismos resultam numa boa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 3	a:p = 4 : 1	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 3
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.13				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4	Não	Não	2, 4, 5, 6, 12, 13	

Percepção Interpessoal: Mostra interesse pelo outro e, apesar de ter dificuldade em estabelecer relacionamentos íntimos, consegue um bom ajustamento social. Os movimentos com pares são praticamente ausentes. Mostra certa reserva com a finalidade de não se deixar invadir pelo outro, assim como não mostra muito interesse em ser colaborativa ou competitiva nas relações, o que não a leva à popularidade, mesmo que não seja mal vista pelo grupo.

Exemplos: Resposta m e FQ-: (III) R.5: “Junções, aqui o peito de pessoas que se separam”, “parece que tem alguma coisa saindo do peito. Na verdade parece a imagem ou a simbolização do coração das pessoas ligadas, como se fosse uma coisa só”, “a primeira impressão que tive foi de pulmão. Mas, como tá saindo do peito, parece mais sentimental, de coração”.

Resposta MOR, FQ- e FM: (VII) R.9: “Um sapo ressecado, a perninha da perereca. Caiu no asfalto, ressecou e lá ficou”, “imagem plana, seca pernas e o resto do corpo da perereca. Parece que foi esmagada, talvez a impressão porque quando a gente vê é geralmente na estrada, onde eles estão esmagados, diferentes de uma perereca de laboratório”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.4: “Duas figuras humanas, fazendo alguma coisa juntas, dançando. Um passo ritmado, porque estão exatamente na mesma pose”, “figura humana porque parece perna, sapato, braço, cabeça, peito. Parece que estão segurando alguma coisa, uma bolsa”, “o desenho tem essa sombra que dá impressão de movimento. E pela posição das figuras, que pode ser de uma coreografia, estão sincronizadas”.

Síntese interpretativa: Empresária, 35 anos, casada, dois filhos, colocou prótese de silicone nas mamas há menos de um ano da data da avaliação, alegando como motivo se “sentir melhor” e “preencher pele flácida”. A cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada. Realiza alguns procedimentos estéticos e todos os hábitos do questionário para se manter bonita, e citou apenas verificar-se freqüentemente no espelho como atitude característica do TDC, confirmando que sua própria imagem está fundamentalmente construída sobre experiências reais e não sobre fantasias. Ninguém de sua família já se submeteu à cirurgia plástica. O significado dado à cirurgia pela participante foi “aumento da auto-estima”, mesmo que ela seja satisfatória e “melhora significativa no relacionamento sexual”. Na autopercepção, percebe-se atraente e vaidosa, mas imagina que o outro a considere atraente e bonita, o que pode decorrer do excesso de racionalização. Classificou positivamente seus relacionamentos, e disse que houve mudanças também positivas no relacionamento conjugal e sexual.

• **Participante 10**

$3r+(2)/R = 0.40$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 1
Fr+rF = 0	V = 2	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 0		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	Não	5	1, 3	9, 11

Autopercepção: Existe um balanço entre o foco em si e na atenção dada ao outro, onde é capaz de se auto-inspecionar sem se auto-absorver nem ignorar o outro. Mostra uma severa autocrítica, e tendência a ruminar sobre aspectos de si mesma que considera indesejáveis, o que a torna vulnerável a episódios depressivos. Por outro lado,

suas atitudes autocríticas derivam de sentimentos de arrependimento, culpa ou remorso que podem levar a atitudes de ressignificação que levam à redução dos episódios de depressão e à manutenção de uma boa auto-estima.

□ CDI = 4	a:p = 1 :4	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 2	Puro H = 2
□ HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.27				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5	3	Não	5, 10	

Percepção Interpessoal: Mesmo que haja um balanço entre a atenção dada a si mesma e ao outro, apresenta não apenas reserva, mas um acentuado isolamento, passividade e subserviência nos relacionamentos, deixando para o outro a tomada de decisões. Há poucas respostas com pares assim como de conteúdos humanos. Demonstra dificuldade no que se refere às habilidades sociais, vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes. Dessa forma, tende a relacionamentos superficiais.

Exemplos: Resposta FM: (I) R.1: “Um morcego. Um ou dois”, “na figura inteira, como quando ele gruda na parede. Ou pode ser de perfil. Aberto seria a cabeça e a antena. Nem sei se morcego tem antena. De perfil seriam dois morcegos”

Resposta FM com pares: (II) R.3: “Uma borboleta”, “essa transparência inclusive. Sabe aquela borboleta com duas pontinhas embaixo?”

Resposta m: (VIII) R.11: “Duas lontras numa floresta”, “Vejo umas flores com gelo, bem inverno. Por isso me lembrei da lontra. Vejo gelo derretendo pelas manchas tem um pouco de água, Lontras pelo frio, por estarem numa floresta com bastante frio. Não é neve, é geada”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Eu vejo dois homens. Pode ser dois garçons também”, “ou senão dois mordomos. Vejo *smoking*, casaca, sapatinho de ponta. Um mordomo antigo, clássico, inglês. Estão carregando algo pesado. Algo para lareira, tronco. Talvez uma mala, pela cor talvez.”

Síntese interpretativa: Designer, 55 anos, casada, três filhos, submeteu-se à plástica abdominal há menos de um ano da avaliação, alegando como motivo “a retirada de útero, ovário e trompas”. Dessa forma, utiliza-se de racionalização e não se aprofunda no motivo real (estético). Relatou que a cirurgia esteve parcialmente de acordo com sua experiência, mesmo que tenha trazido a forma desejada, citando que apenas ao completar um ano de pós-cirúrgico poderá avaliá-la novamente. Ninguém de sua família recorrera à cirurgia plástica até o momento, e seu marido se opôs à

realização de sua cirurgia por não achar que sua barriga era tão feia (Sic.). Realiza vários dos procedimentos estéticos e hábitos do questionário para se manter bonita e verifica-se com frequência no espelho, preocupa-se por ter pêlos em excesso, evita situações sociais por causa da aparência e disfarçar defeitos que imagina ter, confirmando a severa autocrítica encontrada no Rorschach. Sobre o significado da cirurgia, disse que “jamais operaria se fosse só pela plástica” e que, se tivesse que escolher novamente, não faria, pois “não sendo necessária evitaria dores horríveis na coluna”, justificando que uma pessoa com problemas lombares como ela “não deveria se submeter a este tipo de operação, precisando ficar 40 dias na mesma posição”, fato que considerou “insustentável”. Na autopercepção, teve dificuldade em escolher as alternativas, criando a categoria “aparência boa”, mostrando novamente o excesso de autocrítica. Quanto aos modelos de identidade, descreveu o relacionamento materno como razoável. Disse que estava satisfeita em seus relacionamentos antes da cirurgia, mas que houve mudanças positivas posteriores, com exceção do relacionamento social. Acrescentou um comentário interessante sobre os relacionamentos, dizendo que “uma família acostumada a ver uma mulher saudável não sabe administrar uma situação tão delicada”, que “os homens não gostam de ver sua mulheres com problemas” e que “sempre ficam lembranças”, mostrando o caráter traumático que pode acompanhar uma cirurgia estética.

• **Participante 11**

$3r+(2)/R = 0.14$	FD = 1	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 0		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>m Respostas</i>
Não	4, 13, 14	Não	3, 5	Não

Autopercepção: Hesita muito para emitir uma resposta e tende a comparar-se desfavoravelmente com o outro, apresentando baixa autoconfiança e baixa auto-estima, esta última também derivada do fato de prestar pouca atenção em si mesma. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções. Apesar da dificuldade geral no auto-centramento, apresenta um nível moderado de autoconsciência, sendo capaz de perceber suas necessidades e como seus atos repercutem nos outros, além de poder reconsiderar sua auto-imagem, o que facilitaria sua participação num processo psicoterápico.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a.p = 0 : 2	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 1	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.14				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	3	Não 9		

Percepção Interpessoal: Mostra dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes e vulnerabilidade a situações de estresse. Quase não deu resposta com pares ou conteúdos humanos, o que corrobora a indicação de reserva. Porém, comporta-se de maneira adequada em situações sociais e, como as conseqüências de sua falta de habilidade não são aparentes, pode causar boa impressão. Sua passividade nos relacionamentos é evidente, pois comporta-se de forma subserviente, buscando dar prazer àqueles dos quais depende e para quem deixa a tomada de decisões.

Exemplos: Respostas FQ-: (IV) R.4: “Pode virar a figura?” (Vira e desvira) (resistência) “Uma vértebra”, “Coluna e aqui a vértebra, onde se encaixa uma com a outra. Tem um nome, não me lembro. Se tivesse outra igual se encaixaria nessa vértebra para formar uma coluna”. (X) 14: (Vira a prancha) “O ovário e o útero”, “Os dois de cima são os ovários e embaixo o útero, pelo formato.”

Resposta FM com pares: (III) R.3: “Vejo dois seres, um olhando para o outro. Não sei definir se é animal ou pessoa, dois seres vivos”, “cabeça, corpo, perna, braço. Não sei se é animal ou pessoa. Uma ave. Mas ave não tem braço, tem asa. Parece que tem um bico, se for animal. Está mais parecido com animal que com pessoa”.

Resposta de conteúdos humanos: (IX) R.9: (Vira a prancha) “Uma silhueta de um corpo de mulher. Bem alta, esguia”, “o formato. Um braço, virada para a direita. A cabeça. Esguia, porque é uma figura magra.”

Síntese interpretativa: Veterinária, 32 anos, solteira, sem filhos, colocou prótese de silicone nas mamas há menos de um ano da avaliação. Como motivo, alegou ter o peito pequeno, disse que não valorizava seu corpo e “sentia vergonha em vestir roupas justas e decotadas”. Ninguém de sua família já realizou cirurgia plástica, e relatou que a cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada. Realiza a maior parte dos procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário e verifica-se frequentemente no espelho, compara-se com os outros e evita situações sociais por causa da aparência, como ir à praia, corroborando um aumento na preocupação com o corpo. Como significado da cirurgia, descreveu que houve um “ganho de auto-estima” e passou a se sentir “bonita e feminina”. Relatou também que

significou a “realização de um sonho” e pensou apenas em si quando resolveu fazer a cirurgia, pois queria fazer por ela e sem a influência de outras opiniões, indicando desejo de ter autonomia, que é algo que lhe falta, segundo a interpretação do Rorschach. Na autopercepção, descreveu poucas características, mas positivas, diferindo também da falta de autoconfiança e baixa auto-estima encontradas. Descreveu seus relacionamentos também positivamente, e disse que todos melhoraram após a cirurgia, mesmo que os resultados indiquem dificuldade em estabelecer relações interpessoais e gratificantes e vulnerabilidade a situações de estresse.

• **Participante 12**

$3r+(2)/R = 0.33$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 0 : 0		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	4, 6, 9, 10, 15	Não	17	Não

Autopercepção: Existe um balanço razoável entre o foco em si mesma e na atenção dada ao outro, mesmo que apresenta dificuldade de introspecção, o que possibilita uma boa auto-estima. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções. Chama atenção a ausência de respostas de conteúdo humano, sugerindo dificuldades nos processos de identificação ou traços de isolamento, que acarretam em uma dificuldade na formação da auto-imagem.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a.p = 0 : 1	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 0	Puro H = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.11				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	17	Não	Não	

Percepção Interpessoal: Demonstra alguma dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes e vulnerabilidade a situações de estresse. Suas respostas de movimento e de conteúdos humanos são praticamente inexistentes. Existe uma leve tendência à passividade ou à superficialidade no estabelecimento de seus relacionamentos, em função do interesse diminuído que tem pelos outros e a manutenção de um comportamento reservado, mesmo que tais dificuldades sociais são sejam evidentes num primeiro momento.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.9: “Por que todas as figuras são parecidas? Não sei o que vejo aqui... (resistência) Não sei. (resistência). Talvez uma lamparina alta, olhando apenas aqui, na parte central. Um abajur”, “Tentei ver aqui, na parte central. Talvez uma luminária. O pé da luminária em cima, como se fosse um lampião. No meio

tem algum detalhe, mas não sei o que é”. (IX) R.15: “Não sei também, não conheço, mas deve parecer um pulmão”, “a parte vermelha. Pela cor, pelo contorno. É difícil ver algo, puxando muito parece um pulmão”.

Resposta FM com pares: (X) R.17: “Dois bichinhos. Ratinhos, ou algo assim”, “um de frente para o outro, como se estivessem em pé. Aqui são as patinhas e as orelhinhas”.

Síntese interpretativa: Comerciante, 43 anos, casada e sem filhos, realizou cirurgia de levantamento das mamas há três anos e cirurgia das pálpebras há um ano da data da avaliação. Para a primeira, alegou como motivo “a extração de um nódulo na mama”, mas disse que aproveitou para realizar a cirurgia estética, pois a achava “grande, caída e feia”. O resultado esteve parcialmente de acordo com sua expectativa e não trouxe a forma desejada, tendo avaliado o resultado final como nota 7. Quanto à segunda cirurgia, incomodava-a “a parte estética, as pálpebras estavam horríveis, cheias de pelancas”, mas, com esta, a satisfação com o resultado foi total. Já realizou massagens e tratamento para celulite e estrias como procedimentos estéticos e mantém todos os hábitos de beleza do questionário. Confirmando a existência de preocupação corporal, mesmo que moderada, disse que se verifica freqüentemente no espelho, compara-se com outros, disfarça defeitos que imagina ter e acha com freqüência defeitos imaginários em seu corpo. Várias pessoas de sua família já se submeteram à cirurgias estéticas. Como significado das cirurgias, à primeira atribuiu “alguma satisfação, mesmo que quisesse que as mamas ficassem menores” e, à segunda, relatou que ficou “contente com o resultado”, pois acha que rejuvenesceu um pouco. Na autopercepção mostrou excesso de crítica, percebendo-se como “normal”, da mesma forma que acha que é percebida pelos outros, o que corrobora a dificuldade na formação da auto-imagem percebida no Rorschach. Nos modelos de identidade classificou seus relacionamentos com mulheres como positivos e com os homens como razoáveis. Porém, disse que sentia satisfeita de maneira geral nos relacionamentos antes das cirurgias, e que não houve mudanças após as mesmas.

• **Participante 13**

$3r+(2)/R = 0.18$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 1	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 4		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	11	4, 12, 16	2, 13	Não

Autopercepção: Mostra tendência à baixa auto-estima, pelo fato de comparar-se negativamente com o outro e porque a própria imagem e a percepção do outro estão

fundamentalmente construídas sobre fantasias e figuras imaginárias, dificultando na formação de um senso claro de identidade. Também, tende a recorrer a intelectualização na tentativa de ignorar a realidade e neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos.

□ CDI = 3	a:p = 2 : 3	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 5	Puro H = 1
□ HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 3	AG = 0
Isolate/R = 0.12				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
12	2, 13	Não	4, 6, 7, 12, 16	

Percepção Interpessoal: Dá resposta de pares, indicando interesse pelos demais e também são presentes atitudes cooperativas nas relações, que permitem bom ajustamento social e tendência para estabelecer relações íntimas e de mútuo suporte com o outro. Porém, a forma de envolvimento com o outro e sua baixa auto-estima a fazem sentir-se muitas vezes inadequada nos relacionamentos, o que a leva assumir um papel de cautela e mais passivo nas relações, deixando as decisões para os demais.

Exemplos: Resposta FQ-: (VII) R.11: “Mapas de países, dois continentes”, “São separados por um ‘istmo’. São dois continentes. Um aqui e outro ali. Unidos por uma pequeníssima separação”, “continentes pelos contornos, pelas reentrâncias, baías”.

Resposta FM: (X) R.16: “Este é lindo. *Sonhos de uma noite de verão*, de Shaekspeare. Bichinhos, as cores”, “Tem bichinhos, da floresta, pirilampos, duendes, fadinhas. Tem os dois enamorados, em torno dos quais a trama é montada. E folhas, porque se passa numa floresta. Estão enamorados, porque estão olhando um para o outro, e parecem estar dando as mãos”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (VII) R 12 “A cara de duas mulheres”, “cabelo levantado, nariz e queixo. Uma olhando para a outra”.

Resposta FM com pares: (II) R.2: “Dois ursos”, “os ursos são uns bichos gordos, peludos. Quando ficam em pé ficam altos, gigantes. Continuam gordos, sentados ou de pé. Aqui são as patas, e aqui uma perna flexionada”. (VIII) R.13: “Este é bonitinho. Dois bichos. Não sei se dois castores, vermelhos. Não é castor. Tão construindo algo. Pode ser capivara”, “ Os castores constroem as barreiras, os diques que protegem suas casas... têm um rabo enorme para construir um dique, me parecem estar apertando algo, pressionando, enquanto se faz uma casa de taipa”, “tão construindo no máximo uma parede”, “ como vejo rabo e a cabeça, pode ser uma capivara, podem ser duas”.

Síntese interpretativa: Dona de casa, 49 anos, casada e três filhos, fez plástica no nariz quando tinha 18 anos, alegando “enorme nariz italiano”, e lipoaspiração há 5 anos “para reduzir medidas e recuperar a forma após 3 partos”. Dois anos antes da data

da avaliação submeteu-se à plástica abdominal “para reparar o erro da lipoaspiração mal feita” e à cirurgia das pálpebras “por sugestão do médico, pois estava fazendo uma prega”. As cirurgias 1 e 4 estiveram de acordo com a sua expectativa, atribuindo como significado à primeira “restauração da autoconfiança, deixar o rosto ser fotografado”, e “renovação” à segunda. A lipoaspiração não a satisfaz, dando-lhe nota 1, dando como significado, “frustração”. A plástica abdominal esteve parcialmente de acordo com sua expectativa, já que não trouxe forma desejada, contudo uma “melhora da aparência geral, mas longe da expectativa”. Em relação aos procedimentos estéticos e hábitos de beleza, praticamente não os realiza, justificando ser “desleixada e não ter paciência”, além de querer “resultados imediatos”. Relatou que se verifica freqüentemente no espelho, compara-se com os outros e acha com freqüência defeitos em seu corpo. As cirurgias estéticas fazem parte da cultura familiar, pois várias pessoas da família já as realizara, e sua mãe as fez oito vezes. Relatou perceber-se e ser percebida pelos outros apenas como vaidosa, a dificuldade de identificar alternativas positivas pode estar relacionada à baixa auto-estima. Descreveu positivamente seus relacionamentos e se sentia insatisfeita no relacionamento social antes da cirurgia do nariz, tendo este mudado após a cirurgia, mesmo que ainda exista o sentimento de inadequação no relacionamento interpessoal também em função da baixa auto-estima.

• **Participante 14**

$3r+(2)R = 0.21$	$FD = 0$	$MOR = 1$	$Hx = 0$	$An+Xy = 1$
$Fr+rF = 0$	$V = 0$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 3 : 4$		$Sx = 2$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
1	2, 7, 14, 16, 18, 19	5	Não	Não

Autopercepção: Demonstra falta de autoconfiança e baixa auto-estima, pois compara-se negativamente com o outro e sua própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre fantasias, objetos parciais e figuras imaginárias, dificultando na formação de um senso claro de identidade, corroborados por uma número elevado de figuras mal vistas. Apresenta moderada preocupação com relação à sexualidade. Chama atenção a escassez de respostas de movimento, indicando dificuldade no registro de suas necessidades básicas ou uso de intelectualização para lidar com afetos negativos, provavelmente resultados da baixa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 3	a.p = 0 : 1	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 7	Puro H = 3
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 2	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5	Não	Não	2, 5, 6, 9, 12, 16, 18	

Percepção Interpessoal: Mesmo que não exista um evitamento no que se refere aos relacionamentos, existem evidências de capacidade limitada em estabelecer relações próximas e manutenção de comportamento reservado, apresentando apenas uma resposta com par. Mostra interesse pelos demais, mas o sentimento de inadequação oriundo da baixa auto-estima dificulta trocas de mútua colaboração.

Exemplos: Resposta MOR: (I) R I: “Um bicho, bem feio”, “Aqui são as mãozinhas, e os olhos esbugalhados. Pode ser um morcego, só que eu nunca vi um morcego na minha vida...”.

Respostas FQ- e conteúdos humanos: (I) R.2: “As costelas e os pulmões”, “Seria mais a parte da bacia, o global da figura”, “eu tinha falado errado, os ossos da bacia”. (X) R.16: “Parece que estou vendo um rosto de uma pessoa, um homem, porque parece um bigode”, “os olhos, o nariz e bigode. O rosa é o cabelo”. R.18: “Uma vasta cabeleira, um doidão aqui”, “doidão pela vasta cabeleira, no rosa”.

Resposta FQ-: (X) R.19: “Aqui no cinza vejo dois bichos”, “nunca vi esse bicho, não sei explicar”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Duas pessoas. Duas mulheres. Um a cabeça com olhos vendados”, “mulheres por causa dos seios”, “pelo formato, as mulheres estão pressionando a cabeça, se apoiando. Estão vendados. O preto parece estar tapando os olhos”.

Síntese interpretativa: Professora do Ensino Fundamental I, 55 anos, casada, três filhos, fez plástica abdominal e levantamento das mamas há 15 anos e lipoaspiração há menos de um ano da data de avaliação, mesmo que esta não faça parte da cultura familiar e seus filhos tenham se oposto por medo que morresse nas cirurgias. Como motivo, alegou “incômodo com abdômen muito grande” à primeira, mamas “caídas e horríveis” à segunda e “desejo de um melhor contorno corporal” à terceira cirurgia. Todas as cirurgias atenderam suas expectativas, mesmo que a última tenha dado uma menor nota (8). Já fez massagens e tratamentos para celulite e estrias, e mantém todos os hábitos do questionário para se manter bonita. Relatou que se verifica freqüentemente no espelho, acha com freqüência defeitos em seu corpo e disfarça defeitos imaginários, confirmando que sua própria imagem pode estar

fundamentalmente construída sobre fantasias. Como significado, atribuiu “melhora em todos os aspectos da auto-estima” para todas as cirurgias e disse que foi muito importante fazer algo para si, “sem a interferência de ninguém”. Relatou que acredita que os outros a percebem mais positivamente que ela própria, denotando baixa auto-estima. Nos modelos de identidade, descreveu seus relacionamentos positivamente, mesmo que tenha dito estar insatisfeita nos mesmos antes das cirurgias e que todos tenham melhorado após as mesmas.

• **Participante 15**

$3r+(2)/R = 0.00$	$FD = 1$	$MOR = 0$	$Hx = 0$	$An+Xy = 2$
$Fr+rF = 0$	$V = 0$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 0 : 1$		$Sx = 0$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	3, 5, 7, 11, 18	Não	Não	7, 19

Autopercepção: Apresenta dificuldade em concentrar o foco em si, chegando a ignorar a si própria, atitude derivada de uma baixa auto-estima. Julga-se negativamente quando se compara com o outro, o que resulta em pensamentos de futilidade e tendência a episódios depressivos. Apresenta um número grande de respostas mal vistas, tendo como temática principal a fantasia, com muitas respostas “como se”. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções. Chama atenção a ausência de respostas de movimento humano, que indica a eliminação de registros de suas necessidades básicas ou uso de intelectualização para lidar com o impacto de afetos negativos, provavelmente resultados da baixa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a:p = 1 : 1	T = 1	$H+(H)+Hd+(Hd) = 1$	Puro H = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.42				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	Não	Não	18	

Percepção Interpessoal: Apresenta vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas e gratificantes. Mesmo que não seja evidente num primeiro momento, tem capacidade reduzida de se relacionar de maneira gratificante, estabelecendo relacionamentos superficiais, temendo ser rejeitada e supondo que não corresponderá satisfatoriamente às demandas alheias. Chama atenção a ausência de respostas com movimentos e com pares, assim como a grande tendência ao isolamento.

Exemplos: Respostas FQ-: (II) R.3: “Uma torre. Duas torres”, “uma torre no preto e uma torre no branco, uma em oposição a outra. Uma é maior e a outra é menor,

uma tá na frente e a outra atrás, uma é branca e a outra é preta”. (III) R.5: “Uma mulher”, “parece a forma de um corpo de mulher, a parte mais clara dá a impressão de um raio X, pelo cinza claro”. (IV) R.7: “Um castor”, “a figura toda, o rosto, as patas... na parte escura vejo como que dentro dele”, “como se fosse um raio X de novo, vejo dentro dele. A coluna, sei lá, a cervical”. (VI) R.11: “Um rato”, “aqui parece um focinho, os olhos e as patas aqui do lado, e a cor dele também”, “focinho pois parece como se fossem as narinas e os pelinhos, e o bigodinho do rato”.

Resposta de conteúdo humano e FQ-: (X) R.18: “Uma estrada com árvores”, “O *Champs-Eliseés*, como se fosse uma festa, tudo faz parte dessa rua. O que me lembrou foi o rosa como se fossem as árvores dessa avenida”.

Síntese interpretativa: Estudante, 21 anos e solteira, reduziu as mamas há 5 anos e fez plástica no nariz há menos de um ano da data da avaliação. Como motivo, alegou na primeira “estética e risco de problema na coluna, flacidez conseqüente de emagrecimento após período difícil”, no qual engordou 18 quilos. Sobre a segunda cirurgia descreveu como motivação “ vaidade”, justificando que não incomodava tanto o nariz como as mamas, mas poderia melhorar. Ambas atenderam suas expectativas mesmo que tenha dado notas diferentes a elas (8 e 9, respectivamente). Realiza alguns dos procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário, mas chama a atenção citar todos os sintomas do TDC, com exceção de evitar de se ver no espelho, bem como de participar de situações sociais “só em épocas de depressão”, confirmando a constelação de Depressão encontrada no Rorschach. Ainda que as cirurgias estéticas façam parte de sua cultura familiar, (sua irmã se submeteu a uma e sua mãe a várias), seu pai se opôs à segunda cirurgia. Como significado, relatou para a primeira “uma época confusa, onde o peso incomodava muito, e as mamas grandes davam a sensação de mais gordura”, e para a segunda “estética, ajuda na questão da auto-estima”. Na autopercepção, descreveu-se com características positivas ao mesmo tempo em que citou as características negativas opostas, salientando que variam muito, o que é comum em pessoas com baixa auto-estima. Nos modelos de identidade, descreveu o relacionamento com sua mãe e com pessoas do gênero masculino como ruins. Relatou que estava insatisfeita em todos os tipos de relacionamento antes das cirurgias, e que, após, houve mudanças positivas nos relacionamentos de casal, sexual e social. Mesmo assim, tende ao isolamento e se apresenta vulnerável à rejeição.

• **Participante 16**

$3r+(2)/R = 0.22$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 1	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 4		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	2, 4, 17, 18	8, 12, 16, 18	1, 2, 6, 9, 10	Não

Autopercepção: A própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre fantasias e figuras imaginárias, dificultando na formação de um senso claro de identidade. Também, tende a recorrer a intelectualização na tentativa de ignorar a realidade e neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções, assim como por conteúdos sexuais. Compara-se negativamente com o outro, o que resulta numa baixa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 2	a:p = 2 : 7	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 5	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 2	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.11				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
8, 12	6	Não	8, 12, 16, 17, 18	

Percepção Interpessoal: Mostra evidências de comportar-se de forma muito passiva nas relações ao subjugar suas necessidades e desejos aos de outros e ao apresentar dificuldade em diferenciar suas escolhas e preferências. Pelo fato de nutrir dependência em relação ao outro, pode sentir com frequência raiva e ressentimento, expressos de maneira passivo- agressiva.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.2: “Um mapa. De toda a Terra”, “Visto do lado contrário (com a prancha virada). O branco é o mar e o escuro a Terra. Os brancos internos são mares menores. É o Mapa-Múndi”. R.4: “Centro da coluna e costelas”, “o furinho no meio é a coluna vertebral. O furinho é por onde passa a medula”. (X) R.17: “Me passou muita alegria. Flores. De certa maneira uma máscara de carnaval, como uma figura mexicana, com muitas coisas em volta”, “O que deixei de fora é a Torre *Eiffel*. Flores no azul. Vejo também olhos, bigodes, máscaras usadas no ritual do carnaval. Mexicano, acho que pelas cores. O que me transmite alegria foram as flores, e a impressão de máscara, os olhos. R.18: “ Duas vezes vi figuras sexuais. Aqui vejo um pênis caído. No fim da primeira figura vi uma vagina”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.8: “Duas pessoas de mãos dadas, brincando”, “não sei se de mãos dadas. Brincadeira de criança, que uma puxa a outra para trás. Cabeça, pescoço, perna e bumbum. No centro parece uma cestinha. Vejo

ombros, seios não, porque não são moças grandes. Vejo também sapatos de salto”. (VII) R.12: “Num primeiro momento, duas pessoas jogando beijinho”, “duas senhoras. Antes as havia achado mais poéticas”, “Agora, dois anjinhos jogando beijinho”, “com a boca em biquinho, redondinha”.

Síntese interpretativa: Secretária executiva, 63 anos, casada e uma filha, realizou cirurgia das pálpebras e das rugas faciais há seis anos da avaliação, alegando “melhorar a imagem” para si mesma e completando que não faria outra, pois chegou à conclusão de que “o tempo é inexorável”. Relatou que as cirurgias estiveram parcialmente de acordo com sua expectativa, mas que trouxeram a forma desejada, mesmo que tenha dado nota (7). As cirurgias estéticas não fazem parte de sua cultura familiar, realiza poucos dos procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário, mas verifica-se freqüentemente no espelho e acha também com freqüência defeitos em seu corpo. Quanto ao significado das cirurgias, contou que “foi uma tentativa de enganar o passar do tempo”, e que apesar de as ter ajudado, descobriu “que foi inútil”, mostrando intelectualização. Na autopercepção demonstrou excesso de crítica, dizendo que se percebe bonita “apenas quando arrumada” e vaidosa “com limites”, e acha que os outros a consideram bonita e vaidosa, confirmando a baixa auto-estima. Descreveu positivamente seus relacionamentos, relatando satisfação em todos os aspectos antes das cirurgias, e sem mudanças posteriores. Tal dificuldade em discriminar diferentes aspectos pode ser em função do fato de apresentar dificuldade em diferenciar suas escolhas e preferências, assim como é importante lembrar que apresentou o índice de Depressão no Rorschach.

• **Participante 17**

$3r+(2)/R = 0.06$	$FD = 1$	$MOR = 0$	$Hx = 0$	$An+Xy = 6$
$Fr+rF = 0$	$V = 0$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 0 : 1$		$Sx = 0$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	2, 4, 8, 11	Não	10	Não

Autopercepção: Tem como problemática principal uma excessiva preocupação com o corpo e suas funções e, na ausência de problemas de saúde, indica uma auto-imagem frágil e uma percepção de vulnerabilidade. Apresenta dificuldade em concentrar o foco em si, chegando a ignorar a si mesma, atitude derivada de uma baixa auto-estima. Julga-se negativamente quando se compara com o outro, o que resulta em pensamentos de futilidade e tendência a episódios depressivos.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a.p = 0 : 1	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 1	Puro H = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 1	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	Não	Não	1	

Percepção Interpessoal: Demonstra alguma dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes e vulnerabilidade a situações de estresse. Mesmo que tenha dificuldade de concentrar o foco em si, preocupa-se com ela mesma em excesso, e desta forma dirige pouca atenção ao outro, fato corroborado pela ausência de respostas com pares. Tende a estabelecer relacionamentos superficiais e de dependência, e fica vulnerável a situações de fracasso social, podendo ser rejeitada pelo outro ou vista como alguém distante.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.2: “Um monstro”, “Pelos olhos. Ou poderia ser um bicho, pelas anteninhas em cima”. (II) R.4: “Um pulmão, no preto embaixo outro órgão, a vesícula ou o baço. Não, a vesícula e o fígado. Em cima, não é proporcional, mas parece o pescoço, alguma veia. Como chama aquela outra veia, uma traz outra leva?... (III) R.8: “Uma mosca no microscópio”, “ tudo menos a parte vermelha, só um pedaço dela de barriga para cima”, “ aqui os olhos vistos de ponta cabeça, e as patas”. (VI) R.11: “ Essas coisas que são simétricas me lembram alguma coisa, não sei... alguma parte da anatomia, bem simétrica. Algum órgão dissecado. Uma cartilagem...”.

Respostas An: (III) R.5: “A bacia”. R.6: “O esqueleto do tórax”.

Resposta Xy: (VIII) R.13: “Difícil... parecem exames, imagens de ressonância magnética, de algum pedaço do corpo”, “na parte vermelha, onde tem mais calor, mais sangue”, “pode até ser o cérebro, sei lá”.

Resposta de conteúdos humanos: (I) R.1: “Uma máscara”, “pelo furo dos olhos, e os lados, como se fosse para prender. É igual de um lado e outro”.

Síntese interpretativa: Pedagoga, 39 anos, casada e três filhos, realizou cirurgia para levantar mamas aos 17 anos e novamente há cinco anos, juntamente com lipoaspiração, e cirurgia das pálpebras há menos de um ano da data da avaliação. Como motivo, alegou “incômodo pelo formato” para as cirurgias das mamas, “muitas rugas” para a Blefaroplastia e disse que “tinha duas saliências nos culotes, que estavam sobrando” para a lipoaspiração, justificando que é “super crítica” e que vê os “mínimos detalhes”. Relatou que apenas a lipoaspiração esteve de acordo com sua expectativa, dando nota (8) e disse que a cirurgia das mamas “não ficou totalmente boa, pois tinha quelóide” e que a Blefaroplastia “podia ter tirado mais pele”, dando nota (7) para

ambas. Realiza praticamente todos os procedimentos estéticos e hábitos do questionário, verifica-se frequentemente no espelho, compara-se com os outros, disfarça defeitos imaginários e acha com frequência defeitos em seu corpo. As cirurgias estéticas fazem parte da cultura familiar, mas mesmo assim relatou que todos os membros da família se opuseram às cirurgias, alegando que estas não eram necessárias. Tais dados, junto ao significado das cirurgias, confirmam o excesso de preocupação corporal e baixa auto-estima. Sobre o significado das cirurgias, relatou que estas “são válidas, quando a pessoa não está satisfeita com seu corpo”, pois “levantam a auto-estima”. Completou dizendo que “faria uma cirurgia plástica por ano” e que “todo mundo deveria se preocupar com a aparência, fazendo todo o possível para melhorá-la”. Disse ainda que “preferia morrer a ficar velha e cheia de rugas”. Na autopercepção, descreveu-se como “normal” e imagina que assim também é percebida pelo outro. Os modelos de identidade foram classificados como bons, com exceção do relacionamento com a mãe, descrito como “razoável”. Quanto aos relacionamentos, disse estar insatisfeita apenas com o relacionamento social antes das cirurgias, atribuindo uma melhora a esse tipo de relacionamento.

• **Participante 18**

$3r+(2)/R = 0.27$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 0	An+Xy = 2
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 0		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
10	4	6	3, 10, 12, 15	13

Autopercepção: Demonstra dificuldade em concentrar o foco em si e mostra tendência a autocrítica e comparação desfavorável com o outro, o que predispõe à baixa auto-estima e falta de autoconfiança, mesmo que esta não se encontre rebaixada. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções, assim como em relação à sexualidade.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a:p = 3 : 3	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 1	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.20				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
6	12, 15	Não	6	

Percepção Interpessoal: Apresenta vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos significativos e gratificantes. Envolve-se com o outro de maneira superficial e com certa reserva, a fim de não ser invadida e, desta forma, não cria vínculos duradouros, estando suscetível à rejeição e

fracasso nas situações sociais. Não demonstra muito interesse pelos outros, assim como pela colaboração deles.

Exemplos: Resposta MOR: (VI) R.10: “Parece um animal dissecado, aberto ao meio”, “não sei qual bicho, talvez um ratinho”.

Resposta FQ-: (II) R4: “A coluna vertebral. A vértebra”, “Na figura toda. No meio vejo o canal medular e aqui a vértebra, o osso. Na estrutura escura”, “na parte vermelha poderiam ser outras partes do corpo, como os músculos”.

Resposta An e Sx: (I) R.2: “A bacia”, “é simétrica, todas são, né?”, “aqui é o encaixa do fêmur. O preto é a parte óssea, aqui estaria o ânus”, “aqui é o púbis que, quando é fraturado, abre ao meio”.

Resposta M com pares: (III) R.6: “Como se visse duas pessoas, uma de frente para a outra, talvez numa mesa”, “cabeça, corpo, membros. Aqui no meio a mesa. Perna com sapatinho. Sentadas, pela inclinação e por estarem em frente à mesa”, “mais imaginação minha, por ter um objeto entre elas, pensei em estarem jantando ou almoçando. Pois nem tem forma de mesa”.

Síntese interpretativa: Médica, 43 anos, separada e sem filhos, submeteu-se à cirurgia do aumento das mamas há menos de um ano da data da avaliação. Como motivo, alegou “desejo antigo de melhorar a estética após decidir não ter filhos, momento adequado pela condição financeira, segurança quanto ao cirurgião e à prótese”. A cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada. Disse que já havia realizado tratamentos com ácidos e ortodôntico e mantém todos os hábitos do questionário para ficar bonita. Verifica-se frequentemente no espelho, compara-se com outros, preocupa-se por ter pêlos em excesso e disfarça defeitos imaginários. É notório o investimento corporal, mas este não é excessivo. Dessa forma, o aumento na preocupação corporal pode se dar em função da profissão da participante. A cirurgia estética fazia parte de sua cultura familiar, e como significado, descreveu-a como “um agrado”. Na autopercepção, disse perceber-se apenas vaidosa, e imagina que os outros a percebiam como vaidosa e simpática, não assinalando outras alternativas, dado que confirma o excesso na autocrítica. Seus modelos de identidade foram descritos positivamente, e nos relacionamentos, disse estar satisfeita em todos os âmbitos antes da cirurgia e, após, não percebeu mudanças nesses relacionamentos. Existe uma dificuldade na avaliação da percepção interpessoal, uma vez que o Rorschach indicou dificuldade para se envolver com o outro e de criar vínculos duradouros, estando suscetível à rejeição e fracasso nas situações sociais.

• **Participante 19**

$3r+(2)R = 0.20$	$FD = 0$	$MOR = 0$	$Hx = 0$	$An+Xy = 3$
$Fr+rF = 0$	$V = 1$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 5$		$Sx = 2$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	10, 17, 23, 24, 26, 27, 29, 30	7, 11, 16	3, 9, 20, 28, 30	Não

Autopercepção: Identifica-se também com objetos parciais ou pessoas que não fazem parte de mundo real, o que dificulta a formação de um senso de identidade. Apresenta tendência a basear suas percepções em fantasias, corroborando um grande número de figuras mal vistas. Compara-se negativamente com o outro, comportamento que leva a baixa auto-estima. Tem como problemática principal preocupação com o corpo e suas funções, assim como questões ligadas à sexualidade.

<input type="checkbox"/> CDI = 3	a:p = 1 : 7	T = 0	$H+(H)+Hd+(Hd) = 7$	Puro H = 2
<input type="checkbox"/> HVI = Yes	Food = 0	PER = 0	COP = 2	AG = 0
Isolate/R = 0.07				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	3, 20, 28	Não	7, 11, 13, 16, 21, 27, 29	

Percepção Interpessoal: Mostra interesse pelo outro e tende a perceber atitudes positivas e harmoniosas nas relações, evidenciando acentuada passividade e, tendendo a subjugar seus interesses e desejos aos de outros. O que chama mais atenção são as características de personalidade hipervigilante, o que significa que se mantém constantemente em estado alerta para obter segurança. Isto é associado a uma visão de mundo perigosa, na qual busca distância em relação ao outro no intuito de manter seu próprio espaço e privacidade.

Exemplos: Respostas FQ-: (III) R.10: “Aqui parece um caixão, perdi uma grande amiga há oito dias”, “Aqui o suporte, a forma. Uma pia batismal, sei lá”. (VIII) R.23: “Região do sacro, da bacia...” R.24: (aponta o cinza) “Um elefante, dois olhos e a tromba...” (X) R.29: “Rosto com feição nenhuma, com cabeça. Não, cabelo e algo na testa”, “O verde é o cabelo, sem fisionomia, na testa uma tiara, que segura um emblema”.

Resposta FQ- e FM: (X) R.30: “Em cima dois bichinhos, colocando o focinho um perto do outro”, “dá impressão que estão atrás dessa coisa comprida, de pé. Patinha e rabinho”.

Resposta An e Sx: (VII) R.19: “Embaixo poderia ser considerada a região pélvica”, “aqui as nádegas. No meio parece a forma de uma vagina”.

Resposta Sx: (II) R.5: “A região vaginal”, “aqui na borboleta, pelo formato. E a cor também”.

Resposta An: (III) R.8: “Aqui é a região pélvica, sei lá”, “o vermelho parece onde começa o osso sacro, a bacia. Quanto mais se olha, mais se enxerga”.

Respostas FM com pares: (II) R.3: “Dois gatinhos em pé de costas, cachorrinhos ou coelhinhos. Ou de lado”, “a orelhinha e o rabinho. Estão em pé segurando um na patinha do outro”. (X) R.28: “Duas crianças aqui embaixo”, “crianças não. Dois leões olhando para cima. Aqui é o rabo e aqui a pata. Estão inclinados”.

Síntese interpretativa: Professora de idiomas, 64 anos, separada e dois filhos falecidos, realizou cirurgia das pálpebras e de redução das mamas há quinze anos, e levantamento pubiano menos de um ano antes da avaliação. Como motivo, alegou “pálpebras caídas, estética” e “fisionomia envelhecida pelo trauma da perda de dois filhos” para a primeira. Para a segunda, disse que sua mama já estava caída e que se “encantou” com “uma moça muito bonita” no consultório do cirurgião, que havia operado suas mamas. Tal motivação pode ser pensada em relação ao fato de basear suas percepções em fantasias, percebido no Rorschach. Quanto à terceira, disse que havia “pele sobrando na cava do biquíni”. As cirurgias estiveram de acordo com sua expectativa, trazendo as formas desejadas. Realiza alguns dos procedimentos e hábitos de beleza do questionário. Chamou atenção o fato de não ter descrito nenhuma das características do TDC, resposta incompatível com sua preocupação corporal e que pode ser entendida como negação. Sobre o significado das cirurgias, atribuiu um “alívio na fisionomia” para a primeira e sensação de maior juventude” à segunda. Na terceira, citou, a princípio, “nada, estou sem ninguém”, completando depois que a cirurgia trouxe “uma aparência melhor”. Percebe-se bonita, atraente e vaidosa, e acha que os outros a percebem apenas como atraente e vaidosa. Descreveu seus modelos de identidade como excelentes, com exceção dos relacionamentos afetivos com o gênero masculino, classificados como razoáveis. Tais relacionamentos podem estar ligados à problemática sexual verificada no Rorschach, assim como o fato pelo incômodo em relação ao púbis. Quanto à satisfação relacional, relatou estar satisfeita antes das cirurgias, e, após, descrevendo uma melhora nos relacionamentos sexual e social. É importante lembrar suas características de hipervigilância, pela qual busca distância em relação ao outro no intuito de manter sua privacidade, mesmo que tenha descrito positivamente seus relacionamentos antes das cirurgias.

• **Participante 20**

$3r+(2)/R = 0.53$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 3
Fr+rF = 2	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 4		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	4, 5, 6, 8, 9, 11, 16	3	10, 13, 14, 19	Não

Autopercepção: Mostra traços narcisistas e há indicações de valorizar mais a si mesma que ao outro, mostrando uma aparente auto-estima elevada, que pode estar a serviço de uma autodefesa em relação a sentimentos de inferioridade, comportamento que leva à baixa auto-estima. No entanto, é capaz de externar culpa e responsabilidade. Apresenta tendência para basear suas percepções em fantasias e se compara negativamente com o outro, corroborada por um grande número de figuras mal vistas. Demonstra preocupação com o corpo e suas funções.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a:p = 2 : 3	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 5	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.21				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não	19	Não	2, 3, 6, 8, 11	

Percepção Interpessoal: Mesmo podendo causar boa impressão num primeiro momento, apresenta vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos significativos e gratificantes. Deu apenas uma resposta com pares, o que corrobora indicação de comportamento reservado para não se sentir invadida. Mostra interesse pelo outro como a maioria dos adultos, mas se sente muitas vezes inadequada, o que interfere na formação de vínculos.

Exemplos: Respostas FQ-: (II) R.4: “Um pulmão, pelo formato”. R.5: “Um gato, as orelhinhas, o nariz no branco e o bigodinho, os fiapinhos”. (V) R.11: “Dois rostos”, “O rosto e o cabelo, como se estivesse deitado, de perfil.” (X) R.16: “Vejo a costela”, “aqui no cinza. O formato da figura, ao lado da coluna”.

Respostas FQ- e conteúdos humanos: (III) R.6: “O pescoço de uma pessoa com gravata borboleta”, “pelo desenho, o formato”. R.8: “Cabelo”, “aqui, a forma. Pode até ser uma cara, com um cabelo mais comprido que o normal, usando gravata borboleta”.

Resposta M e conteúdos humanos: (I) R.3: “Uma pessoa”, “de braços levantados. Pelo formato da mão, mas tem duas cabeças. Um vestido aqui”.

Resposta FM: R.14: “Dois gatos, onça ou tigre. Um felino, e o reflexo dele na água”, “aqui, água, pedra. Como se fosse um rio que mostrasse o reflexo dele na água”, “onça é melhor, pelas patas e o jeito de andar”.

Resposta FM com pares: (X) R.19: “Duas formiguinhas”, “carregando folha. Pelo formato e por estarem carregando folha, ela é ‘bojudinha’. E pela cor”.

Síntese interpretativa: Relações públicas, 31 anos, solteira, realizou cirurgia de levantamento das mamas um ano antes da avaliação. Alegou ter como motivação, a princípio, a redução das mamas, pois “as roupas não serviam, ficavam justas”, mas relatou que após emagrecimento, as mamas “ficaram caídas”. A cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada, e foi avaliada com nota (10). Realiza com moderação os procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário, relatou verificar-se no espelho e achar defeitos em seu corpo com frequência. A cirurgia estética faz parte de sua cultura familiar. Como significado, disse que foi uma “reviravolta, tudo mudou”, e relatou que havia ficado com receio da nova forma, mas, a partir de então, se olha no espelho e acha “lindas” as novas mamas. Relatou também seu receio após a cirurgia, pelo fato de “não poder fazer muita coisa” e de ter que “ficar muito tempo parada”. Percebe-se como sensual, vaidosa e “normal”, mostrando uma autocrítica que pode estar a serviço da autodefesa em relação a sentimentos de inferioridade encontrada no Rorschach. Acredita que o outro também a percebe como bonita, portanto mais positivamente em relação à forma como se percebe. Descreveu positivamente seus modelos de identidade. Relatou que sentia satisfeita em seus relacionamentos antes da cirurgia, com exceção do sexual, mas mesmo assim disse que houve mudanças em todos eles. Tais fatos confrontam os resultados do Rorschach que indicam sentimento de inadequação e dificuldade em manter relacionamentos gratificantes.

- **Participante 21**

$3r+(2)/R = 0.31$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 0	An+Xy = 1
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 3		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
9	2, 7, 12, 13, 14	4, 11	3	16

Autopercepção: Mostra tendência à autocrítica e comparação desfavorável com o outro, o que predispõe à falta de autoconfiança e baixa auto-estima, mesmo que esta não se encontre rebaixada. Sua própria imagem e a percepção do outro estão fundamentalmente construídas sobre fantasias, objetos parciais e figuras imaginárias e que, junto a um número razoável de figuras mal vistas, dificultam na formação de um

senso claro de identidade. Apresenta moderada preocupação com o corpo e suas funções, assim como por conteúdos sexuais.

<input type="checkbox"/> CDI = 5	a:p = 3 : 1	T = 1	H+(H)+Hd+(Hd) = 4	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 1	AG = 1
Isolate/R = 0.38				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4, 11	3	None	4, 5, 7, 11	

Percepção Interpessoal: Tende a estabelecer relações superficiais e transitórias, mostra acentuada dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes, assim como vulnerabilidade a situações de estresse. Mostra interesse pelo outro, mas sua baixa auto-estima interfere na formação de vínculos, fazendo com que evite situações sociais. Apresenta acentuadas características de isolamento.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.2: “Uma aranha”, “as garras aqui, no meio do corpo, e as patinhas. Isso do lado não leva em conta”, “principalmente as garrinhas e as seis patinhas, achei a cabeça parecida”.(VIII) R.13: (vira a prancha) “Um frasco de perfume ‘Jean Paul Gaultier’. Os peitinhos da Madonna”, “porque parece uma silhueta feminina. Peito...cintura com espartilho e um pedaço da bacia..”

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (II) R.4: “Sangue”, “porque é vermelho, e porque os gatinhos estão brigando”, “... porque estão de pé espalmando, se arranhando”. R.11: “Parece dois anjinhos indo se beijar”, “cabeça e um pedacinho da asa com auréola. Corpinho e nuvenzinha. Porque eles têm que estar apoiados em algum lugar, então pensei em nuvem”.

Resposta Xy: (VIII) R.12: “Parece uma tomografia”, “eu nunca vi uma tomografia. Parece no ‘scanner’ o cérebro com as partes coloridas. Uma tomografia pelas áreas do cérebro, e o colorido são as zonas que têm problema”.

Síntese interpretativa: Estudante, 21 anos e solteira, submeteu-se à lipoaspiração menos de um ano antes da avaliação. Como motivação, alegou “pneus na cintura” e “auto-estima”. Relatou que a cirurgia esteve parcialmente de acordo com sua expectativa e não trouxe a forma desejada, pois continua “sem cintura”, à qual atribuiu nota (7). Realiza poucos dos procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário, mas citou verificar-se frequentemente no espelho, comparar-se com outros, disfarçar defeitos imaginários e achar com frequência defeitos em seu corpo. A cirurgia plástica faz parte de sua cultura familiar, mas seu pai opôs-se à realização da cirurgia por achá-la “desnecessária”, envolvendo um “risco sem a presença de doença”. Como significado, relatou que “embora o resultado não tenha sido o esperado”, sua

“auto-estima melhorou”, e passou a usar roupas antes descartadas e despreocupar-se com seus “pneuzinhos”. Percebe-se bonita, vaidosa e nada sensual, acredita que os outros a percebem como bonita e nada sensual, indicando conflito em relação à sexualidade. Descreveu seus modelos de identidade positivamente, com exceção dos relacionamentos afetivos com o gênero feminino, classificados como ruins, podendo ser entendidos como relacionamentos pautados na competição em função da dificuldade quanto à sexualidade e comparação desfavorável com o outro, o que predispõe à falta de autoconfiança, dados obtidos no Rorschach. A dificuldade quanto à sexualidade aparece novamente na satisfação relacional, quando relatou sentir-se insatisfeita nos relacionamentos sexual e conjugal antes da cirurgia. Relatou que, após a plástica, houve mudanças positivas nos relacionamentos do casal, sexual e social. É importante lembrar que sua dificuldade relacional vai além da sexualidade, uma vez que tende a estabelecer relações superficiais e transitórias e apresenta características de isolamento.

- **Participante 22**

$3r+(2)R = 0.40$	$FD = 0$	$MOR = 1$	$Hx = 0$	$An+Xy = 1$
$Fr+rF = 1$	$V = 0$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 3$		$Sx = 0$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
8	1, 11, 13	4, 5, 6	7, 10, 13	Não

Autopercepção: Mostra traços narcisistas e há indicações de valorizar mais a si mesma que ao outro, mas é capaz de externar sentimentos de responsabilidade e culpa. Existe um balanço entre o foco em si e na atenção dada ao outro, em que, apesar da tendência de supervalorização, duvida algumas vezes de seu valor pessoal, levando a flutuações entre otimismo e pessimismo. Identifica-se também com objetos parciais ou pessoas que não fazem parte de mundo real, o que dificulta a formação de um senso de identidade, mas ainda assim apresenta uma boa auto-estima.

\square CDI = 2	a:p = 3 : 3	T = 0	$H+(H)+Hd+(Hd) = 5$	Puro H = 2
\square HVI = No	Food = 0	PER = 2	COP = 2	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4, 5	13	Não	4, 5, 6, 9, 14	

Percepção Interpessoal: Tem capacidade de perceber atitudes positivas e harmoniosas nas relações, assim como apresenta interesse pelo outro, mas espera mais atitudes de colaboração deste. Porém, geralmente mantém certa reserva e se envolve de maneira superficial e não cria vínculos duradouros, estando suscetível à rejeição e fracasso nas situações sociais por mal interpretar eventos interpessoais.

Exemplos: Respostas FQ-: (I) R.1: “Sei lá, um cachorro. Dois cachorros. Um cachorro no espelho”, “de lado, dois cachorros espelhados. Orelha, patinhas, olha o rabicó, a boca”. (VIII) R.11: “figura da medula. Cortes da altura lombar”, “... a cor também, pois quando coram, com corante, ‘hematoxilina’ é dessa cor. O formato também é esse”.

Resposta MOR: (VI) R.8: “Parece uma raposa morta, coitada, para fazer um estudo. Tem bigode, boca”, “bigode do lado, desenho da raposa. Na realidade parece um cachorro de desenho, tipo a ‘Pantera cor-de-rosa’. O que deu a impressão foi a cara. Parece morta porque quando fazemos Fisiologia, estudamos no animal, rato, coelho. Eu adoro animal e sempre tive dificuldade de vê-los nessa situação, questionava se era necessário esse tipo de experimento”.

Respostas M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Duas pessoas, podem estar jogando, segurando algo numa mesa, tocando um tambor”, “a cara. Pelo formato da cabeça parecem negros. Aqui as mãos abaixadas. Carregando alguma coisa, uma cesta. Parece algo leve, pois é transparente, dá para ver pela tinta. Ou se estivessem batendo, em ação, daria a impressão de abaixadas, pela curva da coluna”.

Síntese interpretativa: Médica, 57 anos, casada e três filhos, submeteu-se à plástica abdominal há menos de um ano da data da avaliação. Alegou como motivo “diástese de reto abdominal” e “muitas estrias”. A cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada, e foi avaliada com nota (9). Não realiza qualquer dos procedimentos estéticos e mantém apenas alguns dos hábitos de beleza do questionário. Chama atenção o fato de não ter marcado nenhuma das características do TDC. A cirurgia plástica estética já foi realizada por vários membros da família, mas mesmo assim houve oposição por parte de sua mãe, por “medo que algo acontecesse na mesa de cirurgia”. Sobre o significado da cirurgia, relatou que “com roupa é a mesma coisa” e que sem roupa sente-se “muito melhor”. Percebe-se apenas como “agradável”, confrontando a tendência de supervalorização verificada no Rorschach, e imagina que os outros a percebam como bonita e “jovem para idade”. Quanto aos modelos de identidade, foram descritos como positivos, mesmo que os relacionamentos com a mãe e com o gênero feminino sejam melhores que com o pai e o gênero masculino. Relatou que se sentia satisfeita em todos os relacionamentos antes da cirurgia, mas, que depois, houve melhora no relacionamento do casal, citando que não sabe se esta se deu “pela imagem” ou pela “atenção dada pela cirurgia”.

• **Participante 23**

$3r+(2)/R = 0.40$	$FD = 0$	$MOR = 1$	$Hx = 0$	$An+Xy = 0$
$Fr+rF = 0$	$V = 0$	$H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 3$		$Sx = 0$
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
11	2, 12, 13	4, 9, 12	11, 13	5

Autopercepção: Identifica-se também com objetos parciais ou pessoas que não fazem parte de mundo real, o que dificulta a formação de um senso de identidade, mas ainda assim apresenta uma boa auto-estima. Existe um balanço entre o foco em si e na atenção dada ao outro, mas tende a ser menos introspectiva que a maioria das pessoas, o que pode levá-la a noções pouco acuradas de si própria.

\square CDI = 1	a.p = 3 : 3	T = 0	$H+(H)+Hd+(Hd) = 5$	Puro H = 2
\square HVI = No	Food = 0	PER = 1	COP = 0	AG = 0
	Isolate/R = 0.00			
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4, 9	13	Não	2, 4, 5, 6, 9	

Percepção Interpessoal: Mostra interesse pelo outro como a maioria dos adultos, mas se sente algumas vezes inadequada, assim como tem dificuldade de perceber atitudes harmoniosas nas relações, o que interfere na formação de vínculos. Mantém certa reserva nas relações. Mas, de um modo geral, não demonstra características acentuadas de comprometimento no ajustamento social.

Exemplos: Respostas FQ-: (II) R.2: “Um rosto”, “olhos, nariz, bochecha e boca. Quando bati o olho já vi a forma de uma pessoa”. (IX) R.13: “Dois peixes”, “os laranjas. Aqui a cabeça e o corpo balançando, como se tivesse fugindo, pela forma indefinida da cauda”.

Resposta FQ- e M: (IX) R.12: “Um tubarão”, “no meio, os olhos no meio, feição brava”, “como se tivesse para atacar. Pelo olho e pelo jeito que está vindo, a gente lembra do desenho do tubarão”.

Resposta MOR: (VIII) R.11: (vira a prancha) “Uma borboleta”, “como se estivesse morta, caída no chão, virada para cima. A cabeça e as asas abertas”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.4: “Duas pessoas”, “aqui a cabeça, o braço, o corpo a perna e o pé. Parece que estão sentadas conversando, numa mesa”, “pela posição e pelo olhar, uma de frente para a outra”. R.9: “Duas crianças”, “duas meninas. O rosto, o cabelo para cima, como se tivessem brincando, saltando para cima. Pelo movimento do cabelo e do corpo. Aqui é o braço, como se tivesse para trás. Nariz, boca e olho, nesse buraco, para dentro”.

Síntese interpretativa: Estudante, 23 anos e solteira, submeteu-se à lipoaspiração dois anos antes da data da avaliação. Como motivo, alegou “insatisfação com o corpo” e o fato de “nunca ter tido cintura”. Relatou que a cirurgia esteve de acordo com sua expectativa e trouxe a forma desejada, à qual atribuiu nota (10). Realiza alguns dos procedimentos estéticos e hábitos de beleza do questionário. Relatou apenas verificar-se no espelho e achar defeitos com frequência em seu corpo. Mesmo que a cirurgia plástica não faça parte de sua cultura familiar, não houve oposição à sua realização. Como significado, relatou “mais satisfação” e “poder usar qualquer roupa sem marcar o corpo”. Percebe-se bonita e vaidosa e inclui naquilo que imagina a percepção dos outros no tocante à atratividade. Descreveu seus modelos de identidade positivamente e disse estar insatisfeita apenas com seu relacionamento social antes da cirurgia. Mesmo assim, notou mudanças positivas em todos os relacionamentos após a plástica. De acordo com a análise do Rorschach, foi corroborada a boa auto-estima assim como o bom ajustamento relacional.

- **Participante 24**

$3r+(2)/R = 0.57$	FD = 1	MOR = 2	Hx = 0	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 3		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
7, 13	2, 4, 14	5, 9, 12	1, 3, 7, 8, 13, 14	Não

Autopercepção: Mostra traços narcisistas e há indicações de valorizar mais a si mesma que ao outro, com uma auto-estima excessivamente elevada, que pode estar a serviço de uma autodefesa em relação a sentimentos de inferioridade. O excessivo foco em si a leva a maior insatisfação que prazer, ainda que possibilite atitudes autocríticas que a fazem empatizar com o sentimento alheio, tendo a possibilidade do arrependimento. Identifica-se também com objetos parciais ou pessoas que não fazem parte de mundo real, o que dificulta na formação de um bom senso de identidade.

□ CDI = 4	a:p = 2 : 7	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 5	Puro H = 2
□ HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5, 9, 12	3, 13, 14	Não	2, 4, 5, 9, 11	

Percepção Interpessoal: Demonstra alguma dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes e vulnerabilidade a situações de estresse. Mesmo que apresente um excesso de preocupação consigo própria, dirige atenção ao outro, fato corroborado pelas respostas com pares. Tende a estabelecer relações superficiais, estando até mesmo suscetível a situações de fracasso e rejeição. Há indicações de reserva e grande passividade, tendendo a subjugar seus interesses e desejos aos de outros.

Exemplos: Resposta FQ-: (II) R.2: “Um rosto”, “nem lembro mais o que falei. Um pouco deformado, a parte de cima representa os dois olhos e esse vão representa o nariz”.

Resposta FQ- e conteúdos humanos: (III) R.4: “Nossa! Uma cara tão feia. Dois olhos”, “aqui a cara do ET. Aqueles olhos bem característicos que usam em filmes para representar ET’s”.

Respostas MOR: (V) R.7: “ Um pássaro meio gigante. Deformado, feio”, “na figura toda, teoricamente essas duas coisas são asas abertas, estaria sendo visto de cima, pois parece de costas. Os pés parecem virados para dentro”. (X) R.13: “Dois bichinhos azuis. Um de cada lado, levemente deformados. Com muitas patas...”.

Respostas M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Duas pessoas apoiando num suposto olho”, “Os supostos homens aqui, de frente um para o outro. Um do lado direito e outro do lado esquerdo. Cabeça corpo e uma perna, teoricamente”, “apoiando porque aqui seriam dois braços”. (VII) R.9: “Parece que tem duas pessoas, uma de cada lado, com o braço levantado e correndo. É uma perna jogada para trás, passo de corrida. Uma indo de encontro a outra”, “as hastes pontiagudas são os dois braços jogados para o alto. Aqui o rosto, o corpo, duas pernas em passo de corrida, pontiagudas”.

Síntese interpretativa: Estudante, 24 anos e solteira, fez plástica o nariz há um ano da data da avaliação. Como motivo, alegou “estética, busca de harmonia ao arrebatar a ponta”, fazer algo por ela mesma e citou que a época era “oportuna em termos de saúde e financeiro”. A cirurgia atendeu sua expectativa, trazendo a forma desejada, à qual atribuiu nota (10). Em relação aos procedimentos estéticos, disse que já fez tratamento ortodôntico e mantém quase todos os hábitos de beleza do questionário.

Chama atenção o fato de não ter citado qualquer dos sintomas do TDC. As cirurgias estéticas não fazem parte de sua cultura familiar. Sobre o significado da cirurgia, respondeu com “nenhum”, justificando pelo fato de que “não era objetivo da cirurgia alguma mudança drástica”. Na autopercepção, descreveu-se com características positivas, da mesma forma como acha que é percebida pelos outros. Na mesma linha, os modelos de identidade foram descritos positivamente, assim como relatou sentir-se satisfeita em todas as formas de relacionamento antes da cirurgia. Descreveu não ter notado mudanças após a cirurgia. O excesso de preocupação consigo própria e os traços narcisistas verificados no Rorschach podem mostrar autodefesa em relação a sentimentos e à percepção de seus relacionamentos, uma vez que há indicação de dificuldades no ajustamento social.

• **Participante 25**

$3r+(2)/R = 0.25$	FD = 2	MOR = 2	Hx = 1	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 1	H : (H)+Hd+(Hd) = 1 : 3		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
7, 10	9, 13	5, 11	7, 12	Não

Autopercepção: Parece exagerar nas tarefas de auto-exame, com conseqüências emocionais irritativas e dolorosas e um aumento de seu distanciamento com o meio. O auto-exame acarreta insatisfações, e não sentimentos prazerosos, e também à auto-desvalorização. Utiliza-se da intelectualização e da fantasia para lidar com as preocupações em relação a seu próprio valor. Identifica-se com objetos parciais ou figuras imaginárias, o que dificuldade na formação de um bom senso de identidade, ainda que sua auto-estima seja razoável.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a.p = 2 : 2	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 4	Puro H = 1
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 1	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.00				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
5, 11	12	Não	4, 5, 11, 13	

Percepção Interpessoal: Demonstra vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes. Costumeiramente mantém certa reserva e envolve-se com o outro de maneira superficial. Não cria vínculos duradouros ou de colaboração, estando suscetível à rejeição e fracasso nas situações sociais por interpretar mal os eventos interpessoais.

Exemplos: Respostas FQ-: (V) R.9: “Dois lobos”, “aqui, saindo de trás da mancha. A cabeça parece mais de jacaré, mas como tem pata, optei pelo lobo”. (IX)

R.13: “Não me diz absolutamente nada. Se olhar focado de outra maneira, são os olhos de uma face, no centro”, “como se fosse uma máscara no centro”, “porque não tem forma de olho, é mais vertical que horizontal”.

Resposta Mor e Fm: (IV) R.7: “Ouro bicho, peludo. De frente, de barriga aberta. Não sei que bicho é”, “é como se tivesse aberto, espetado nos quatro cantos, pronto para abrir. Trabalhei com isso, com ratos. Patas enormes aqui, menores em cima, e um rabão peludo”, “Não é rato. O focinho vejo de outro bicho. É mais peludo, mais simpático. Barriga de rato é mais peladinha”.

Resposta Mor: (VI) R.10: “Não me diz muita coisa. Um tapete de pele de animal, uma coisa morta”, “Toda a figura, a parte de cima difere, mas como tá ligada pela parte central, não consigo excluir”, “ como não tem profundidade é chapada, como quando tira pele de anila, é *flat*”, “não sei qual animal. Bigodes aqui, mas não é um animal usual como onça ou urso, dos quais se tira pele. Só vejo a pele do animal”

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (III) R.5: “Duas pessoas, como se fosse uma imagem de espelho. Dois garçons”, “é como se tivessem mexendo nessa região mais escura. É uma mesa”, “parece uma roupinha, um casaquinho curtinho de garçom, meio antiquinho”. (VII) R11: “Busto de duas mulheres”, “fazendo biquinho, de perfil, de rabinho de cavalo”.

Síntese interpretativa: Tradutora, 55 anos, separada e três filhos, submeteu-se a Blefaroplastia um ano antes da data da avaliação. Alegou, como motivo a “estética”, e disse que havia bolsas sob as pálpebras, que traziam “um ar de cansaço constante”. A cirurgia esteve de acordo com sua expectativa, trazendo a forma desejada e foi avaliada com nota (9). Realiza alguns dos procedimentos estéticos e mantém todos os hábitos de beleza do questionário. Disse verificar-se freqüentemente no espelho e comparar-se com os outros. As cirurgias plásticas estéticas já foram realizadas por vários membros da família, e houve oposição por parte de seu ex-marido, por “achar desnecessário”. Sobre o significado da cirurgia, relatou que esta correspondeu a “uma melhoria estética que se reflete no prazer de acordo com uma aparência descansada e jovem”. Percebe-se com características positivas, da mesma forma como acha que é percebida pelos outros. Tais respostas não indicam a auto-desvalorização percebida por meio da análise do Rorschach e podem ser conseqüentes da extrema racionalização. Quanto aos modelos de identidade, houve grande variação nas respostas, classificando o relacionamento com sua mãe como péssimo, com as pessoas do gênero feminino como razoável, com pai como excelente e com as pessoas do gênero masculino como bom. Relatou que sentia

satisfeita em todos os relacionamentos antes da cirurgia, com exceção do relacionamento do casal que deixou em branco, e que não houve mudanças após a plástica. É importante lembrar que o resultados do Rorschach apontam para dificuldade em criar vínculos duradouros e fracasso nas situações sociais por mal interpretar eventos interpessoais, mesmo que a participante tenha atribuído satisfação a suas relações.

• **Participante 26**

$3r+(2)/R = 0.44$	FD = 1	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 1	H : (H)+Hd+(Hd) = 3 : 3		Sx = 1
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
Não	13, 15	4, 10	1, 13	Não

Autopercepção: Existe um balanço entre o foco em si mesma e na atenção dada ao outro, onde é capaz de se auto-inspecionar sem se auto-absorver nem ignorar o outro. Apresenta capacidade reduzida de identificar-se com pessoas reais de sua vida. Mostra forte autocrítica e tendência a ruminar sobre aspectos de si mesma que considera indesejáveis, o que a torna vulnerável a episódios depressivos. Por outro lado, suas atitudes autocríticas derivam de sentimentos de arrependimento, culpa ou remorso que podem levar a atitudes de resignificação que levam à redução dos episódios de depressão e à manutenção de uma boa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 3	a:p = 2 : 2	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 3
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.06				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
4, 10	13	Não	4, 7, 10, 15, 17, 18	

Percepção Interpessoal: Demonstra capacidade limitada no que se refere ao estabelecimento de relações próximas e com intimidade. Mas, de um modo geral, não demonstra características acentuadas de comprometimento no ajustamento social. Mantém certa reserva a fim de não se sentir invadida e não estabelece relações de grande colaboração, mas se interessa pelos demais como a maioria dos adultos.

Exemplos: Resposta FQ- e M com pares: (IX) R.13: “(vira a prancha) Em outra posição, dois ursos”, “só no verde. A cabeça. Aqui estaria localizado o olho, mesmo que não se veja, o focinho e a boca bem aberta”.

Resposta FQ- : (X) R.15: “(vira a prancha) Um rosto, como se fosse uma máscara. Não um rosto humano. Olhos, boca e nariz, como uma máscara”, “Dois olhos, boca e nariz no branco. Aqui uma barbicha, cavanhaque.”

Respostas M com pares e conteúdos humanos: (III) R.4: “Duas pessoas sentadas à mesa”, “aqui os sapatos. Pela posição parecem estar sentadas à mesa, ou carregando, segurando algo. Isto porque não enxergo cadeiras”, “carregando porque vejo uma mesa redonda ou um pacote de presentes, pois em cima poderia ser um laço, no vermelho. Vejo braços, costas, bumbum e uma perna. Pessoa de perfil”. (VII) R.10: “Duas crianças ou duas mulheres. Mais duas mulheres”, “cabelos para cima, rabo de cavalo, restante do cabelo para cá, como se estivesse preso. Olhos, nariz, boca, queixo e pescoço. Braço fazendo assim (demonstra, com o braço para trás).”

Síntese interpretativa: Arquiteta, 38 anos casada e dois filhos, submeteu-se a Blefaroplastia quando tinha 24 anos, e repetiu quando tinha 30 anos. Três anos antes da data da avaliação, fez cirurgia de levantamento das mamas e lipoaspiração. Como motivo para as cirurgias das pálpebras, alegou “diferença entre os dois olhos”, pelo fato de ter a pálpebra esquerda diferente da direita, porém caída”, o que a “incomodava bastante”. Para cirurgia das mamas, relatou que após amamentar, elas estavam “flácidas”, e para a lipoaspiração, justificou-a pelo “acúmulo de gordura nos culotes” e pelo fato de poder realizá-la juntamente com a Mastopexia. As cirurgias das pálpebras não estiveram de acordo com sua expectativa, assim como não trouxeram a forma desejada, sendo avaliadas com nota (1). As outras cirurgias atenderam suas expectativas, às quais atribuiu nota (10). Realiza quase todos os procedimentos estéticos e todos os hábitos de beleza do questionário. Disse verificar-se freqüentemente no espelho e disfarçar o defeito de seu olho. Cirurgias plásticas estéticas já foram realizadas por membros da família, mas mesmo assim houve oposição por parte de seu marido, por “achar que não precisava”, na cirurgia das mamas e lipoaspiração. Sobre o significado das cirurgias, relatou que, na primeira, “a expectativa era grande e houve uma melhora na queda da pálpebra”, mas que, na segunda, ficou “bastante decepcionada, pois o objetivo não foi alcançado”. Na cirurgia das mamas, houve “uma melhora na auto-estima, pois embora a cicatrização tenha demorado, o objetivo foi alcançado”. O significado da lipoaspiração foi “satisfação”, pois “todo excesso de gordura nos culotes foi retirado”, após período de dieta. Apesar da excessiva autocrítica, percebe-se por meio de características positivas, assim como acha que é percebida pelos outros, corroborando a boa auto-estima verificada no Rorschach. Os modelos identidade foram descritos como positivos, com exceção do relacionamento com o pai, classificado como razoável. Relatou que se sentia satisfeita em todos os relacionamentos antes das

cirurgias, o que vai ao encontro do bom ajustamento verificado no Rorschach, mas disse que houve melhora nos relacionamentos do casal, sexual e social após as mesmas.

• **Participante 27**

$3r+(2)R = 0.29$	FD = 0	MOR = 1	Hx = 0	An+Xy = 1
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 2 : 1		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
3	3, 6	10	1, 6, 7, 9, 11	8

Autopercepção: Parece não prestar atenção suficiente em si mesma, o que deriva de uma crença num baixo valor pessoal. Emitiu durante a testagem vários comentários sobre si mesma. Apresenta em sentimentos de futilidade e depressão, mesmo que sua auto-estima se encontre num nível razoável. Apresenta capacidade de se identificar com pessoas reais e interesse pelo outro, o que a capacita a formar vínculos e facilita na formação do senso de identidade.

<input type="checkbox"/> CDI = 4	a:p = 4 : 3	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 3	Puro H = 2
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 1	PER = 0	COP = 1	AG = 0
Isolate/R = 0.07				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
10	11	Não	2, 5, 10	

Percepção Interpessoal: Demonstra vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais próximas e gratificantes. Costumeiramente mantém certa reserva e envolve-se com o outro de maneira superficial, não estabelecendo relações colaborativas. Há indicações de comportamentos de dependência, em que espera dos demais direção e suporte.

Exemplos: Resposta FQ- e Mor: (II) R.3: “Um pulmão”, “no meio do preto, os vermelhos são a parte suja, de quem já fumou. Quando você olha uma chapa de pulmão parece isto, esta parte do tórax”.

Resposta FQ- e FM: (IV) R.6: “Uma cara de cachorro”, “aqui é a orelha e o rosto do cachorro. Parece um pouco um olho, como se tivesse fechado, mas é muito abstrato. Vejo rosto e orelhas”.

Resposta de M com pares e conteúdos humanos: (VII) R10: “Tá difícil. Duas meninas dançando”, “cabelo arrumado para uma dança, para cima. Rosto, nariz, mão, de frente uma para a outra. Em posição de coreografia”

Resposta de FM com pares: (VIII) R11: “Dois tigre escalando uma montanha. Que mentalidade fértil”, “aqui o tigre, o formato, quatro patas da frente e as de trás. A cabeça

aqui. Uma montanha com árvores. O verde dá sensação de árvore. Eles estão escalando, porque aqui é o pico, eles estão pela metade”.

Síntese interpretativa: Diretora financeira, 41 anos, em seu segundo casamento com um homem um ano mais novo e dois filhos, submeteu-se à plástica abdominal, cirurgia das pálpebras e lipoaspiração havia menos de um ano da data da avaliação. Sobre a motivação, justificou a plástica abdominal como “aproveitar a anestesia”, dizendo que não lhe incomodava a barriga, mas que queria “consertar a cicatriz deixada pelas cesáreas”. A Blefaroplastia teve como motivação “pele pendurada, que incomodava” ao se maquiar e a lipoaspiração foi motivada por “gorduras laterais que saíam prá fora” quando usava jeans. As cirurgias estiveram de acordo com sua expectativa, trazendo as formas desejadas. Realiza a maior parte dos procedimentos e hábitos de beleza do questionário. Disse que se verificar freqüentemente no espelho, se compara com os outros e se preocupa por ter pêlos em excesso. Cirurgias plásticas estéticas já foram realizadas por membros da família, mas mesmo assim houve oposição por parte de seu marido e filhos, por acharem “que não precisava” e por temerem as cirurgias”. Sobre o significado destas, disse que “ainda vai melhorar quando usar biquíni” para a plástica abdominal, disse sentir-se como “se estivesse com o rosto mais descansado e com um ar mais jovial” ao referir-se à Blefaroplastia e, finalmente, atribuiu um “alívio no incômodo pelas gorduras laterais que não existem mais”, tendo diminuído o número das calças, embora tenha acrescentado que não mudou sua vida. Relatou perceber-se bonita, atraente e nada sensual e acha que os outros a percebem mais positivamente que a si mesma. Descreveu seus modelos de identidade positivamente. Quanto à satisfação relacional, estava satisfeita antes das cirurgias em todos os âmbitos, mas descreveu uma melhora no relacionamento sexual, justificando que precisa se ver “bem e bonita”. Tal percepção relacional difere do desajustamento social encontrado na avaliação do Rorschach.

- **Participante 28**

$3r+(2)/R = 0.50$	FD = 2	MOR = 2	Hx = 1	An+Xy = 4
Fr+rF = 0	V = 0	H : (H)+Hd+(Hd) = 5 : 1		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
6, 19	1, 7, 13, 21	2, 4, 8, 11, 16, 21	1, 5, 10	3, 7, 11

Autopercepção: Mostra traços narcisistas e há indicações de valorizar mais a si mesma que ao outro, mostrando uma aparente auto-estima elevada, que pode estar a serviço de uma autodefesa em relação a sentimentos de inferioridade. Tende a

estabelecer aspectos de seu autoconceito recorrendo a intelectualização, tentando ignorar a realidade e neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos em relação a sua auto-imagem, que se encontra distorcida. Demonstra excessiva preocupação com o corpo e suas funções.

□ CDI = 2	a.p = 6 : 6	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 6	Puro H = 5
□ HVI = No	Food = 1	PER = 1	COP = 1	AG = 3
Isolate/R = 0.23				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
2, 4, 8, 11	1, 10	11	2, 4, 8, 11, 19, 21	

Percepção Interpessoal: Mostra interesse pelo outro, mas demonstra certa ingenuidade em suas relações interpessoais, esperando que os demais atendam suas demandas e procurem soluções para seus próprios problemas. Apesar de ser capaz de se aproximar do outro num espírito de colaboração, geralmente o faz de maneira assertiva e muitas vezes agressiva em seus comportamentos verbais e não verbais, podendo até mesmo coagir o outro. Se bem trabalhada, a capacidade de assertividade pode ser útil em situações de liderança.

Exemplos: Resposta FQ- e FM: (I) R.1: “Dois animais nas extremidades. Lobo, mas tem asa”, “aqui, o focinho e a asa. Focinho levantado para cima, como se tivesse uivando. Aqui é a silhueta da orelha. A asa é aqui. Tem formato de asa”. Resposta FQ- e m: (VI) R.7: “Rato aberto. Faço muito isto. Tem bigodinho. Visão de cima, com o corpo exposto”, “a gente prende o rato na tábua e abre, puxa ele, e fica nesta posição. Patas inferiores e superiores, como se tivesse rebatendo a pele. A gente prende para mostrar os órgãos internos, como na aula de Fisiologia. Bigodinho aqui, cabeça para cima. Posição ventral, aqui os pulmões”.

Resposta FQ-: (X) R.13: “Dois neurônios”, “no marrom. Tem axônios aqui. Exatamente o formato de um neurônio bipolar”.

Resposta Mor: (X) R.19: “Rostinho”, “narizinho escuro, um de frente para o outro. Na lateral um embrião. A cor rósea me lembra um embrião, malformado, ou até um Saci-Pererê, pelo formato. Assim como um embrião, um de frente para o outro”.

Resposta M com pares e conteúdos humanos: (I) R.2: “No centro dois padres, com a mão levantada”, “as mãos aqui. Duas batinhas de monge, e atrás estão se abraçando. Cada um com uma mão levantada. Aqui a cintura, como se estivesse presa. Batina de monge”.

Resposta M com pares, Fm com pares e conteúdos humanos: (IX) R.11: “Difícil! Tipo filme, dois magos. Chapéus, como se estivessem lançando feitiço. Tipo ‘Harry Potter’,

ou algo naquele estilo”, “chapéu, mãos com dedos longos, como que emitindo feitiço, uma contra a outra. Os magos. Como no filme, o resto é uma coisa escura, como uma montanha de pedra. Feitiço pela luta com poderes, raios e ondas”.

Síntese interpretativa: Cientista, 41 anos, casada com um homem dois anos mais novo e sem filhos, fez plástica no nariz há menos de um ano da data da avaliação. Como motivo, alegou que “ossinho saltado no nariz incomodava, mas não muito” e que “de perfil incomodava mais”. Disse que deixou passar muito tempo, pois estava muito ocupada, e que “nunca foi uma obsessão”, dado que confronta com a excessiva preocupação corporal encontrada no Rorschach. Completou relatando que, ao fazer 40 anos, “quis dar uma melhorada”, achando que o “rosto ficaria mais suave”, mesmo que não tivesse certeza de que valeria a pena, mas tal dúvida desapareceu ao ser incentivada pelo cirurgião. A cirurgia atendeu sua expectativa, trazendo a forma desejada, à qual atribuiu nota (8). Em relação aos procedimentos estéticos, realiza quase todos os tratamentos estéticos e hábitos de beleza do questionário. Relatou verificar-se com frequência no espelho e evitar situações sociais por causa da aparência. As cirurgias estéticas não fazem parte de sua cultura familiar. Sobre o significado da cirurgia, respondeu que “achava antes que o defeito no nariz era maior” já que “ninguém percebeu a cirurgia”, mas reiterou que não se arrependeu de tê-la feito, “pelo fato de não ter sofrido nada”. Tal dado confirma o excesso de preocupação com si própria. Na autopercepção, descreveu com características positivas, da mesma forma como acha que é percebida pelos outros, mostrando os traços narcisistas verificados no Rorschach. Na mesma linha, os modelos de identidade foram descritos positivamente, assim como relatou sentir-se satisfeita em todas as formas de relacionamento antes da cirurgia, mesmo tendo dito anteriormente que evita situações sociais em função da aparência. Descreveu não ter notado mudanças nos relacionamentos após a cirurgia.

- **Participante 29**

$3r+(2)/R = 0.14$	FD = 1	MOR = 2	Hx = 0	An+Xy = 0
Fr+rF = 0	V = 1	H : (H)+Hd+(Hd) = 0 : 0		Sx = 0
Respostas para ler				
<i>Respostas MOR</i>	<i>Respostas FQ-</i>	<i>Respostas M</i>	<i>Respostas FM</i>	<i>Respostas m</i>
3, 8	8	Não	7, 12	Não

Autopercepção: Apresenta dificuldade em concentrar o foco em si, chegando a ignorar a si mesma, assim como baixa auto-estima. Hesitou em várias respostas, e compara-se desfavoravelmente com outras pessoas, o que resulta em sentimentos de

futilidade e depressão. Suas respostas são geralmente negativas. Apesar da dificuldade geral no auto-centramento, é capaz de perceber suas necessidades e como seus atos repercutem nos outros, o que facilitaria sua participação num processo psicoterápico. A ausência de respostas de movimento indica a eliminação de registros de suas necessidades básicas ou uso de intelectualização para lidar com o impacto de afetos negativos, provavelmente resultados da baixa auto-estima.

<input type="checkbox"/> CDI = 5	a:p = 1 : 1	T = 0	H+(H)+Hd+(Hd) = 0	Puro H = 0
<input type="checkbox"/> HVI = No	Food = 0	PER = 0	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.50				
Respostas para ler				
<i>M com par</i>	<i>FM com par</i>	<i>m com par</i>	<i>Conteúdos Humanos</i>	
Não Não Não Não				

Percepção Interpessoal: Aparenta necessitar de estimulação emocional, e mesmo assim, isto não garante relacionamentos próximos com o outro. Apresenta acentuada vulnerabilidade a situações de estresse e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas e gratificantes. Chama atenção a ausência de qualquer movimento com pares, assim como de conteúdos humanos. Pela alta pontuação do índice, encontra-se não apenas menos envolvida com o outro como também isolada.

Exemplos: Resposta Mor e FQ-: (VI) Resposta 8: “Parece um tipo de árvore, com uma fenda abertinha, que saem umas folhas. Acho que é isto, estou meio indecisa”, “fenda, uma abertura, como se fosse uma casca de árvore, uma árvore um tanto envelhecida. Continuou com algumas folhas, sem vida”.

Resposta Mor: (II) R.3: “Parte de baixo parece uma borboleta. Em cima, não me ocorre nada”, “as asinhas e o conteúdo, o corpinho. Está um pouco desfiadinha, tadinha. É o que me veio em mente”.

Respostas FM: (V) R.7: “Também é um morcego, de novo”, “cara, asas desajeitadas, abertas, pés. Não defino bem, mas no final é o que vejo”. (X) R.12: “(Vira a prancha, desvira).” Tem semelhança com um escorpiãozinho, apesar da cor azul”, “o formato dos galinhos desajeitados, perninhas”.

Síntese interpretativa: Empresária, 62 anos, quatro filhos, submeteu-se ao mesmo tempo à cirurgia de pescoço e das pálpebras há menos de um ano da data da avaliação. Sobre a motivação, justificou a cirurgia de pescoço dizendo que fazia quatro anos que o “excesso de pele” a incomodava, “fazia um papinho de peru”, e que, apesar de nunca ter usado decote, “ficava feio usar colares, pelas rugas” e que “se ama muito”, sentimento contraria as respostas negativas e a baixa auto-estima encontrada no

Rorschach. Quanto a Blefaroplastia, contou que foi “o médico que sugeriu”. As cirurgias estiveram de acordo com sua expectativa, trazendo as formas desejadas. Mesmo assim deu nota (7) à primeira e (8) à segunda, dizendo que acha que mais tarde dará notas melhores. Não realiza qualquer dos procedimentos estéticos, mas mantém todos os hábitos de beleza citados no questionário. Disse verificar-se freqüente no espelho, compara-se com os outros e evitar situações sociais por causa da aparência, completando que quando o cabelo não está pintado, se sente “suja”. Cirurgias plásticas estéticas já foram realizadas por membros da família. Sobre o significado das cirurgias, relatou que é “muito pé no chão”, e que demorou quatro anos para decidir-se em relação às intervenções cirúrgicas, por querer fazê-las com um bom profissional, acrescentando ser necessário “ter fé em Deus e confiança no médico”. Disse ter se sentido “corajosa”, pois acha o pescoço “uma região muito delicada”. Relatou perceber-se vaidosa e “bonita por dentro” e “bastante interessante como pessoa”. Também acha que os outros a percebem por sua “beleza interior”, mostrando dificuldade em classificar-se nas opções relativas à aparência oferecidas no questionário. Os modelos de identidade foram descritos positivamente, assim como relatou se sentir satisfeita em todas as formas de relacionamento antes das cirurgias, mesmo que tenha dito anteriormente que evita situações sociais em função da aparência. Mais do que isso, tais respostas confrontam a acentuada vulnerabilidade a situações de estresse, dificuldade nos relacionamentos e até o isolamento, dados verificados na avaliação do Rorschach. Descreveu não ter notado mudanças nos relacionamentos após as cirurgias.

6. DISCUSSÃO

A categorização das participantes da pesquisa permitiu que traçássemos um perfil geral da amostra, com idade entre 20 e 64 e uma média de idade de 42 anos. Houve uma distribuição equilibrada das pacientes entre as diferentes faixas etárias, mesmo que a seleção tenha se dado de forma aleatória, conforme descrito no Método (4.) Com exceção de uma, todas as participantes possuem ou estão cursando formação de nível superior. A maioria delas é casada, e praticamente todos os maridos são mais velhos que as esposas, descartando a motivação pelas cirurgias estéticas por ter se dado em função de casamentos com homens mais jovens. Praticamente toda a amostra é composta por mulheres brasileiras, e grande parte delas descende de pai e mãe também brasileiros, dado importante ao se analisar os preceitos culturais envolvidos na tomada de decisão por uma cirurgia estética. Quase todas as mulheres da amostra têm irmãos e, entre as casadas, a grande maioria tem filhos. O mapeamento do gênero dos irmãos e dos descendentes não se mostrou efetivo para que pudéssemos investigar se a representação dos princípios feminino e masculino na personalidade ocorreu de forma adequada ou inadequada, em decorrência dos contatos vivenciados.

As cirurgias das mamas, somadas as de aumento, redução e inclusão de prótese foram as mais frequentes na amostra, seguidas pela lipoaspiração e a blefaroplastia (Gráfico 12). Os dados obtidos junto à assessoria de imprensa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) mostram a lipoaspiração como a cirurgia mais procurada em nosso país, seguida pelas cirurgias das mamas (Gráfico 2).

Entre as mulheres da amostra, quase a metade foi submetida a apenas uma cirurgia, e a outra metade, aproximadamente, se dividiu entre duas e três ou mais cirurgias (Tabela 3). Os resultados da avaliação qualitativa do Rorschach (5.2.2) não indicaram diferenças nas características de personalidade em função do intervalo de tempo entre as intervenções cirúrgicas (Tabela 2) ou entre pacientes submetidas a uma ou múltiplas cirurgias. Esse último dado está de acordo com os resultados da pesquisa de Dunofsky (1998).

Conforme revisão da literatura e de acordo com os resultados da pesquisa, observamos que na contemporaneidade os limites do corpo ditam a ordem moral e significativa do mundo. No corpo se inscrevem idéias, crenças e imagens determinadas pela cultura. Somos influenciados por valores que nos classificam, estigmatizam e exigem muito de nós mesmos, valores estes que formam as imagens de nossos corpos

em nossas psiques, e causam impacto na formação da imagem corporal. Se por um lado o impacto é negativo, podendo repercutir em baixa auto-estima ou sentimentos depressivos, ou seja, sofrimento, por outro pode ser positivo, levando-nos a experimentar uma maior consciência corporal, ou, como assinalou Lipovetsky (2000), a sermos protagonistas de nossos próprios corpos.

Se a modificação no corpo tem caráter de linguagem, as participantes da pesquisa buscam dizer por meio da procura por cirurgia plástica estética que os padrões de juventude e beleza são imprescindíveis para sua satisfação pessoal, à medida que esta, muitas vezes, promove uma melhora na auto-estima. E, se as fronteiras do homem são limitadas pelos contornos que o compõe, e cortar-lhe ou acrescentar-lhe outros componentes metamorfoseia a sua identidade pessoal, podemos pensar que tais mulheres buscam com as cirurgias metamorfosear não apenas seus corpos anatômicos, mas também a percepção que possuem de si mesmas. Tal fato implica numa insatisfação, *a priori*, consigo, que pode estar muito além da insatisfação com o próprio corpo.

Mesmo que não tenhamos trabalhado com uma amostra grande, podemos inferir que a procura de mulheres por cirurgias plásticas estéticas não é prioritariamente determinada por fatores ligados a transtornos de imagem corporal, nem por outros transtornos psíquicos. Dessa forma, sua formação resulta em grande parte de contingências da sociedade contemporânea.

Os resultados da aferição de constelações positivas na amostra (Gráfico 26) mostraram que, com exceção do PTI, a maioria dos índices apresenta a média dentro de valores abaixo daqueles da população comparada. Foram poucas as participantes que apresentaram resultados alterados, sugestivos de desajustes ou patologias, e mostraram índices de DEPI, HVI e S-CON estatisticamente significante mais baixos. Os resultados indicam uma presença menor de traços depressivos, mostrando que, ao se depararem com a insatisfação, as mulheres da amostra não se deprimem, mas partem em busca de uma solução mais ativa, no caso a cirurgia estética. O rebaixamento nas características de hipervigilância sugere menor vulnerabilidade a contatos próximos, e no índice S-CON, mostra menor frequência de conduta auto-destrutiva. Esses resultados não confirmam a avaliação realizada por Kisely *et al.* (2002) em pacientes estéticos, que mostrou maior correlação com morbidades psiquiátricas, nem os resultados de Dunofsky (1998), que apontam ocorrências clínicas de distúrbios de personalidade em pacientes que se submetem a cirurgias estéticas.

As dificuldades relacionais (CDI) da amostra se encontram numa média semelhante à população de mesmo nível socioeconômico da cidade de São Paulo. Chamou atenção a ausência de características obsessivas (OBS), evidentes no TDC e freqüentemente presentes em outros transtornos de imagem corporal (3.3.1), reforçada pelo resultado da ausência de correlação estatisticamente significativa entre o número de cirurgias, a freqüência da realização de procedimentos estéticos, dos hábitos de beleza e presença de atitudes indicativas do TDC (Tabela 10). Esse dado fortalece a idéia de que o caráter obsessivo da busca pela beleza e juventude se dá principalmente em função do contexto sociocultural no qual estamos inscritos. É importante lembrar que a maioria das participantes tinha familiares que já haviam se submetido à cirurgia plástica estética (Gráfico 13) e a minoria delas teve parentes que se opuseram a realização das cirurgias (Gráfico 14), dados que indicam que as cirurgias estéticas fazem parte da cultura familiar.

Ainda no que se refere às constelações positivas na amostra, as participantes apresentaram uma média estatisticamente significativa mais elevada no PTI, que indica alteração no pensamento e na percepção e, mesmo que a maior parte delas não apresente indicação de transtornos nessa área, essa percepção alterada pode indicar uma tendência a distorção da imagem corporal. Esse resultado sugere falta de objetividade na percepção do mundo e de si mesma, que se dá com menor lucidez. Pode ser uma percepção mais subjetiva ou peculiar no processamento de estímulos por parte das mulheres que se submetem a cirurgias plásticas estéticas.

Antes da realização de uma cirurgia estética, deveria haver uma entrevista com psicólogo especializado a fim de se excluir pessoas com características indicativas de desajustes psicológicos, ou mesmo uma triagem realizada pelo cirurgião plástico durante as consultas, como pode ter acontecido na clínica onde nossa pesquisa foi realizada, e que estaria de acordo com as proposições de Ferraro *et al.* (2005) e Horch (2004), entre outros. Mesmo que parte dos pacientes exiba traços psicológicos saudáveis, os pesquisadores notaram conflitos entre a imagem corporal e a auto-imagem em casos diagnosticados como psicoses, e a ocorrência de projeção de problemas psicológicos em determinadas partes do corpo, interpretadas como transtornos psiquiátricos. Em tais situações, que envolvem uma dificuldade de adaptação à vida social, deveria haver contra-indicação cirúrgica.

No que diz respeito às pesquisas específicas que relacionam Psicologia à Cirurgia Plástica Estética revisadas (3.5), podemos fazer algumas comparações. A

maior parte das pesquisas empíricas que relacionavam cirurgia estética à imagem corporal se deu na Cirurgia Plástica, e a maioria daquelas que as relacionavam ao TDC ocorreram na Psiquiatria. Nenhuma das pesquisas encontradas aconteceu na Psicologia Clínica como neste estudo, o que mostra preocupação maior por parte dos cirurgiões plásticos, os quais são profissionais que lidam com o tema em sua prática diária; ou por parte de médicos atuantes na Saúde Mental, quando transtornos psíquicos podem estar envolvidos.

É notória a escassez de estudos relativos ao tema no Brasil. Praticamente todos os estudos estrangeiros aconteceram em hospitais universitários, alguns deles em serviços ligados ao estudo da aparência humana, também inexistentes em nosso país.

Em relação aos instrumentos utilizados, notamos que existem várias formas e escalas de medidas de imagem corporal e do TDC, desde instrumentos padronizados como aqueles utilizados nas pesquisas de Bolton *et al.* (2003), Kisely *et al.* (2002) Vargel e Ulusahin (2001), Altamura *et al.* (2001) e Sarwer *et al.* (1998); até interpretações a partir de atitudes ou respostas de pacientes a respeito da auto-avaliação da aparência e satisfação, como aquelas das pesquisas de Sarwer *et al.* (2005), Horch (2004), Simis *et al.* (2001), Dufresne *et al.* (2001) e Veale e Riley (2001).

A escolha dos instrumentos se deu em função dos objetivos de nossa pesquisa. O Rorschach foi um dos instrumentos escolhidos pelo fato de sua análise ser capaz de fornecer informações indicativas da presença de transtornos psíquicos (5.2.1), avaliar a autopercepção e a percepção interpessoal das participantes (5.2.2. e 5.2.3), e investigar características psicológicas específicas na amostra. Ao mesmo tempo, por se tratar de um teste projetivo, mostrou-se eficaz no sentido de que, diferentemente do questionário auto-aplicável, as participantes puderam comunicar-se mais livremente por não conhecerem o sentido da situação. A opção pelo Rorschach como instrumento também se deu pelo fato de que o teste abrange questões da singularidade, permitindo uma investigação qualitativa dos processos de significação ligados ao corpo e a modificação deste a partir de cirurgias estéticas. O teste apresenta uma dupla exigência, pois ao mesmo tempo em que o indivíduo mostra sua organização para encarar o mundo interno e seu meio, confrontando os limites da realidade, deixa lugar possível para que o imaginário se instaure.

Como não foi encontrado um instrumento que precisasse a presença de transtornos de imagem corporal, optamos por investigá-los por meio da enumeração de características do TDC, transtorno frequentemente achado em cirurgias estéticas,

conforme o levantamento bibliográfico realizado. As atitudes características do TDC neste estudo (questão 8 do questionário auto-aplicável) foram aquelas consideradas as mais freqüentes para diagnosticar o transtorno, segundo os critérios do DSM-IV (1995), revisados pelo DSM-IV-TR (2003), forma semelhante àquela utilizada por Ishigooka *et al.* (1998), na qual a presença de transtornos mentais nos pacientes foi analisada segundo os critérios do *CID-10*.

Nenhuma das participantes da pesquisa apresentou todos os sintomas indicativos do TDC (Gráfico 21), diferentemente dos resultados de Kisely *et al.* (2002), que mostraram maiores preocupações dismórficas em pacientes de cirurgias estéticas. Mesmo que a maior parte se verifique freqüentemente no espelho e se compare com outros, e que quase a metade das mulheres ache com freqüência defeitos em seus corpos ou os disfarce, não podemos atribuir tais atitudes à presença do transtorno, mesmo porque são atitudes estimuladas e comumente encontradas na cultura vigente.

O índice “preocupação corporal” verificado na Autopercepção do Rorschach (5.2.2), também possibilitou uma aferição da existência de transtornos de imagem corporal. Acreditamos que tais transtornos devem envolver uma maneira alterada de intuir o conjunto de corpo, a qual pode encontrar-se modificada pelo acréscimo de alguns sentimentos, emoções e valores específicos. Assim, partimos do pressuposto que os transtornos de imagem corporal tenham como característica uma diferença qualitativa de investimento de energia psíquica no corpo, que se encontra subinvestido ou superinvestido, provocando tais alterações, as quais seriam mostradas por meio de modificações significativas no índice. As participantes apresentaram resultado pouco mais elevado que a população da cidade de São Paulo (Gráfico 29), mas não estatisticamente significante, de forma que, como assinalado acima, o investimento no corpo se assemelha ao da população em geral, estando de acordo com as referências culturais. Nossos resultados diferem daqueles encontrados em pacientes que buscaram cirurgia estética na pesquisa de Vargel e Ulusahin (2001) que mostraram maiores preocupações com a saúde geral, e preocupações somáticas próximas à psicose.

Como resultado dos levantamentos bibliográficos, foi constatado que a insatisfação com a aparência como um todo não é maior para as pessoas que procuram cirurgia estética em relação à população em geral. Tal dado também pode ser inferido por meio de nossos resultados, pois mesmo que não tenha sido especificamente investigado, a insatisfação da aparência geral resultaria em alterações mais severas na auto-estima.

A investigação da autopercepção, que ocorreu por meio da parte 2 do questionário (questão 1), mostrou que a auto-estima se encontrava positiva para a maior parte das mulheres (Gráfico 22). Esse resultado é corroborado pela média da auto-estima da amostra (Gráfico 29), que mesmo um pouco mais baixa que a população da cidade de São Paulo (estatisticamente não significante), encontra-se positiva.

As participantes da amostra apresentaram uma média estatisticamente significativa mais baixa no índice de Narcisismo em relação à população da cidade de São Paulo (Gráfico 29), que indica necessidade de comprovação da própria valia. Este resultado pode se dar, em parte, em função da auto-estima da amostra encontrar-se um pouco mais baixa que a da população comparada. Por outro lado, nossos resultados apontam que mulheres interessadas em cirurgias estéticas não são extremamente narcísicas, ou que não têm um narcisismo patológico, como comumente é apregoado pela mídia ou como foi demonstrado por meio do estudo de Dunofsky (1998), no qual os resultados mostraram que pacientes de cirurgias estéticas são mais narcisistas.

Dessa forma, a obsessão pelo corpo e pela saúde diferiria do narcisismo clássico, alienado por sua imagem idealizada e no qual existe um amor próprio num grau patológico e uma impenetrabilidade associada, em que a pessoa estaria voltada apenas para si mesma, de acordo com as idéias de Lipovetsky (1995). Segundo o autor, o sentido profundo do neonarcisismo seria aparição de uma reapropriação do corpo, que se autogovernaria. As cirurgias plásticas estéticas podem ser entendidas como expressão dessa conscientização, em que se passa da passividade para a atividade, fato assegurado pelos resultados da avaliação da percepção interpessoal das participantes (5.2.1.3). A amostra apresentou uma média estatisticamente significativa mais baixa no índice de Passividade e no índice de Isolamento em relação à população da cidade de São Paulo (Gráfico 31), dado que aponta para uma postura mais ativa e positiva em relação ao mundo, permitindo que as mulheres busquem transformar aquilo que não lhes satisfaz, e, ao mesmo tempo, indica envolvimento em suas interações sociais.

No entanto, mesmo que a auto-estima da amostra seja positiva, não podemos dizer que mulheres que investem mais em seus corpos por meio de cirurgias plásticas estéticas apresentem maior consciência de suas realidades corpóreas, tendo como consequência disto uma auto-estima mais elevada que a média. Tal fato foi hipotetizado antes da realização da pesquisa e foi sugerido na pesquisa de Alagoz *et al.* (2003), na qual candidatos a cirurgias estéticas apresentaram uma imagem corporal mais positiva,

mesmo que estatisticamente não significante, lembrando a hipótese de que uma valoração positiva do corpo leva a maiores cuidados com ele.

Em relação aos outros índices da autopercepção, a distribuição da amostra apresentou resultados semelhantes ao da população comparada. Mesmo que não tenha significância estatística, as médias um pouco mais baixas na Intelectualização e nos Conteúdos Mórbidos podem indicar, respectivamente, que as participantes não se utilizam do primeiro recurso para ignorar a realidade e neutralizar o impacto de sentimentos dolorosos em relação a sua auto-imagem, e que esta se articula com traços menos negativos, danificados e disfóricos do que o habitual, dados que podem confirmar a ausência de transtornos de imagem corporal.

A avaliação da percepção interpessoal das participantes que se deu por meio da parte 2 do questionário (questão 2) mostrou que a maior parte delas acha que os outros as percebem positivamente, principalmente pela beleza. Os resultados do Rorschach para a mesma avaliação indicaram semelhança à população comparada no que se refere aos índices de dependência, afastamento na interação e agressividade. No entanto, houve diferença estatisticamente significativa em relação aos índices de isolamento e de passividade, mais baixos que da população de mesmo nível socioeconômico da cidade de São Paulo. Desta forma, as pacientes mostraram envolvimento em suas interações sociais, sendo capazes de estabelecer trocas significativas, e uma postura mais ativa em relação ao mundo.

O conhecimento do nível de satisfação das relações interpessoais das pacientes, que também era objetivo do trabalho, foi investigado na parte 4 do questionário auto-aplicável (questão 1). Todas as participantes disseram estar satisfeitas em todas as áreas pesquisadas, sendo atribuída ao relacionamento familiar a maior satisfação (Tabela 7). Nos modelos de identidade da parte III do questionário, os relacionamentos materno e paterno, assim como aqueles com os gêneros feminino e masculino, também foram, no geral, descritos como positivos (Gráficos 24 e 25).

As pesquisas do levantamento bibliográfico mostraram dados de mudanças positivas na auto-avaliação da aparência geral, na insatisfação corporal, na autopercepção e em relação ao evitamento da exposição corporal durante atividades sexuais para pacientes submetidas a cirurgias estéticas, mesmo que não haja mudanças no investimento psíquico na aparência e no funcionamento psicológico geral. Nosso estudo não procurou aferir mudanças na auto-avaliação por meio de mensuração pré e pós-cirúrgica. Pesquisamos o alcance das expectativas (questões 3, 4 e 5 da parte I) e a

satisfação relacional pós-cirúrgica projetada na imagem corporal (questão 2 da parte IV do questionário auto-aplicável).

Para a grande maioria das participantes, as cirurgias estiveram de acordo com suas expectativas, trazendo as formas desejadas. Mais da metade das pacientes atribuíram notas nove e dez para os resultados finais, mostrando mudanças positivas na auto-avaliação da aparência e alcance de maior satisfação corporal (Tabelas 4 e 5). Mesmo que não tenhamos avaliado a auto-estima das participantes antes e depois das cirurgias para verificar se houve uma melhora, a satisfação obtida pode ser indicativa de ganhos, uma vez que as pacientes foram capazes de se estimar positivamente e avaliar favoravelmente os resultados decorrentes das intervenções cirúrgicas a que se submeteram.

Ainda que as participantes tenham respondido estar satisfeitas em seus relacionamentos antes das cirurgias, citaram mudanças positivas nos mesmos após as intervenções estéticas. O tipo de relacionamento no qual as mudanças foram mais notadas foi o sexual (Tabela 8), que corrobora os dados de Bolton *et al.* (2003) em relação a mudanças quanto a dificuldades da exposição corporal durante atividades sexuais.

O significado psicológico das cirurgias investigado na questão 11 do questionário também exprime a frequência da satisfação obtida com as intervenções estéticas, como a melhoria na aparência, aumento da auto-estima e da autoconfiança e transformação pessoal significativa, entre outras respostas (5.1.2.8).

A estruturação da imagem corporal, assim como da autopercepção, está inter-relacionada à construção da identidade (Le Boulch, 1987). Dessa forma, sua construção ocorre paralelamente à diferenciação egóica e, portanto, à formação da consciência. O processamento de estímulos oriundos de informações e imagens visualizadas resulta num conjunto de representações constituídas por associações entre símbolos e imagens. Nesse sentido, deve-se levar em conta que a imagem corporal é construída de um modo diferente, conforme a sociedade, cultura e época em que o indivíduo estiver inserido, confirmando a afirmação de Sousa (2001) de que as exigências culturais refletem na formação de imagens do corpo na psique.

Mais que apenas um constructo teórico, devem ser considerados o rol de situações e os contextos emocionais na experiência dinâmica da imagem corporal na vida cotidiana, assim como suas flutuações nos indivíduos, levando sempre em conta, a

variação individual relacionada a atributos psicológicos e características físicas do momento (Cash e Pruzinsky, 2002).

Como se pode notar por meio da revisão da literatura sobre imagem corporal, trata-se de um conceito amplo e que envolve várias dimensões. Apesar de seu caráter único, a imagem do corpo emaranha-se às imagens alheias e àquelas impostas culturalmente, sofrendo, além da repercussão em função das características individuais do momento, interferências sociais contínuas que confirmam seu caráter de labilidade e afetam os relacionamentos interpessoais.

A formação da consciência ocorre no complexo Cérebro-Mente. É uma aquisição humana, fruto da interação entre processos neurofisiológicos e experiências interpessoais, em que o processamento de dados, a formulação de conceitos e de representações se dá pelas estruturas e funções cerebrais, formadas e remodeladas a partir de nossas experiências interpessoais. Ora, se a formação da consciência se dá por meio da linguagem, de símbolos e metáforas, a estruturação da imagem corporal também ocorre pela inter-relação com as representações culturais vigentes no momento. Assim, a cultura midiática se encarrega de criar desejos e reforçar imagens pela exaltação da beleza física e juventude por meio de rígidos modelos estéticos, que logo se tornam obsoletos, conforme as idéias de Scliar (1997), Del Priore (2000), Kehl (2002), Breyton et al. (2003), Bauman (2003) e Salis (2004), entre outros.

Levando em conta a formação da consciência no complexo Cérebro-Mente, a presença de relações interpessoais satisfatórias e gratificantes facilitaria a integração de experiências e, conseqüentemente, estruturaria uma imagem corporal de melhor qualidade, proporcionando bem-estar emocional. Por outro lado, desajustamentos interpessoais poderiam inibir a integração destas experiências, gerando angústia, baixa auto-estima e, em alguns casos, levando ao superinvestimento corporal, ou mesmo facilitando a formação de transtornos de imagem corporal ou outros transtornos psíquicos.

Os rituais e sacrifícios em nome da beleza e da magreza não são exclusivamente práticas modernas, como a abstinência alimentar no mundo ocidental cristão na Idade Média, em que o corpo era visto como único obstáculo à salvação eterna. A Anorexia daquela época tinha uma caráter místico, diferindo dos transtornos alimentares da atualidade que, dentro de uma grande complexidade etiológica, envolvem um corpo ideal como um projeto a ser alcançado.

Le Breton (2006) disse que nossa existência é sobretudo corporal. Na contemporaneidade, vemos mudanças no estatuto do corpo vinculadas às ciências médicas, em que seus avanços podem contribuir para que haja uma dissociação do indivíduo no que diz respeito a seu substrato corporal. Em novembro de 2006, médicos franceses anunciaram o primeiro transplante de face do mundo, enxertando nariz, lábios e queixo numa mulher de trinta e oito anos, desfigurada pela mordida de um cão. Ao mesmo tempo em que a cirurgia motivou elogios ao se levar em conta o ganho em qualidade de vida por parte da paciente, também houve advertências para os potenciais riscos médicos, questões éticas e implicações psicológicas. As cirurgias de ocidentalização, tão procuradas na China atual, também devem ser lembradas ao se pensar no abuso do corpo por meio de novas técnicas responsivas ao desejo de modificação corporal em busca de padrões ideais. A cirurgia de pálpebra dupla para aumentar os olhos é a operação mais popular entre mulheres de vinte a trinta anos, seguida da remodelagem de nariz, e há até a cirurgia de inclusão de prótese nas pernas, após quebrá-las, para que as moças tornem-se mais altas.

Pode ocorrer uma perda da autonomia pela renúncia à responsabilidade do próprio corpo, em que o indivíduo passa a ser refém do conhecimento tecnológico. Nesse sentido, o abuso de cirurgias estéticas indica o superinvestimento no corpo, prevalecendo o operativo, o organismo em sua polaridade concreta. Ao mesmo tempo, confirma a precariedade do simbólico e o empobrecimento das representações psíquicas, do organismo em sua polaridade abstrata.

Podemos pensar que o Brasil ocupa o segundo lugar na realização de cirurgias plásticas pelo fato de ser um país tropical, no qual a exposição do corpo é maior, além de outras motivações. Como pudemos observar pelos resultados, as cirurgias plásticas estéticas não envolvem uma relação direta com transtornos de imagem corporal, nem outros transtornos psíquicos, ao contrário, trazem muitas vezes ganhos nos relacionamentos interpessoais e melhora na auto-estima. A beleza convida à admiração, traz reconhecimento, dando a impressão de satisfação e realização. O que preocupa são apenas os excessos, característica de nossa sociedade contemporânea. O excesso de cirurgias, a insistência na busca pela beleza e juventude, o exagero no esforço para atingir a felicidade, o demasiado investimento de energia psíquica no corpo.

Mesmo que Lipovetsky (1995) tenha proposto uma reapropriação do corpo, uma supervalorização do prazer e do cuidado com si mesmo no neonarcisismo, no qual a realização pessoal seria o objetivo máximo, o autor se referia à obsessão pelo corpo,

numa época quando rituais de controle e manutenção da forma, da vitalidade e da beleza do corpo estão instituídos. O indivíduo hipermoderno, segundo o mesmo autor (2004), apesar de se encontrar mais autônomo, também se encontraria mais frágil, menos enamorado de si mesmo e aterrorizado pelo cotidiano, pelo próprio corpo, pela agressividade do ambiente social e pela fragilidade dos relacionamentos interpessoais.

Dessa forma, podemos dizer que, em parte, a busca crescente por modificações no corpo provoca o distanciamento de conflitos internos, resultando numa maneira por demais subjetiva de se perceber o corpo, e constituindo, se não numa distorção na imagem corporal, numa perda qualitativa em sua configuração. No entanto, não se contesta que a procura de tais modificações corporais, na maior parte da vezes, espelha a sociedade hedonista-narcísica na qual estamos inseridos.

Ora, se o desenvolvimento da *persona* é decorrente de um processo adaptativo que reprime características e tendências individualmente importantes, tornando-as invisíveis ou suprimindo-as no interesse de fatores coletivamente práticos ou desejáveis. A *persona* tende a se encontrar excessivamente dominada no contexto contemporâneo. Às cirurgias cosméticas cabe o papel de engessar a *persona*, pelo caráter responsivo às exigências da sociedade pós-moderna de padrões elevados de juventude e beleza, tornando-a por demais investida e dependente.

Se não encontramos uma valoração mais positiva do corpo ou uma auto-estima mais elevada, concernentes a um ego que tem a *persona* mais integrada, como as responsáveis pelos cuidados com o corpo, podemos dizer que as pacientes estéticas podem configurar uma fuga de um processo mais genuíno em seu desenvolvimento psíquico. O excessivo deslocamento da energia psíquica para o corpo, que deixa as insatisfações de outra ordem jogadas na *sombra*, resolve, num primeiro momento, a ameaça dos perigos decorrentes de conflitos não resolvidos.

A procura pela cirurgia plástica estética pode estar relacionada à busca da organização primordial e segurança relativas aos cuidados matriarcais. Mais do que apenas normas estéticas ou aspectos anatômicos, a representação da beleza do corpo também é construída pelas experiências com a mãe que nos serve de pele psíquica nos primórdios da vida, bem como pelas experiências de satisfação e frustração, acolhimento e rejeição que o indivíduo experimenta em seus relacionamentos interpessoais ao longo da vida. Assim, um investimento adequado no corpo é desejável para nossas experiências de prazer e obtenção de satisfação pessoal.

Desse modo, em alguns casos, é o corpo anatômico o objeto passível de transformação, podendo se dar por meio de uma cirurgia estética que traga muita satisfação pessoal. Em outros, a imagem corporal é que deveria ser analisada, para que um eu mais forte se relacione com uma *persona* mais flexível.

A paciente que se submete à cirurgia plástica estética pode apropriar-se dela, refletindo a respeito das demandas de seu ambiente sociocultural. A conscientização das maneiras pelas quais nos relacionamos com o próprio corpo pode promover ganhos à satisfação pessoal e à qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo evidenciou-se a escassez de pesquisas que relacionem imagem corporal e transtornos psíquicos a cirurgias estéticas no Brasil e foi confirmada a importância de se pesquisar o tema, a fim de evitar cirurgias desnecessárias ou insatisfatórias e, ao mesmo tempo, mostrar seus benefícios quando bem indicadas.

Os instrumentos utilizados se mostraram eficazes uma vez que responderam satisfatoriamente aos objetivos de nossa pesquisa, permitindo uma investigação qualitativa e quantitativa dos processos de significação ligados ao corpo e a modificação deste a partir de cirurgias estéticas.

Embora não tenhamos trabalhado com uma amostra grande, nossos resultados indicaram que a procura de mulheres por cirurgias plásticas estéticas não é prioritariamente determinada por transtornos de imagem corporal e/ou outros transtornos psíquicos, dados que diferem de nossa hipótese inicial e da maior parte dos resultados decorrentes das pesquisas reunidas na revisão bibliográfica. A procura pela cirurgia estética pode antecipar um sintoma que envolve a problemática individual mas, como aferimos, os resultados apontam para a prevalência de determinantes do âmbito da cultura contemporânea.

Partindo do pressuposto que pacientes candidatas à cirurgia plástica estética que apresentam um diagnóstico psiquiátrico delineado ou que por ventura façam uso abusivo de drogas ou álcool são identificadas e rejeitadas pelos cirurgiões, podemos concluir que não há um critério definido de pacientes que não devam ser operadas.

O significado psicológico atribuído às cirurgias mostrou satisfação por parte das pacientes após as intervenções estéticas, como a melhoria na aparência, o aumento da auto-estima e da autoconfiança e a transformação pessoal significativa.

Verificamos que a incidência de desajustes psicológicos é muito semelhante à da população comparada, de mesmo nível socioeconômico da mesma cidade. Dessa forma, as cirurgias plásticas estéticas são procuradas por diferentes motivos ou características de personalidade.

Uma análise mais aprofundada da percepção de si e da percepção interpessoal mostrou diferentes razões que levam as mulheres a procurar cirurgias estéticas. Entre as características de personalidade relativas à autopercepção, destacamos a diminuição das defesas narcísicas frente à população para a qual o teste foi padronizado, ao mostrar

movimentos de afirmação mais intensos e adequados. O narcisismo protetor do ego encontrava-se preservado. Já em relação às características de percepção interpessoal, vale citar aquelas concernentes a menor isolamento nas relações e menor passividade, de forma que tais mulheres mostraram maior facilidade nos movimentos de afirmação, que possibilitam uma postura ativa em relação ao mundo e ao estabelecimento de trocas interpessoais significativas.

A análise das constelações positivas na amostra mostrou alterações no que tange à percepção e pensamento. Estes se dão de uma maneira mais subjetiva, uma vez que dados objetivos da realidade são freqüentemente desconsiderados. Por conseguinte, as mulheres pesquisadas apresentam uma maneira peculiar de perceber a realidade externa, assim como de perceber a si próprias. Tal percepção influencia na estruturação de suas imagens corporais.

Pesquisar a imagem corporal nos contextos educacional, psicológico, psiquiátrico, médico e sociológico, entre outros, ressalta um caráter multidisciplinar. Por sua vez, a imagem corporal está inter-relacionada à formação da consciência, construída de um modo diferente conforme o processamento de estímulos oriundos de informações e imagens visualizadas com base na sociedade, cultura e época nas quais vivemos, e seu estudo pode ser útil na promoção de saúde.

Conforme revisão da literatura e de acordo com os resultados da pesquisa, observamos que no corpo se inscrevem idéias, crenças e imagens determinadas pela cultura. A procura pelas cirurgias estéticas espelha a sociedade hedonista-narcísica na qual estamos inseridos. Somos influenciados por valores que nos classificam, exigem muito de nós mesmos, formam as imagens em nossas psiques e causam impacto na formação da imagem corporal. Se por um lado o impacto é negativo ao repercutir uma maneira peculiar na percepção de si e do mundo; por outro, é positivo; ao nos levar a ser protagonistas de nossos próprios corpos e alterá-los caso sejam motivo de insatisfação.

Os nossos resultados não indicaram uma relação direta das cirurgias plásticas estéticas com transtornos de imagem corporal nem outros transtornos psíquicos e apontaram ganhos nos relacionamentos interpessoais e melhora na auto-estima, evidenciando, então, o benefício das cirurgias. O problema resume-se ao excesso de cirurgias, à insistência na busca pela beleza e juventude ou ao demasiado investimento de energia psíquica no corpo, que resulta na prevalência do organismo em sua polaridade concreta.

Como não é válida a hipótese de que uma valoração mais positiva do corpo e uma auto-estima mais elevada, concernentes a um ego que tem a *persona* mais integrada, são as responsáveis pelos cuidados com o corpo, podemos dizer que a paciente de cirurgias plásticas estéticas pode fugir de um processo mais integrado e genuíno em seu desenvolvimento psíquico, mostrando a precariedade do simbólico e o empobrecimento das representações psíquicas.

Mesmo que as mulheres mostrem satisfação após se submeterem a cirurgias plásticas estéticas, verificamos que a *persona* tende a se encontrar extremamente investida e excessivamente dependente no contexto contemporâneo. O excessivo deslocamento da energia psíquica para o corpo deixa as insatisfações na *sombra* ao resolver, num primeiro momento, a ameaça dos perigos decorrentes de conflitos não resolvidos.

Dessa forma, a abordagem psicológica ou multidisciplinar no contexto das cirurgias estéticas é desejável, pois além de auxiliar em sua indicação, evitando procedimentos que cheguem a resultados insatisfatórios em casos nos quais a necessidade é de outra ordem, pode possibilitar um manejo mais eficaz no tratamento dos pacientes. A flexibilização de uma *persona* rígida pelo trabalho psicológico pode trazer ganhos significativos para o bem-estar do indivíduo e facilitar o processo de *individuação*.

Seria desejável que pudéssemos experimentar nossos próprios corpos como fonte de prazer para nós mesmos e para os outros. A beleza, tão propalada atualmente, deveria ser buscada não pela imposição da moda, mas com o objetivo de satisfação pessoal. Um investimento adequado no corpo é desejável. Mais do que apenas normas estéticas ou aspectos anatômicos, a representação da beleza do corpo também é construída pelas experiências de satisfação e frustração, acolhimento e rejeição que o indivíduo experimenta em seus relacionamentos interpessoais ao longo da vida.

A procura pela cirurgia plástica estética pode se relacionar à busca da organização primordial e segurança relativas aos cuidados matriarcais. São essas experiências que favorecerão a estruturação da imagem corporal, e, devido a maior ou menor adequação das mesmas, ele se configurará de forma mais ou menos coesa.

A mulher que se submete à cirurgia plástica estética deveria apropriar-se desta e entendê-la como um acontecimento médico que ultrapassa a questão estética, inscrevendo-o na sua história e refletindo a respeito das demandas do ambiente sociocultural. Assim, a cirurgia representaria um auto-cuidado salutar e resultaria em

benefício à satisfação pessoal, ao contribuir para a auto-estima e promover qualidade de vida.

8. GLOSSÁRIO⁹

Anima: As imagens arquetípicas do eterno feminino na consciência de um homem. Formam um elo entre a consciência do ego e o inconsciente coletivo e abrem potencialmente um caminho para o Si-mesmo.

Animus: As imagens arquetípicas do eterno masculino na consciência de uma mulher. Formam um elo entre a consciência do ego e o inconsciente coletivo e abrem potencialmente um caminho para o Si-mesmo.

Arquétipo: Um padrão potencial inato na imaginação, pensamento ou comportamento que pode ser encontrado entre seres humanos em todos os tempos e lugares.

Complexo: Conteúdo autônomo do inconsciente pessoal cuja expressão sensível é usualmente formada através de lesão ou trauma psíquico.

Consciência do Ego: A porção da psique composta por pensamentos, memória e sentimentos de fácil acesso, em cujo centro se encontra o ego, o “eu”.

Ego: O centro da consciência, o “eu”.

Individuação: O processo de desenvolvimento psíquico que leva ao conhecimento consciente da totalidade.

Persona: A interface psíquica entre o indivíduo e a sociedade que constitui a identidade.

Projeção: A exteriorização de conteúdos psíquicos inconscientes, ora para fins defensivos (como no caso da sombra), ora para fins de desenvolvimento e integração (como no caso da anima e do Si-mesmo).

Sombra: Os aspectos rejeitados e inaceitáveis da personalidade que são recalçados e formam uma estrutura compensatória para os ideais de Si-mesmo do ego e para a persona.

Si-mesmo: O centro, fonte de todas as imagens arquetípicas e de todas as tendências psíquicas inatas para a aquisição de estrutura, ordem e integração.

⁹ Os conceitos oriundos da psicologia analítica foram extraídos de Stein, 1998.

9. REFERÊNCIAS

1. ALAGOZ, M.S.; BASTERZI, A.D.; UYSAL, A.C.; TUZER, V.; UNLU, R.E., SENSOZ, O.; GOKA, E. "The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image and eating attitude". *Aesthetic Plastic Surgery Journal*, 27 (5), 2003, pp. 345-8.
2. ALTAMURA, C.; PALUELLO, M. M.; MUNDO, E.; MEDDA, S.; MANNU, P. "Clinical and subclinical body dysmorphic disorder". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience Journal*, 251 (3), 2001, pp. 105-8.
3. AMARAL, A.E. de V.; SILVA NETO, A.C.P.; NASCIMENTO, R.S.G.F. *O método de Rorschach no sistema compreensivo - notas sobre estudos brasileiros - I*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
4. ARAÚJO, C.A. "Desenvolvimento do esquema corporal". *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, 52 (9), 2000, pp. 56-58.
5. AUSTIN, S. B.; RICH, M. "Consumerism: its impact on the health of adolescents". *Adolescent Medical Journal*. 12 (3), 2001, pp. 389-409.
6. BARROS, C. A. S. M. "Psicodinâmica da obesidade na indicação de cirurgia plástica". *Revista Médica da Aeronáutica Brasileira*; 43 (1/2), 1993, pp. 36-7.
7. BAUDRILLARD, J. *Para uma crítica da economia política do signo*. Rio de Janeiro: Elfos, 1995.
8. BAUMAN, Z. *Amor líquido - sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
9. BERTELLI, A. P. Iconografia das mamas humanas. *Anuário Paulista de Medicina Cirúrgica*; 117 (3/4), 1990, pp. 41-69.
10. BOLTON, M.A.; PRUZINSKY, T.; CASH, T.F.; PERSING, J.A. "Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients". *Plastic Reconstructive Surgery Journal*, 112 (2), 2003, pp.: 619-25.
11. BREYTON, D. M.; ARMENIO, E.; ABREU, J. C. G. A.; FRANCISQUETTI, P. P.; PULITI, R. "O corpo: campo de batalha contemporâneo". In: ALONSO, S., GURFINKEL, A., BREYTON, D.M. (Org.) *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2003.
12. CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body Image - a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Nova York: The Guilford Press, 2002.
13. CASTILHO, S. M. *A imagem corporal*. Santo André: Esetec, 2001.
14. _____. *Imagem corporal nos transtornos alimentares - aspectos clínicos e psicopatológicos*. *Dissertação de Mestrado*. FMUSP, São Paulo, 1999.
15. CLARKE, A.; LESTER, K.J.; WITHEY, S. J.; BUTLER, P. E. "A funding model for a psychological service to plastic and reconstructive surgery in UK practice". *British Journal of Plastic Surgery*. 58 (5), 2005, pp. 708-13.

16. COOK, S.A.; ROSSER, R.; TOONE, H.; JAMES, M.I.; SALMON, P. “The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: quantifying clinical need”. *Journal of Reconstructive and Aesthetic Plastic Surgery*, 59 (1), 2006, pp. 54-64.
17. CURRAN, D.; VAN DOGEN, J. P.; AARONSON, N. K.; KIEBERT, G.; FENTIMAN, I. S.; MIGNOLET, F.; BARTELINK, H. “Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: results of EORTC Trial 10801”. *European Journal of Cancer*. 34 (3), 1998, pp. 307-14.
18. DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo - Comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
19. DEL PRIORE, M. *Corpo a corpo com a mulher - pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac, 2000.
20. DIECKMANN, H. “A recatex libidinosa do corpo na visão psicossomática”. *Analytische Psychologie*, Karger Zurich 12: 269-285. *Adaptação para estudos críticos: Curso de Terapia Psicomotora*, Sedes Sapientiae. São Paulo, 1983.
21. DOCZI, G. *O poder dos limites - harmonias e proporções na natureza, arte & arquitetura*. São Paulo: Mercury, 1981.
22. DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2002.
23. DORSCH, F.; HÄCKER, H.; STAPF, K.H. *Dicionário de Psicologia Dorsch*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
24. DSM-IV - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4.ed. Original: *American Psychiatric Association*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
25. DSM-IV-TR - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4.ed., texto revisado. Original: *American Psychiatric Association*. São Paulo: ArtMed, 2003.
26. DUFRESNE, R. G.; PHILLIPS, K. A.; VITTORIO, C. C.; WILKEL, C. S. “A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice”. *Dermatological Surgery Journal*, 27 (5), 2001, pp. 457-62.
27. DUNOFKY, M. “Psychological characteristics of women who undergo single and multiple cosmetic surgery”. *Annuary of Plastic Surgery*. 40 (3), 1998, pp. 309-10.
28. ECO, H. (Org.) *História da Beleza*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
29. ETCOFF, N. Entrevista a Elisa Martins e Inês de Castro, artigo “O risco da vaidade”. *Revista Época*, nº 336, São Paulo. Out./2004, pp. 84-91.
30. EXNER, J. E. *Manual de Classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

31. _____. *The Rorschach - A Comprehensive System*. Vol. 1 - Basic Foundations and Principles of Interpretation. 4. Ed. New Jersey: Wiley Editor, 2003.
32. _____.; SENDÍN, C. *Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
33. FARAGÓ, S. M. A dinâmica de personalidade em pacientes submetidas à cirurgia plástica redutora da mama. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 2000.
34. FERRARO, G. A.; ROSSANO, F.; D'ANDREA, F. "Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery". *Aesthetic Plastic Surgery Journal*, 29 (3), 2005, pp. 184-9.
35. GANDEVIA, S.C. "Perceptual distortions of the human body image produced by local anaesthesia, pain and cutaneous stimulation". *Journal of Physiology*, 514 (2), 1999, pp. 609-16.
36. GORNEY, M.; MARTELLO, J. "Patient selection criteria". *Clinic of Plastic Surgery Journal*, 26 (1), 1999, pp. 37-40.
37. GROSSBART, T.A.; SARWER, D.B "Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient". *Semin Cutan Medical Surgery Journal*, 22 (2), 2003, pp. 136-47.
38. HEINBERG, L. J.; FAUERBACH, J. A.; SPENCE, R. J.; HACKERMAN, F. "Psychological factors involved in the decision to undergo reconstructive surgery after burn injury". *Journal of Burn Care Rehabilitation*. 18 (4), 1997, pp. 374-80.
39. HILHORST, M.T. "Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence". *Medicine Humanitary Journal*. 28 (2), 2002, pp. 61-5.
40. HORCH, R.E. "The role of plastic surgery in remodeling the body image". *MMW Fortschr Medical Journal*, 146 (42), 2004, pp. 32-6.
41. ISHIGOOKA, J.; IWAO, M.; SUZUKI, M.; FUKUYAMA, Y.; MURASAKI, M.; MIURA, S. "Demographic features of patients seeking cosmetic surgery". *Psychiatry and Clinical Neuroscience Journal*, 52 (3), 1998, pp. 283-7.
42. JAMESON, F. *Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio*. São Paulo: Ática, 1996.
43. JEUDY, H. P. Entrevista a Juliana Monachesi, artigo "O teatro efêmero do corpo", *Folha de São Paulo*, 10 de Abril, São Paulo, 2005. Caderno Mais, pp. 7.
44. JUNG, C. G.; WILHEM, R. *O segredo da flor de ouro - um livro de vida chinês*. Petrópolis: Vozes, 1990.
45. KAHHALE, E. M. P. "Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada". In: BOCK, A.M.M. (Org.) *A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2003.

46. KATO, A. M. C. Um estudo sobre a relação entre a feminilidade e a esterilidade primária feminina sob o enfoque da Psicologia. *Dissertação de Mestrado*. Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP. São Paulo, 2002.
47. KEHL, M. R. “Com que corpo eu vou?”, *Folha de São Paulo*, 30 de Junho, São Paulo, 2002. Caderno Mais, pp. 6.
48. KISELY, S.; MORSELL, D.; ALLBROOK, B.; BRIGGS, P.; JOVANOVIĆ, J. “Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients”. *Australian N.Z. Journal of Psychiatry*. 36 (1), 2002, pp. 121-6.
49. KLEIN, M. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos - 1946 - 1963*. Rio de Janeiro: Imago, 1985
50. KRUEGER, D.W. “Psychodynamic perspectives on Body Image”. In: CASH, T. F. & PRUZINSKY, T. *Body Image - a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Nova York: The Guilford Press, 2002.
51. LACAN, J. *O Seminário, livro 4 - A relação de objeto*. Coleção Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
52. LE BOULCH, J. *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
53. _____. *Rumo a uma ciência do movimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
54. LE BRETON, D.L. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
55. LIPOVETSKY, G. “Posmodernidad: el individualismo contemporâneo. Posmodernidad y narcisismo”. Entrevista a Fernando Urribarri. *Zona Erogena: revista abierta de psicoanálisis y pensamiento contemporaneo*. Publicación Universitaria, Buenos Aires. Dez., nº 27, 1995, pp.45-9.
56. _____. *A terceira mulher - Permanência e revolução do feminino*. São Paulo Companhia das Letras, 2000.
57. _____. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.
58. LYOTARD, J.F. (1988) *O pós-moderno*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.
59. MAUAD, R.; MUSTAFÁ, S. C. M. N.; BANZATO, S. G. A. “Rinoplastia estética”. In: MAUAD, R. (Org.) *Estética e Cirurgia Plástica - tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: Senac, 2000.
60. _____.; MUSTAFÁ, S. C. M. N. “Cirurgia do contorno Corporal”. In: MAUAD, R. (Org.) *Estética e Cirurgia Plástica - tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: Senac, 2000.
61. MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
62. MESSIAS, C. R. Aspectos psicológicos de pacientes em fase de reconstrução de orelha. *Monografia apresentada ao Instituto Central do Hospital das Clínicas*

- da FMUSP, para conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. São Paulo, 1995.
63. MINDELL, A. *Dreambody - The body's role in revealing the self*. Londres: Routledge Kegan Paul, 1984.
 64. MOSELEY, G.L. "Distorted body image in complex regional pain syndrome". *Neurology Clinical Scientific Notes*, Vol.65, 2005, pp.773.
 65. MÜHLBAUER, W.; HOLM, C.; WOOD, L. "The Thersites Complex in plastic surgical patients". *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*. 107 (2), 2000, 319-26.
 66. NASCIMENTO, R.S.G.F. Estudo normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados parciais dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Revista Avaliação Psicológica*, São Paulo. Vol.5, n.1, 2006, pp. 87-9.
 67. NEUMANN, E. *A criança - estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação*. São Paulo: Cultrix, 1980.
 68. _____. *História da origem da consciência*. São Paulo: Cultrix, 1968.
 69. Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.
 70. OLIVIER, G.G.F. Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Educação Física, Unicamp. Campinas, São Paulo, 1995.
 71. PALTRONIERI, W. V. Procura pela rinoplastia estética: estudo exploratório à luz dos processos de atribuição. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia, USP. São Paulo, 1995.
 72. PEIXOTO, M. G. A condição política na pós-modernidade: a questão da democracia. São Paulo: EDUC - Editora da PUC-SP, 1998.
 73. PERTSCHUK, M. J.; SARWER, D. B.; WADDEN, T. A.; WHITAKER, L. A. "Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients". *Aesthetic Plastic Surgery Journal*, 22 (1), 1998, pp. 20-4.
 74. PITANGUY, I. "Body-contouring surgery". *Bull Academy National Medicine Journal*, 187 (3), 2003, pp. 489-91.
 75. PHILLIPS, K. A.; DIAZ, S. F. "Gender differences in body dysmorphic disorder". *Journal of Nervous Mental Disease*. 185 (9), 1997, pp. 570-7.
 76. PHILLIPS, K. A.; DUFRESNE, R. G. "Body Dysmorphic Disorder - A guide for dermatologists and cosmetic surgeons". *Ambulatorial Journal of Clinical Dermatology*. 1 (4), 2000, pp. 235-43.
 77. RAMOS, D. G. *A psique do corpo - a dimensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

78. REIS, M. R. “O corpo como expressão de arquétipos”. *Junguiana - Revista Latino-Americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*. São Paulo. Vol. 20, 2002, pp. 43-9.
79. RIBEIRO M. ; ZORZETTO, R. “O avesso de Narciso”. *Pesquisa Fapesp - Revista de Ciência e Tecnologia no Brasil*. São Paulo, Set., nº 103, 2004, pp. 34-9.
80. RIBEIRO, S. F. M. “Avaliação psicológica pré-operatória de pacientes submetidos a ritidoplastia”. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, São Paulo, Vol..50, Nº Supl., 1995, pp. 17-21.
81. _____; FERREIRA, M. C.; TUMA JR., P.; BONAMICHI, G. T. “Aspectos de personalidade e motivações de pacientes para mastoplastia”. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, São Paulo. 47 (6), 1992, pp. 290-4..
82. RODRIGUES, D.A. Corpo, espaço e movimento: estudo da relação entre a representação espacial do corpo e o controle da manipulação e da locomoção em crianças em paralisia cerebral. *Tese de Doutorado*. Universidade Técnica de Lisboa, 1987.
83. ROLL, J.P.; ROLL, R. “Em busca do corpo perdido”. *Revista Viver Mente & Cérebro*. Nov., Ano XIV, Nº 154, 2005, pp. 70-4.
84. RORSCHACH, H. *Psychodiagnostik*. Berma: Hans Huber (Trad. Castellana) Buenos Aires: Paidós, 1972.
85. RUSSO, R. “Imagem corporal: construção através da cultura do belo”. *Movimento & Percepção*. Jan./Jun., Espírito Santo de Pinhal, São Paulo. Vol. 5, n.6, 2005, pp. 80-90.
86. SALIS, V. D. *Ócio criador, trabalho e saúde*. São Paulo: Claridade, 2004.
87. SANT’ANNA, D. B. “Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil”. In: SANT’ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
88. SARWER, D.B.; CASH, T.F.; MAGEE, L.; WILLIAMS, E.F.; THOMPSON, J.K.; ROEHRIG, M.; TANTLEFF-DUNN, S.; AGLIATA, A.K.; WILFLEY, D.E.; AMIDON, A.D.; ANDERSON, D.A.; ROMANOFKY, M. “Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image”. *Plastic Reconstructive Surgery Journal*, 115 (3), 2005, pp. 931-8.
89. SARWER, D. B.; WADDEN, T.A. ; PERTSCHUK, M. J. ; WHITAKER, L. A. “Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients”. *Plastic Reconstructive Surgery Journal*, 101 (6), 1998, pp. 1644 -9.
90. SAVOIA, M. G. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo. Nov.-Dez., 27 (6), 2000.
91. SCHWARTZ-SALANT, N. *Narcisismo e transformação do caráter*. São Paulo: Cultrix, 1982.

92. SCHILDER, P. *A imagem do corpo - as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
93. SCLIAR, M. "Paraísos Artificiais". *Revista Veja*, nº 21, São Paulo. Abr.-Maio, 1997, pp. 11-14.
94. SIMIS, K. J.; HOVIUS, S. E.; DE BEAUFORT, I. D. ; VERHULST, F. C.; KOOT, H. M. "After plastic surgery: adolescent-reported appearance ratings and appearance-related burdens in patients and general population groups". *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*. 109 (1), 2002, pp.: 9-17.
95. _____; KOOT, H. M.; VERHULST, F. C.; HOVIUS, S. E. "Assessing adolescents and young girls for plastic surgical intervention: pre-surgical appearance ratings and appearance-related burdens as reported by adolescents and young adults, parents and surgeons". *British Journal of Plastic Surgery*, 53(7), 2000, pp. 593-600.
96. _____; VERHULST, F. C.; KOOT, H. M. "Body image, psychosocial functioning, and personality: how different are adolescents and young adults applying for plastic surgery?" *Journal of Children Psychology and Psychiatry*. 42 (5), 2001, pp. 669-78.
97. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBCP). Assessoria de imprensa. 2007.
98. SOEST, T.; KVALEM, I. L.; SKOLLEBORG, K.C.; ROALD, H.E. "Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery". *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*, 117 (1), 2006, pp. 51-62, discussion 63-4.
99. SOUSA, M. S. F. A Ferida Exposta: um estudo sobre a auto-imagem de crianças com lesões corporais. *Dissertação de Mestrado*. Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, 2001.
100. STEIN, M. *O mapa da alma - uma introdução*. São Paulo: Cultrix, 1998.
101. TARIKI, J.; PEREIRA, F.L. "Cirurgia estética das mamas". In: MAUAD, R. (Org.) *Estética e Cirurgia Plástica - tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: Senac, 2000.
102. TAVARES, M. C. G. C. *A imagem corporal - conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.
103. TOURAINE, A. *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
104. VAYER, P. *El niño frente al mundo*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
105. VARGEL, S.; ULUSAHIN, A. "Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients". *Journal of Aesthetic Plastic Surgery*. 25 (6), 2001, pp. 474-8.
106. VEALE, D.; GOURNAY, K.; DRYDEN, W.; BOOCOCK, A.; SHAH, F.; WILLSON, R.; WALBURN, J. (1996) "Body dysmorphic disorder: a cognitive

- behavioural model and pilot randomised controlled trial”. *Behavioural Research Therapy Journal*, 34 (9), 1996, pp. 717-29.
107. _____; RILEY, S. “Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder”. *Behavioural Research Therapy Journal*, 39 (12), 2001, pp. 1381-93.
108. VILLAÇA, N, GÓES, F. *Em nome do corpo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
109. YAMAGUCHI, C.; SANCHES, O. “Rejuvenescimento facial” In: MAUAD, R. (Org.) *Estética e Cirurgia Plástica - tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: Senac, 2000.
110. WOLF, N. *The beauty myth - how images of beauty are used against woman*. New York: Harper Perennial, 2002.

10. ANEXOS

ANEXO A - Questionário auto-aplicável

QUESTIONÁRIO

Quest. nº : **Idade:** **Data de nascimento:**
Profissão: **Exerce? Sim () Não ()**
Estado civil: solteira ()
casada () há quanto tempo?
separada () há quanto tempo?
viúva () há quanto tempo?
Nacionalidade:
Mãe: nacionalidade: viva () falecida () há quantos anos?
Pai: nacionalidade: vivo () falecido () há quantos anos?
Irmãos: idade(s): sexo(s): posição entre os irmãos:
Marido idade: profissão:
Tem filhos? idade(s): sexo(s):

• PARTE I

1) A qual procedimento cirúrgico foi submetida?

- () Plástica abdominal (Dermolipectomia)
- () Redução das mamas (Mastoplastia)
- () Aumento das mamas (Inclusão de prótese)
- () Levantamento das mamas (Mastopexia)
- () Cirurgia das pálpebras (Blefaroplastia)
- () Rugas faciais (Ritidoplastia)
- () Lipoaspiração
- () Plástica nasal (Rinoplastia)
- () Orelha em abano (Otoplastia)

• Idade na época da cirurgia (C)

C1

C2

C3

Obs.: Caso tenha sido submetida a mais de uma cirurgia plástica, discriminar o procedimento correspondente a cada idade.

2) Comente sobre o motivo pelo qual procurou a cirurgia plástica.

C1

C2

C3

Obs.: Preencher C2 e C3 caso tenha sido submetida a mais de uma cirurgia plástica.

3) A cirurgia como um todo esteve de acordo com sua expectativa?

C1 Sim () Não ()

C2 Sim () Não ()

C3 Sim () Não ()

4) A cirurgia trouxe a forma que desejava?

C1 Sim () Não ()

C2 Sim () Não ()

C3 Sim () Não ()

5) Como avalia o resultado final obtido?

C1 Ruim () Regular () Bom () - NOTA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C2 Ruim () Regular () Bom () - NOTA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C3 Ruim () Regular () Bom () - NOTA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) Já realizou algum dos procedimentos estéticos abaixo? Assinale qual (ais).

() Implantes e injeções faciais (Botox, preenchimento cutâneo)

() Correção de cicatriz

() Esfoliação cutânea - Resurfacing/Peeling (laser - químico)

() Tratamentos com ácidos

() Tratamento odontológico (prótese, clareamento, ortodontia)

() Massagens (corporal ou facial)

() Tratamento para celulite/estrias

() Maquiagem definitiva

() Outros

7) Para manter-se bonita tem como hábito:

() Praticar esporte (2 ou + vezes/semana)

() Ir ao salão de beleza (1 ou + vezes/semana)

() Utilizar cosméticos (diariamente)

() Maquiar-se (diariamente)

() Outros

8) Flagra-se em algumas das atitudes abaixo?

() Verifica-se freqüentemente no espelho

() Compara-se com os outros

() Preocupa-se por ter pelos em excesso

() Evita ver-se no espelho

() Evita alguma situação social por causa da aparência

() Disfarça algum defeito que imagina ter

() Acha com freqüência defeitos em seu corpo

9) Alguém mais em sua família já se submeteu à cirurgia plástica?

() Sim - Grau de parentesco: () Não

10) Houve alguém na família que se opôs à realização da cirurgia?

() Sim () Não

Quem?

Por quê?

11) Comente sobre o significado da cirurgia em sua vida.

C1

C2

C3

• **PARTE II**

1) **Como você se percebe na maioria das vezes?** (assinale quantas desejar)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bonita | <input type="checkbox"/> Feia |
| <input type="checkbox"/> Sensual | <input type="checkbox"/> Nada sensual |
| <input type="checkbox"/> Atraente | <input type="checkbox"/> Nada atraente |
| <input type="checkbox"/> Vaidosa | <input type="checkbox"/> Sem vaidade |
| <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Outro |

2) **Como você acredita que as outras pessoas percebem você na maioria das vezes?**
(assinale quantas alternativas desejar)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bonita | <input type="checkbox"/> Feia |
| <input type="checkbox"/> Sensual | <input type="checkbox"/> Nada sensual |
| <input type="checkbox"/> Atraente | <input type="checkbox"/> Nada atraente |
| <input type="checkbox"/> Vaidosa | <input type="checkbox"/> Sem vaidade |
| <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Outro |

• **PARTE III**

1) **Como você classificaria seu relacionamento com sua mãe?**

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Péssimo |
| <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Não houve (separação, morte etc.) |

2) **Como você classificaria seus relacionamentos afetivos com pessoas do gênero feminino?**

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Péssimo |
| <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Não há |

3) **Como você classificaria seu relacionamento com seu pai ?**

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Péssimo |
| <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Não houve (separação, morte etc.) |

4) **Como você classificaria seus relacionamentos afetivos com pessoas do gênero masculino ?**

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Péssimo |
| <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Não há |

• **PARTE IV**

1) **Como você se sentia, de maneira geral, em relação aos aspectos abaixo antes da cirurgia?**

- | | | |
|---------------------------------|----------------|-----------------|
| Relacionamento familiar: | Satisfeita () | Insatisfeita() |
| Relacionamento do casal: | Satisfeita () | Insatisfeita() |
| Relacionamento sexual: | Satisfeita () | Insatisfeita() |
| Relacionamento social: | Satisfeita () | Insatisfeita() |

2) Houve mudanças após a cirurgia em relação a seu:

Relacionamento familiar:	Não ()	Sim ()	Positiva ()	Negativa ()
Relacionamento do casal:	Não ()	Sim ()	Positiva ()	Negativa ()
Relacionamento sexual:	Não ()	Sim ()	Positiva ()	Negativa ()
Relacionamento social:	Não ()	Sim ()	Positiva ()	Negativa ()

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

I - Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa

- Nome da Paciente:
- Doc. Identidade n°:
- Nascimento:
- Endereço:
- Telefone:

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

Título do Protocolo de Pesquisa: “Características Psicológicas de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética”

- Pesquisador:
- Conselho Regional Psicologia n°:
- Avaliação do Risco da Pesquisa: Sem Risco

III - Registro das Explicações da Pesquisadora a Paciente sobre a Pesquisa

Esta pesquisa está sendo realizada para se verificar o motivo da procura pela cirurgia plástica estética. Para a coleta de dados será utilizado um questionário a ser preenchido pela própria paciente, e um teste projetivo (Rorschach), aplicado pela pesquisadora. Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de uma tese como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica pela pesquisadora; e para possível publicação futura. Não haverá, no entanto, a identificação das pacientes participantes, sendo apenas mencionada a clínica onde a pesquisa está sendo realizada.

IV - Esclarecimentos dados pela Pesquisadora sobre Garantias do Sujeito da Pesquisa

Às pacientes será garantido:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V - Informações (nome, endereço e telefone) da Responsável pelo Acompanhamento da Pesquisa para contato, caso necessite

- Pesquisadora:
- Endereço:
- Telefone:

VI - Observações Complementares

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis, às pacientes, a qualquer momento; bastando para tanto contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

VII - Consentimento

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

São Paulo, 10 de abril de 2003.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador
(carimbo ou nome legível)

ANEXO C - Termo de consentimento para realização da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

CLÍNICA DE CIRURGIA PLÁSTICA

- MÉDICO RESPONSÁVEL:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° :
- INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N°:

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Características psicológicas de mulheres submetidas à cirurgia plástica estética”
- PESQUISADOR:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° :
- INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N°:
- AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: SEM RISCO

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo verificar se a procura por cirurgias estéticas por mulheres é determinada por fatores ligados à formação patológica da imagem corporal ou se resulta de fatores culturais ligados à sociedade hedonista-narcísica atual. Também é objetivo verificar as características psicológicas dos sujeitos e a presença de outros transtornos, além da estruturação da imagem corporal, da autopercepção e auto-estima.

Para a coleta de dados será utilizado um questionário a ser preenchido pela própria paciente, e um teste projetivo (Rorschach), aplicado pela pesquisadora. Antes da coleta de dados, os sujeitos preencherão um termo de consentimento.

Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de uma tese como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica pela pesquisadora; e para possível publicação futura. Não haverá, no entanto, a identificação das pacientes participantes, sendo apenas mencionada a clínica onde a pesquisa está sendo realizada.

CONSENTIMENTO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em ceder o espaço de minha clínica e os sujeitos para a realização da presente Pesquisa.

São Paulo, 10 de abril de 2003.

Assinatura do Médico Responsável

Assinatura do pesquisador

ANEXO D - Análise estatística Rorschach

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PTI	29	1,31	,967	,180

One-Sample Test

Test Value = 0.62						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
PTI	3,843	28	,001	,69	,32	1,06

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DEPI	29	3,55	1,213	,225

One-Sample Test

Test Value = 4.41						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
DEPI	-3,812	28	,001	-,86	-1,32	-,40

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CDI	29	3,38	1,083	,201

One-Sample Test

Test Value = 3.28						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
CDI	,494	28	,625	,10	-,31	,51

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SCON	29	4,21	1,521	,282

One-Sample Test

Test Value = 5.14						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SCON	-3,304	28	,003	-,93	-1,51	-,35

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
HVI	29	1,83	1,284	,238

One-Sample Test

Test Value = 2.62						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
HVI	-3,324	28	,002	-,79	-1,28	-,30

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
NAR	29	,2759	,52757	,09797

One-Sample Test

Test Value = 0.72						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
NAR	-4,534	28	,000	-,4441	-,6448	-,2435

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AE	29	,3100	,14328	,02661

One-Sample Test

Test Value = 0.36						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
AE	-1,879	28	,071	-,0500	-,1045	,0045

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
INT	29	,4828	1,18384	,21983

One-Sample Test

Test Value = 0.59						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
INT	-,488	28	,629	-,1072	-,5576	,3431

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PC	29	1,6552	1,79833	,33394

One-Sample Test

Test Value = 1.45						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
PC	,614	28	,544	,2052	-,4789	,8892

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CM	29	,7931	,94034	,17462

One-Sample Test

Test Value = 1.14						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
CM	-1,987	28	,057	-,3469	-,7046	,0108

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PAS	29	2,69	1,948	,362

One-Sample Test

Test Value = 4.28						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
PAS	-4,397	28	,000	-1,59	-2,33	-,85

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DEP	29	,1724	,38443	,07139

One-Sample Test

Test Value = 0.28						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
DEP	-1,507	28	,143	-,1076	-,2538	,0386

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DIS	29	,8276	,88918	,16512

One-Sample Test

Test Value = 0.72						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
DIS	,652	28	,520	,1076	-,2306	,4458

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AG	29	,3448	,93640	,17389

One-Sample Test

Test Value = 0.34						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
AG	,028	28	,978	,0048	-,3514	,3610

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IS	29	,1590	,14795	,02747

One-Sample Test

Test Value = 0.22						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
IS	-2,222	28	,035	-,0610	-,1173	-,0048