

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

ANA BEATRIZ SANTE

**Auto-imagem e características de personalidade na busca de
Cirurgia Plástica Estética**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA BEATRIZ SANTE

**Auto-imagem e características de personalidade na busca de
Cirurgia Plástica Estética**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sonia Regina Pasian

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO (EXCETO SEUS ANEXOS E APÊNDICES), POR QUALQUER MEIO, CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ilustrações da capa e folhas internas:

“Bodies of Beverly Hills” por

Edward Michael Doran (2008)

FICHA CATALOGRÁFICA

Sante, Ana Beatriz.

Auto-imagem e características de personalidade na busca de Cirurgia Plástica Estética.

Ribeirão Preto, 2008.

202 p.: il.; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Pasian, Sonia Regina.

1. Cirurgia Plástica Estética. 2. Imagem Corporal. 3. Personalidade. 4. Avaliação Psicológica. 5. Mulheres.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Beatriz Sante

Auto-imagem e características de personalidade na busca de Cirurgia Plástica Estética

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Psicologia

Aprovado em: ____/____/ 2008

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A toda minha família,

Mãe Sonia

Vó Gilda

Daniel

por ter me proporcionado a base sólida de amor, integridade e prazer pelo conhecimento, sementes sem as quais não estaria alcançando, dia após dia, êxito em minha vida pessoal e profissional;

Ao meu amado marido,

Luís Fernando

por sempre ter acreditado em mim enquanto pessoa e profissional, por ser meu grande companheiro para os projetos de vida e que me deu suporte técnico-afetivo durante o desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, por ter me dado a Vida e a possibilidade de dela desfrutar com alegria e respeito;

Ao meu pai (*in memoriam*), que, mesmo ausente, deve ter sempre me olhado do “lado de lá”...

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Sonia Regina Pasian, pela contribuição impecável durante a condução deste trabalho, desde o projeto até sua conclusão, sempre acrescentando conhecimento, responsabilidade e senso crítico à minha bagagem profissional;

A todo grupo do Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP) da FFCLRP/USP pela ajuda incondicional e contínua durante o desenvolvimento de meu trabalho, em especial à Adriana Martins Saur e Daniele Palomo Bordão Alves pela ajuda dedicada na avaliação dos protocolos do Desenho da Figura Humana;

A Geraldo Cássio dos Reis, pelo ensino e pela consultoria estatística;

À Vetor Editora, por gentilmente ter cedido todo o material da Escala de Personalidade de Comrey (CPS) para a realização da presente pesquisa;

À minha psicoterapeuta, Neiva Mayor, que ao longo destes anos tem me ajudado a conhecer minha essência e a viver o melhor de mim;

A todos meus amigos e amigas que, de uma maneira ou de outra, compreenderam este momento em minha vida e não saíram do meu lado;

Às outras pessoas que, direta ou indiretamente, participaram desta realização, cujos nomes seriam muitos para serem todos listados;

A todas as mulheres que voluntariamente contribuíram para a realização desse trabalho, sem as quais nada disso seria possível...

RESUMO

SANTE, A.B. **Auto-imagem e características de personalidade na busca de Cirurgia Plástica Estética**. 2008. 202 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Várias pesquisas têm buscado identificar motivações psíquicas associadas à crescente busca de Cirurgia Plástica Estética (CPE) nos últimos anos, porém a complexidade do tema e a diversidade metodológica dos estudos realizados comprometem evidências conclusivas, instigando novos trabalhos. Diante deste contexto, o presente estudo objetivou investigar características de personalidade e o nível de satisfação com a imagem corporal de mulheres que buscam CPE comparativamente a um grupo sem esta demanda de cuidados médicos. Para tanto, foram estudadas 78 mulheres saudáveis, voluntárias, de Ribeirão Preto (SP), de 18 a 50 anos, subdivididas em: Grupo 1 (n = 37, pacientes em fila de espera do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora – Hospital das Clínicas – FMRP/USP, aguardando mamoplastia adicional e/ou lipoaspiração) e Grupo 2 (n = 41, mulheres que não procuraram CPE, selecionadas aleatoriamente na população). Estas voluntárias foram avaliadas individualmente por meio de breve entrevista de histórico de vida, questionário de nível sócio-econômico, Desenho da Figura Humana (DFH), Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC) e Escalas de Personalidade de Comrey (CPS), aplicadas e analisadas conforme seus respectivos padrões técnicos. Foram realizadas análises estatísticas paramétricas ($p \leq 0,05$) comparando o desempenho de G1 e G2 por meio do teste *t de Student* para variáveis numéricas e dos testes *Qui-Quadrado* ou *Exato de Fisher* para variáveis categóricas nominais. Análises de correlação foram realizadas (*Pearson*) dentre as escalas da CPS e os fatores da ESIC. Ainda foram realizadas, por meio de *ANOVA 1-Fator*, análises da variância do desempenho obtido nas técnicas objetivas em função de diferentes representações gráficas do DFH. As características sócio-demográficas de G1 e G2 foram equivalentes, sem diferenças significativas entre ambos. A análise estatística comparativa dos resultados de G1 e G2 nos demais instrumentos usados apontou diferença significativa no Fator 1 da ESIC (satisfação com a própria aparência) e nas Escalas T (Confiança X Atitude Defensiva) e M (Masculinidade X Feminilidade) da CPS. A comparação do DFH evidenciou diferenças entre os grupos em oito itens na 1ª Figura e 11 itens na 2ª Figura (agrupamento por ordem dos desenhos), 10 itens na Figura Feminina e 13 itens na Figura Masculina (agrupamento por sexo do DFH). O G1 mostrou correlação significativa entre o Fator 1 da ESIC com as escalas T, O, A e S da CPS, enquanto o G2 apresentou somente correlação significativa entre Fator 2 da ESIC com a escala S da CPS. O modo de representar graficamente a figura humana (DFH) pareceu diferenciar, em vários itens, a maneira como as mulheres relatam suas características de personalidade (CPS) e sua imagem corporal (ESIC), tanto no G1 quanto no G2. Os resultados encontrados sugerem que as mulheres que buscaram CPE apresentam maior insatisfação com a própria aparência corporal, maior atitude defensiva e sensibilidade afetiva do que as mulheres que não buscaram por esse tipo de procedimento. Pode-se pensar nestas características como fatores motivadores à busca de modificação estética cirúrgica no próprio corpo. Tais resultados apontaram que as vivências psíquicas relativas à imagem corporal e as características de personalidade são elementos relevantes a serem considerados na avaliação clínica de solicitantes de CPE.

Palavras-Chave: *Cirurgia Plástica Estética, Personalidade, Imagem Corporal, Mulheres, CPS, Desenho de Figura Humana, Escala de Satisfação com a Imagem Corporal.*

ABSTRACT

SANTE, A.B. **Self image and personality traits in the search for Aesthetic Plastic Surgery**. 2008. 202 p. Dissertation (Master Degree in Psychology) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

In the last years, several researches have attempted to identify the psychological motivations associated to the ever increasing search for Aesthetic Plastic Surgery (APS). However the complexity of this subject and the methodological diversity of studies make it difficult for any evidences to be conclusive and further research is mandatory. In this context, the present study has the objective to investigate personality traits and the degree of satisfaction with their own body image, comparatively, in women in search for APS versus those who are not in search for APS. Seventy eight volunteer and healthy women from Ribeirão Preto (SP) applied for this study, ages ranging from 18 to 50 years old, and were divided into two groups: Group 1 (n = 37, patients in the wait list of the Ambulatory of Plastic and Reconstructive Surgery – Hospital das Clínicas – FMRP/USP, awaiting for augmentation breast surgery and/or liposuction) and Group 2 (n = 41, women that have not applied for APS, randomly chosen in the general population). These volunteers were individually evaluated by means of a brief interview about life history, questionnaire about social-economical classification, Human Figure Drawing (HFD), Body Image Satisfaction Scale (BISS) and Comrey Personality Scales (CPS), applied and analyzed in accordance to their respective technical standards. Parametric statistical analysis was carried out ($p \leq 0,05$) comparing the performance of G1 and G2 by means of the *Student's t test* for numerical variables and of the *Qui-Square* or *Fisher's Exact test* for nominal categorical variables. Correlation analysis was effected (*Pearson*) between CPS scales and the BISS factors. Through the *ANOVA One-Way*, the variance analysis of the results obtained in objective techniques related to different graphical representations of HFD was also evaluated. The social-demographic characteristics of G1 and G2 were equivalent, without significant differences between the groups. The comparative statistical analysis of the results of G1 and G2 concerning the other analytical instruments indicated significant difference for BISS Factor 1 (satisfaction with self appearance) and for the CPS T (Confidence X Defensive Attitude) and M (Masculinity X Femininity) scales. Comparison of HFD showed differences between the groups in eight items on the 1st Figure and 11 items on the 2nd Figure (grouping by order of the drawings), 11 items on Feminine Figure and 13 items on Masculine Figure (grouping by sex of HFD). G1 had significant correlation among BISS Factor 1 with T, O, A and S scales of CPS, while the way of representation of the Human Figure (HFD) seemed to differentiate, in several items, the manner how women describe their personality traits (CPS) and their body image (BISS), both in G1 and G2. The results suggest that the group of women in search for APS has less satisfaction with body image, more defensive attitude and affective sensibility than the group of women that is not in search for APS. It could be suggested that these characteristics may induce the search for aesthetic body enhancement. The results pointed out that psychic experience related to body image and personality traits are important elements to be considered in the clinical evaluation of patients in search for APS.

Key-words: *Aesthetic Plastic Surgery, Personality, Body Image, Women, CPS, Human Figure Drawing, Body Image Satisfaction Scale.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos motivos de exclusão de participantes desta pesquisa, a partir dos critérios inicialmente pré-estabelecidos.....	65
Tabela 2 – Distribuição da frequência (simples e em porcentagem) das participantes do estudo em função de suas características sócio-demográficas (G1, n = 37 e G2, n = 41).....	67
Tabela 3 – Resultados descritivos nas dez escalas da CPS em função do grupo de mulheres avaliadas: G1 (n = 37) e G2 (n = 41).....	81
Tabela 4 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as escalas da CPS (G1, n = 37).....	84
Tabela 5 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as escalas da CPS (G2, n = 41).....	86
Tabela 6 – Resultados descritivos da ESIC em função do grupo de mulheres avaliadas: G1 (n = 37) e G2 (n = 41)	88
Tabela 7 – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se a ordem das figuras desenhadas, em função dos grupos avaliados.....	92
Tabela 8 – Itens avaliativos do DFH que apresentaram diferenças significativas na comparação entre a 1ª e a 2ª Figura desenhadas, em função de G1 (n = 37) e G2 (n = 41)...	101
Tabela 9 – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se o sexo da figura desenhada, em função dos grupos avaliados.....	103
Tabela 10 – Itens avaliativos do DFH com diferenças significativas entre G1 (n = 37) e G2 (n = 41), considerando-se as duas figuras desenhadas (de acordo com sua ordem).....	111
Tabela 11 – Itens avaliativos do DFH com diferenças significativas entre G1 (n = 37) e G2 (n = 41), em função do sexo das figuras desenhadas.....	120
Tabela 12 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as Escalas da CPS e os Fatores da ESIC, considerando-se G1 (n = 37).....	128

Tabela 13 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as Escalas da CPS e os Fatores da ESIC, considerando-se G2 (n = 41).	129
Tabela 14 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G1, n = 37).	131
Tabela 15 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo da figura desenhada (G1, n = 37).	134
Tabela 16 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G2, n = 41).	137
Tabela 17 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando o sexo da figura desenhada (G2, n = 41).	139
Tabela 18 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando a ordem das figuras desenhadas (G1, n = 37).	142
Tabela 19 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo das figuras desenhadas (G1, n = 37).	144
Tabela 20 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G2, n = 41).	146
Tabela 21 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo das figuras desenhadas (G2, n = 41).	146

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da Imagem Corporal	28
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	176
APÊNDICE B – Caracterização das Variáveis do Protocolo Avaliativo do DFH	177
APÊNDICE C – Protocolo de Avaliação da Escala de Satisfação com a Imagem Corporal	184
APÊNDICE D – Entrevista Semi-Estruturada (Respostas Sobre Desejo / Busca de Cirurgia Plástica Estética)	185

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	190
ANEXO B – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	191
ANEXO C – Avaliação do Nível Econômico	192
ANEXO D – Inquérito Abreviado – Desenho da Figura Humana (Técnica de Machover)...	193
ANEXO E – Protocolo de Avaliação e Interpretação – Desenho da Figura Humana – Técnica de Machover	194
ANEXO F – Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal	201

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. Cirurgia Plástica Estética.....	20
1.2. Imagem Corporal.....	26
1.3. Características de personalidade e Cirurgia Plástica Estética.....	31
1.4. Avaliação psicológica.....	42
1.4.1. <i>O Desenho da Figura Humana (DFH)</i>	46
1.4.2. <i>Escala de Personalidade de Comrey (CPS)</i>	51
1.4.3. <i>Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC)</i>	55
1.5. Justificativa.....	57
2. OBJETIVOS.....	59
2.1. Objetivo geral.....	60
2.2. Objetivos específicos.....	60
3. MÉTODO.....	61
3.1. Aspectos Éticos.....	62
3.2. Participantes.....	62
3.2.1. <i>Contextualização</i>	62
3.2.2. <i>Amostra</i>	64
3.3. Instrumentos.....	71
3.4. Procedimento.....	72
3.4.1. <i>Escala de Personalidade de Comrey (CPS)</i>	73
3.4.2. <i>Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC)</i>	74
3.4.3. <i>Desenho da Figura Humana (DFH)</i>	75
4. RESULTADOS / DISCUSSÃO.....	79
4.1. ESCALAS DE PERSONALIDADE DE COMREY (CPS)	80
4.1.1. Comparação entre G1 e G2.....	80
4.1.2. Correlação entre Escalas da CPS.....	84
4.1.2.1. <i>Grupo de mulheres em espera de CPE (G1)</i>	84
4.1.2.2. <i>Grupo de comparação (G2)</i>	85

4.2. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (ESIC)	87
4.2.1. Comparação entre G1 e G2.....	87
4.2.2. Correlação entre os Fatores da ESIC.....	90
4.3. DESENHO DE FIGURA HUMANA (DFH)	91
4.4. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE (CPS) X SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (ESIC)	127
4.4.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1)	127
4.4.2. Grupo de comparação (G2)	129
4.5. IMAGEM CORPORAL (DFH) E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE (CPS)	130
4.5.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1)	130
4.5.2. Grupo de comparação (G2)	136
4.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL (DFH) E SATISFAÇÃO (ESIC)	141
4.6.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1)	142
4.6.2. Grupo de comparação (G2)	145
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICES.....	175
ANEXOS.....	189



1. INTRODUÇÃO

1.1. Cirurgia Plástica Estética

Até alguns anos atrás todas as pessoas tinham que se conformar com o corpo e a aparência com a qual tinham nascido, sendo a beleza considerada uma bênção recebida da natureza. Com as inovações científicas dos últimos séculos estas crenças foram modificadas, sendo que o homem passou a transformar a natureza em benefício próprio, conseguindo ser também criador de seu corpo biológico (MÉLEGA, 2002). Assim, atualmente a tecnologia dá a possibilidade ao indivíduo de modificar seu corpo de acordo com sua imagem corporal interna, por exemplo, por meio da Cirurgia Plástica de natureza estética.

A Cirurgia Plástica tem a origem de seu nome associada ao termo grego *plastikos*, que significa forma. Existem relatos sobre o início de suas realizações dentre os hindus já há quatro mil anos *a.C.*. Há pelo menos dois mil anos *a.C.* os egípcios utilizam técnicas para correções corporais na tentativa de amenizar defeitos, deformidades ou desfiguramentos, por exemplo, de narizes mutilados por questões religiosas. Mas foi só a partir do século XIX que a especialidade passou a ser reconhecida como importante ramo da cirurgia devido ao reconhecimento do trabalho de pesquisadores importantes nesta época, como a tese de Reverdin, em 1869, que mostrava a possibilidade de transferência de pele de uma região para outra (técnica de enxertia livre) (CURI, 2005).

O século seguinte (XX) foi marcado pela grande explosão da Cirurgia Plástica, pois a existência das duas grandes guerras mundiais possibilitou ampliar a experiência dos cirurgiões em técnicas de reparação dos feridos, divulgando-as ao mundo científico. A partir disso a Cirurgia Plástica teve sua importância expandida ao âmbito social e humanista por proporcionar grande alívio emocional aos indivíduos desfigurados que se submetiam à cirurgia reconstrutiva (CURI, 2005; SARWER *et al.*, 1998). As percepções positivas sobre resultados da Cirurgia Plástica promoveram sua expansão como procedimento eletivo a indivíduos não deformados, com finalidade primordialmente estética.

Assim, foram se delimitando dois métodos principais em Cirurgia Plástica: o reparador (ou reconstrutivo) e o estético. A Cirurgia Plástica Reparadora (CPR) é a realizada em estruturas alteradas do corpo humano, como aquelas com defeitos congênitos ou adquiridos, queimaduras ou tumores. Sua atuação ocorre sempre em um corpo deformado visando atingir a normalidade, trazendo uma melhora da aparência e das funções corporais. A Cirurgia Plástica Estética (CPE), por sua vez, é realizada em estruturas corporais normais com a finalidade de modificar traços fisionômicos que desagradam seus respectivos portadores (CURI, 2005). Pitanguy (1992) explica que, de forma simplificada, a CPE objetiva melhorar a

forma, enquanto que a CPR recupera a função e restaura a forma (apresentando, assim, também um componente estético). Entretanto, ainda segundo este trabalho, o limite entre as duas é difícil de ser delimitado, já que Cirurgia Reparadora e Estética se complementam, visando alcançar o equilíbrio entre a estrutura orgânica e o aspecto psicológico do ser humano.

A maior procura por procedimentos de CPE, ocorrida sobretudo na segunda metade do século passado, também aconteceu no Brasil. De acordo com Finger (2003) esta procura se associa a características de nossa população, a seu ver bastante vaidosa, provavelmente influenciada pelo clima quente presente em quase todo o solo nacional, favorecendo maior exposição do corpo pelas vestimentas. A estabilização econômica a partir da década de 90 pareceu contribuir para a popularização do acesso a tratamentos estéticos, proliferando assim casas especializadas no ramo, aumentando as vendas da indústria cosmética e a procura por CPE.

Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) indicavam que, em 2003, 621.342 procedimentos em Cirurgia Plástica foram efetivados no Brasil, sendo que cerca de 60% deste total ocorreu por finalidades estéticas. Em 2004 o número de Cirurgias Plásticas realizadas no Brasil foi bastante semelhante ao ano anterior, tendo sido realizadas 616.287 cirurgias. Destas, 59% foram cirurgias primordialmente estéticas em uma população 69% feminina (SBCP, 2007). De acordo com informações obtidas diretamente com a SBCP por meio telefônico no final de Fevereiro de 2008, seu levantamento de 2004 (divulgado em SBCP, 2007) foi o último oficialmente realizado e disponível, não havendo dados novos desde então sobre estimativas dos procedimentos em Cirurgia Plástica no Brasil. Projeções da SBCP sugeriam um crescimento de cerca de 24% nesta área médica desde 2004, com a perspectiva de que, em 2006, o número de procedimentos estéticos cirúrgicos alcançasse os 455 mil (EMOFF, 2006).

Dentro da área da CPE inúmeros são os procedimentos que visam a melhoria da forma e da aparência das diferentes partes do corpo. Alguns recebem destaque pela elevada procura e larga realização em nosso país, favorecidos pela expectativa de resultados que aproximem a aparência do indivíduo ao padrão de beleza em voga na sociedade. O Brasil configura-se como o segundo colocado no *ranking* mundial em número de procedimentos em CPE, só ficando atrás dos Estados Unidos (EMOFF, 2006). Os procedimentos estéticos mais realizados em 2003 foram os de lipoaspiração (211.060), seguidos das cirurgias de mama (85.043 mamoplastias adicionais) e de face (66.162 nas pálpebras). Em 2004 a ordem de frequência destes procedimentos cirúrgicos não foi diferente, tendo sido realizadas 54% de

lipoaspirações, 32% de cirurgias de mama e 27% de cirurgias na face em geral (SBCP, 2007).

Por meio desses levantamentos, entende-se que dois procedimentos de CPE recebem destaque pelo número de procuras e de realizações no Brasil: as Lipoaspirações e as Mamoplastias Adicionais. Lipoaspiração é a intervenção cirúrgica em que são aspirados os excessos gordurosos do contorno corporal com objetivo estético, sendo mais comumente realizada na região do abdômen e dos trocânteres (culotes), mas também podendo ser aplicada em diferentes partes do corpo que apresentem regiões de gordura localizada que não são eliminadas pelo emagrecimento ou por exercícios físicos (TOLEDO; GIOVANNETTI, 2003). Já a Mamoplastia Adicional é o procedimento cirúrgico que objetiva aumentar o volume das mamas para obter uma aparência estética mais próxima ao padrão cultural de beleza feminina corrente (mamas volumosas), sendo realizada por meio do implante de silicone gel (HAKME, 2003).

Paralelamente a este aumento da demanda por CPE, percebe-se uma mudança no perfil dos pacientes que a buscam. No Brasil, segundo Finger (2003), os pacientes estão cada vez mais jovens (média de idade de 35 anos) e com expectativas diferentes sobre o formato corporal, desejando mamas cada vez mais volumosas (média de 215 ml de volume nos implantes mamários) e quantidade de gordura lipoaspirada cada vez maior.

A instigante questão que surge diante dos inúmeros dados estatísticos mostrando a crescente quantidade de pessoas que buscam algum tipo de Cirurgia Plástica eletiva é: qual(is) motivo(s) estaria(m) implícito(s) nesta busca por mudanças na forma física? Seria necessário ainda perguntar: por quê esse desejo de mudança corporal é, cada vez mais, social e culturalmente aceito e até mesmo estimulado na atualidade?

Há evidências empíricas apontando elevado grau de insatisfação dos indivíduos com a própria aparência. Por exemplo, Castle, Honigman e Phillips (2002) citam pesquisas norte-americanas de 1997 em que 56% das mulheres e 43% dos homens disseram estar insatisfeitos com sua aparência como um todo. Finger (2003) cita um estudo brasileiro sobre a avaliação da auto-imagem de indivíduos com peso normal, no qual foi encontrado que 50% dos entrevistados estavam insatisfeitos com seu corpo e que 67% das mulheres e 28% dos homens desejavam se submeter a alguma CPE. Em outra pesquisa brasileira, realizada em Junho de 2004 por um instituto especializado em pesquisas de mercado de São Paulo (VALLADARES *et al.*, 2004), 12.477 pessoas foram entrevistadas. Os resultados deste trabalho apontaram que 90% das mulheres e 65% dos homens referiram desejar mudanças no próprio corpo, sendo que as mulheres afirmaram querer modificação no abdômen (28%) e nos seios (20%), enquanto os homens desejavam mais cabelos no couro cabeludo (20%). Entre os 5% que já

tinham feito plástica, 90% desejavam passar por outra e, dentre os que nunca haviam se submetido a CPE, 30% declararam que ainda pretendiam enfrentar o bisturi.

Na tentativa de melhorar a compreensão desse elevado grau de insatisfação dos indivíduos com o próprio corpo, alguns estudos focalizaram a investigação da influência da beleza ou da atratividade física na vida das pessoas. Housman (1990) argumenta, nesta direção, que a beleza é valorizada desde a infância, sendo que pessoas bonitas tendem a receber maior e melhor atenção dos outros, assim como melhores oportunidades pessoais e profissionais. De acordo com pesquisas citadas por esta autora, as pessoas belas recebem mais atenção visual dos adultos quando crianças, maior consideração dos professores na escola, despertam mais vontade no pretendente para que este se aproxime e continue com o encontro amoroso, além de receberem mais ofertas de emprego, avaliações mais positivas e maior crédito pelo sucesso em uma tarefa. Na concepção desta pesquisadora, estes elementos parecem associados ao fato das pessoas, em geral, perceberem os indivíduos fisicamente atraentes como sendo mais gentis, sociáveis, extrovertidos, sensíveis, fortes, modestos e sexualmente mais excitantes. A consequência de toda essa consideração ao longo do tempo, em sua interpretação, poderia ser o fortalecimento da auto-estima das pessoas fisicamente atraentes, o que as levaria a maior socialização e melhor desenvolvimento de assertividade e de habilidades interpessoais.

As culturas ocidentais tendem a valorizar a atratividade física, aspecto que influencia o modo dos indivíduos pensarem e se comportarem diante de pessoas com variadas qualidades de aparência. Considerando que as mensagens culturais recebidas sobre a atratividade física são internalizadas e servem como ideais pessoais, elas podem afetar de modo adverso as auto-avaliações (e as satisfações) em relação à própria aparência física. Dessa maneira, uma perspectiva sociocultural sobre a auto-imagem entende ainda que, quanto mais discrepante é a auto-avaliação em relação ao ideal cultural, maior a insatisfação com a aparência. Esta, por sua vez, poderia prejudicar a imagem corporal do indivíduo, proporcionando efeitos devastadores para sua saúde mental e física.

Considerando o papel da mídia massificada como grande influenciadora da imagem corporal, Tiggemann (2002) entende que ela, de certo modo, invade a vida cotidiana das pessoas pertencentes às sociedades ocidentais. Esta autora é direta ao afirmar que não há dúvida de que os padrões sociais correntes para a beleza feminina valorizam a magreza de modo tão intenso que é praticamente impossível, para a maioria das mulheres, alcançá-la por meios saudáveis. Além do mais, os ideais de magreza não são oferecidos isoladamente, mas sim fazendo parte de um roteiro cultural complexo que liga a magreza e a atratividade física à

felicidade, à aceitação e ao *status* social. A utilização deste esquema cultural, onde a aparência e a magreza são tidas como absolutamente vitais para o sucesso e a felicidade, indica que o valor próprio se torna equivalente à atratividade percebida pela mulher (TIGGEMANN, 2002). Por ser tão difundida, a mídia massificada é poderosa fonte de convergência deste ideal sociocultural, funcionando como fator de grande contribuição para os altos níveis de insatisfação corporal e de distúrbios alimentares nas mulheres da atualidade.

Estes processos têm conseqüências perceptuais, afetivas, cognitivas e comportamentais para a imagem corporal. Pode haver distorção perceptiva quando as mulheres se vêem como gordas quando na verdade não o são. No campo da afetividade, o fracasso em se alcançar o tamanho e peso corporal idealizados, porém irrealistas, pode levar à insatisfação com o corpo e ao humor negativo. No domínio cognitivo, o investimento na aparência como o critério principal na auto-avaliação resulta em atenção seletiva para as mensagens associadas à aparência. Em termos de comportamento, as mulheres tipicamente perseguem o ideal de magreza por meio de dietas ou de outras medidas para perder peso (TIGGEMANN, 2002). Tendo em vista todas estas considerações, depreende-se a relevante influência da mídia sobre a formação e transformação da imagem corporal dos indivíduos na atualidade.

Estes achados parecem ser elucidativos sobre as razões da alta procura por modificações no corpo que possibilitem algum tipo de embelezamento, já que existe a premissa de que a melhoria na aparência corporal ou rejuvenescimento tende a refletir no aumento da auto-estima e, conseqüentemente, pode promover repercussões positivas na vida pessoal e profissional do indivíduo. A busca de beleza parece embutir uma busca de semelhança com os pares, com conseqüente aproximação entre os mesmos, visto que a diferença poderia ser sentida como fator de distanciamento do indivíduo dentro de seu grupo (HOUSMAN, 1990). Neste sentido, de acordo com Pitanguy (1992), a CPE teria a função de possibilitar a harmonização do corpo com o psiquismo, visando ao estabelecimento de certo equilíbrio interno que permitiria ao indivíduo uma reestruturação e um reencontro consigo mesmo, de modo a se sentir em harmonia com sua própria imagem e com o ambiente que o cerca.

Apesar dessas possibilidades, quando uma pessoa passa a considerar os procedimentos da CPE como sua única fonte de felicidade, tende a diminuir suas alternativas de efetivo cuidado corporal e de satisfação psíquica, tornando patológica uma motivação que poderia ser saudável. É neste campo que podem se manifestar transtornos da imagem corporal, em especial, implícitos nos transtornos alimentares (anorexia ou bulimia nervosa) ou do peso

(obesidade).

Outro transtorno existente e reconhecido como específico da imagem corporal é o chamado Transtorno Dismórfico Corporal ou Dismorfofobia ou Dismorfia Corporal, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998). Caracteriza-se pela percepção distorcida do indivíduo sobre seu próprio corpo, sendo que um pequeno defeito (real ou imaginado) torna-se o foco de atenção e de infelicidade, causando prejuízos a diversas áreas de funcionamento da pessoa (CASTLE; HONIGMAN; PHILLIPS, 2002). Tais indivíduos costumam procurar vários cirurgiões plásticos para tentar resolver seu suposto defeito, às vezes passando de consultório em consultório por receber negativas dos bons profissionais. Quando encontram um profissional que realiza a cirurgia (idealizada) que querem, a insatisfação permanece e o círculo vicioso continua com a busca de novas cirurgias, muitas vezes resultando em um prazer mórbido por transformações corporais.

O papel da mídia e do contexto social também parece ter grande impacto na maneira da sociedade encarar os procedimentos da CPE, cada vez mais desejados, talvez devido à ampla divulgação de padrões corporais específicos para homens e para mulheres, assim como devido à divulgação (idealizada) do poder transformativo dessa especialidade médica (MENINGAUD *et al.*, 2001). Dessa maneira, muitas pessoas parecem se esquecer que uma Cirurgia Plástica com finalidade estética não passa de uma cirurgia como qualquer outra, envolvendo riscos inerentes a este tipo de procedimento médico. Além disso, seus resultados são altamente dependentes da realidade física do paciente e/ou da experiência do cirurgião, portanto, bastante variáveis.

Diante deste contexto, um cirurgião plástico deve cuidadosamente compreender e orientar seu paciente, explicando de forma clara os riscos existentes durante os procedimentos médicos e no pós-operatório, assim como as reais possibilidades de resultado da CPE, diminuindo eventuais expectativas irreais. Além disso, deve avaliar o indivíduo como um todo, propondo uma mudança que resulte em maior harmonia da aparência física, visto ser o especialista que possui melhor preparo técnico e visão de anatomia funcional e estética (PITANGUY, 1992).

Depreende-se, portanto, que a Cirurgia Plástica, especialmente a Estética, lida com problemas psicossociais do paciente em grande escala, talvez numa intensidade maior do que qualquer outro ramo médico-cirúrgico que, no geral, focaliza a luta entre vida-morte ou saúde-doença. Diferentemente destes, o campo da atuação e o foco de preocupação da CPE é o alcance de uma aparência harmoniosa (ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998). A CPE é um

procedimento técnico-científico justificado pelos ganhos psicológicos fundamentais à satisfação do paciente (RIBEIRO *et al.*, 1992).

Buscando uma síntese dos elementos até aqui apresentados, pode-se reconhecer um crescimento vertiginoso da busca por procedimentos estéticos, dentre eles os cirúrgicos, associando-se a um também crescente número de pessoas (homens e mulheres) insatisfeitas com o próprio corpo e sua aparência. Diante dessa realidade, parece sensato tentar identificar, na literatura científica da área, considerações referentes ao funcionamento psíquico das pessoas que solicitam CPE, na tentativa de melhor compreender os fenômenos apontados. Para tanto, as temáticas da imagem corporal e das características de personalidade que acompanham a tomada de decisão de se submeter a uma modificação cirúrgica no corpo destacam-se, passando, então, a ser foco neste trabalho.

1.2. Imagem Corporal

Dentro da complexidade do estudo da imagem corporal, certamente os trabalhos de Paul Schilder ocuparam e ocupam lugar de destaque, merecendo a devida explanação. Deve-se a este estudioso uma das primeiras sistematizações deste termo “Imagem Corporal”, tão debatido e utilizado em diferentes contextos de saúde. Dada a sua relevância científica, faz-se necessário retomar a conceituação de Imagem Corporal proposta por Schilder (1935/1980), a saber:

Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. (...) O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. (...) Existe uma apercepção do corpo. (...) Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação (pág. 11).

Esta imagem sobre o próprio corpo ou esquema tridimensional sobre o mesmo é uma auto-percepção em contínuo desenvolvimento, influenciada por fatores interpessoais, ambientais e temporais (OFFMAN; BRADLEY, 1992). Com base nesta concepção, a vida psíquica pode propiciar modificações constantes nestas figurações sobre si mesmo, favorecendo inúmeras imagens corporais. Assim sendo, mudanças no psiquismo humano tendem a estar associadas a mudanças na imagem corporal (CAPISANO, 1992).

Tendo em vista as contribuições de Capisano (1992), a imagem corporal se estrutura

na mente do indivíduo como fruto do contato consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Seria formada, portanto, sob o primado do inconsciente, a partir de contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas e sociológicas. Para este pesquisador, a imagem corporal não é mera sensação ou imaginação, constituindo-se como a representação do corpo em nossa mente. Desta forma, seu resultado final é uma unidade passível de transformação, onde todos os sentidos entram em colaboração.

Detalhando suas considerações, Capisano (1992) afirma que é a visão global que o indivíduo forma de si que delinea o corpo em relação à sua situação diante do mundo externo. Tentando clarear esta afirmação, este autor argumenta que pouco sabemos sobre nosso corpo quando parados e que a possibilidade de aprendizagem sobre o funcionamento e as características corporais advém de movimentos e de contatos do indivíduo com o mundo exterior. Assim, a imagem do corpo não se estabelece à priori, mas à custa de nossa percepção, que vai registrando modelos de postura que se modificam constantemente a partir de manifestações emocionais, que por sua vez dependem da mobilização das zonas erógenas. Dessa forma, a cada momento e a cada atitude emocional, é conferido um determinado modelo postural. O esquema do corpo seria, então, dinâmico, obedecendo ora a correntes construtivas da vida, ora a correntes destrutivas, em contínuo movimento de auto-construção e de auto-destruição. Este conceito é justificado a partir do entendimento sobre instintos de vida e morte, vistos como bases das percepções e com função estrutural no modelo do corpo (CAPISANO, 1992).

Ao discorrer sobre o conceito de imagem corporal, Pitanguy (1992) o considera primordial na compreensão da busca de Cirurgia Plástica. Argumenta que a imagem corporal é importante componente da identidade pessoal, sendo formada a partir da complexa interação de três informações distintas: da imagem idealizada (aquela que se deseja ter), da imagem representada pela informação das outras pessoas (informações externas) e da imagem objetiva que a pessoa vê ao olhar e sentir o próprio corpo. Sendo parte da identidade pessoal, este estudioso argumenta que é central o estudo da imagem corporal no campo da Cirurgia Plástica. Considera a busca de melhorias na própria imagem e nas formas de manutenção da integridade do indivíduo como poderosas fontes de motivação interna humana, associando a estes fatores o desejo de procedimentos cirúrgicos estéticos.

Outro estudioso de destaque na área da imagem corporal é Slade (1994). Neste trabalho ele apresenta evidências e argumentos diversos para apontar que a definição de imagem corporal se expandiu para se referir “à *imagem que temos em nossa mente sobre o tamanho, formato (contorno) e aparência de nosso corpo; e sobre os sentimentos relativos a*

essas características e sobre nossas partes corporais que nos constituem” (p. 497). De forma resumida, explica que a imagem corporal é vista como tendo dois componentes principais, que seriam o “componente perceptual” e o “componente atitudinal”. O primeiro diz respeito à precisão com que o indivíduo estima o tamanho e a forma de seu corpo, enquanto o segundo diz respeito às atitudes e aos sentimentos que o indivíduo tem em relação ao próprio corpo.

Em termos esquemáticos, a proposição de Slade (1994) relativa ao conceito de imagem corporal pode ser configurada nos termos apresentados na Figura 1.

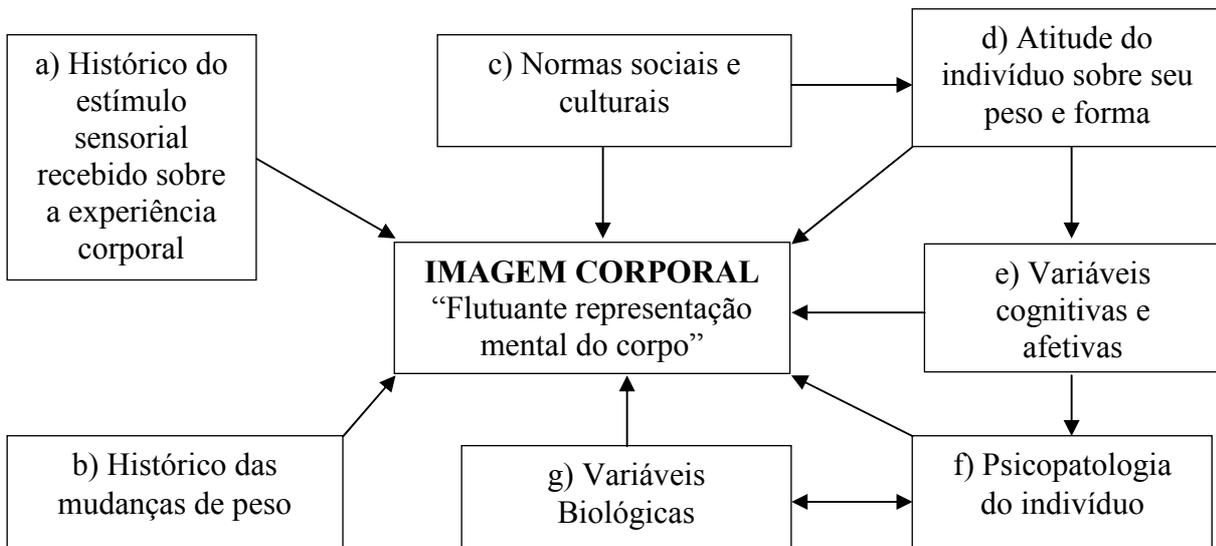


Figura 1. Modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da Imagem Corporal (SLADE, 1994).

Para este estudioso, portanto, a Imagem Corporal corresponderia a uma “*flutuante representação mental do tamanho, contorno e aparência do corpo que é influenciada por uma variedade de fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos, que operam variavelmente ao longo do tempo*” (SLADE, 1994, p. 502). Ao explicar os fatores componentes de seu esquema acima representado, este autor argumenta que, durante a vida, o indivíduo: (a) recebe estímulos sensoriais de natureza visual, tátil e cinestésica sobre a forma, tamanho e aparência de seu corpo, que variam com o tempo e modelam a representação mental sobre o próprio corpo. Por outro lado, (b) uma variação freqüente e intensa no peso corporal parece favorecer uma flutuação na imagem corporal, característica freqüentemente encontrada em anoréxicas e em obesas, (c) condições cada vez mais presentes em nosso meio sociocultural, o qual estimula o “culto ao corpo magro” especialmente em mulheres, o que indubitavelmente serve de estímulo (d) às suas atitudes em relação ao tamanho e aparência

corporais idealizados. Expectativas (e) sobre a quantidade de calorias ingeridas parecem influenciar o julgamento sobre o próprio tamanho corporal, assim como as questões afetivas parecem tornar possível que um indivíduo se sinta mais gordo do que na verdade ele percebe ser. Tais características mostram-se associadas a (f) psicopatologias que o indivíduo possa apresentar, pois claramente influenciam a Imagem Corporal e outras variáveis já discutidas, somando-se ao fato de distúrbios mentais apresentarem intensa relação com (g) variáveis biológicas, inclusive os que distorcem a representação mental do corpo (anorexia, bulimia, obesidade, dismorfofobia).

Vale ressaltar que este é um dos muitos modelos desenvolvidos para explicar a formação e a constante modificação da Imagem Corporal. Compartilhando dos princípios de Slade (1994), Alagöz *et al.* (2003) também concebem a imagem corporal como a percepção que o indivíduo tem de seu próprio corpo, a representação interna de sua aparência externa. Consideram que esta imagem é dinâmica, podendo ser modificada com o tempo e afetada por fatores internos e externos. Dentre os fatores externos que podem influenciar a imagem corporal incluem influências interpessoais, ambientais e históricas, como as preferências e as tradições de determinada sociedade, oferecendo destaque para componentes sócio-culturais.

Finalmente, a temática da imagem corporal pode também ser compreendida em relação à influência sofrida nas interações interpessoais. Tantleff-Dunn e Gokee (2002) direcionam esta discussão considerando que nossos relacionamentos interpessoais, a maneira com que nos vemos em comparação aos outros e o *feed-back* que recebemos contribuem para nosso auto-conceito, inclusive os sentimentos sobre nossa aparência física. Mais freqüentemente do que gostaríamos, ficamos apreensivos sobre como os outros irão avaliar a maneira como aparentamos.

A partir dessa perspectiva (TANTLEFF-DUNN; GOKEE, 2002), três processos interpessoais principais configuram-se como significativos no desenvolvimento da imagem corporal: estimativas (avaliações) reflexivas, retornos (*feedbacks*) sobre a aparência corporal e comparação social. Os processos de avaliações reflexivas se referem à noção de que a opinião do outro sobre nós (ou nossa percepção sobre como os outros nos vêem) tem influência significativa em como nos vemos. No campo da atratividade física, dados de pesquisas sugerem que, tanto para crianças como para adultos, a percepção sobre a avaliação do outro tem um significativo impacto na auto-avaliação (HOUSMAN, 1990; JACKSON, 2002).

O recebimento de *feedback* sobre a aparência física é um dos meios pelos quais as pessoas desenvolvem suas percepções sobre como os outros lhes percebem. Este *feedback* pode vir de parentes, amigos, namorados, tutores, chefes ou até mesmo de pessoas

completamente estranhas. Ele pode ocorrer por meio de diretas provocações ou críticas até por meio de comentários ambíguos ou de sutil linguagem corporal. Independente da fonte, qualquer *feedback* negativo sobre a aparência pode ser devastador, estando associado à precipitação de insatisfação com o corpo, o que também pode se relacionar a transtornos alimentares, depressão e auto-estima baixa, além de outros transtornos da imagem corporal.

A comparação social é também outro processo pelo qual avaliações sobre a auto-imagem são formadas. Dentro do âmbito da imagem corporal, a propensão a comparar a própria aparência física com a dos outros modera a extensão com a qual a representação invasiva do ideal de magreza e de atratividade pode resultar em transtorno da imagem corporal. Teoricamente, os alvos da comparação podem ser importantes variáveis na determinação de como cada pessoa se auto-avalia.

Frente às explanações realizadas sobre as variáveis envolvidas na imagem corporal, depreendem-se semelhanças e diferenças teóricas. Neste contexto, Pruzinsky e Cash (2002) discorreram que, apesar de sua longa história, o conceito de imagem corporal ainda mantém-se complexo e com significados diferentes para cientistas e clínicos. Ponderaram ainda que a definição de imagem corporal é difícil e variável porque existem muitos outros termos usados para definir os diferentes componentes da mesma, sendo que em várias vezes os pesquisadores e clínicos os usam de maneira intercambiável, quando na verdade não deveriam fazê-lo. Além do mais, parece não haver grandes esforços para uma real integração entre as diversas linhas de pensamento e de pesquisa sobre o construto da imagem corporal. Provavelmente, a única concordância atualmente entre seus estudiosos, desde o passado até o presente, seja a de que a imagem corporal é um fenômeno multidimensional.

Portanto, para o presente trabalho, adotou-se este pressuposto da imagem corporal como um construto multidimensional, dinâmico e complexo. Como norteador da análise e das interpretações das implicações deste conceito neste estudo, recorreremos à definição original de Schilder (1935/1980) sobre a imagem corporal.

Diante desta complexidade das variáveis intervenientes nesta área, faz-se necessário recorrer à literatura científica e examinar a direção dos achados existentes em relação aos fatores que influenciam a composição da auto-imagem e sua relação com o foco deste trabalho, a busca de CPE. Nesta perspectiva, passam a ser abordadas investigações científicas que focalizaram estes aspectos.

1.3. Características de personalidade e Cirurgia Plástica Estética

Muitos estudos têm sido desenvolvidos há décadas, em diferentes países, procurando avaliar características psicológicas de pacientes que procuram e se submetem à CPE. Housman (1990) verificou que a maioria da literatura científica nesta área foi escrita por cirurgiões plásticos, apontando que, mesmo possuindo uma formação basicamente médica, estes profissionais estariam sensíveis e necessitados de compreensão dos componentes psíquicos de seus pacientes, visto que os resultados de seu trabalho se mostram forçosamente relacionados a estes elementos da dinâmica interna apesar de trabalharem, na prática, com os aspectos corporais externos. Este autor discute a crescente necessidade de profissionais especializados neste complexo campo de trabalho, no qual devem ser considerados cuidadosamente os aspectos psicológicos envolvidos nas mudanças corporais e na atratividade física, exigindo estudo aprofundado das variáveis envolvidas nesta área.

Ainda nos tempos atuais, muito pouco é sabido sobre o *status* psicológico da pessoa que procura CPE ou sobre as potenciais mudanças psicológicas que se seguem à cirurgia. Sarwer *et al.* (1998) discutiram que ainda não se tem claro, por exemplo, se estas pessoas possuem alto grau de insatisfação com a imagem corporal (inclusive com psicopatologias como a Dismorfia Corporal), se são psicologicamente saudáveis e procuram cirurgia para melhorarem uma auto-imagem já favorável, ou ainda se sabem intuitivamente que, cultural e socialmente, existe a associação de uma aparência atrativa com outras características como inteligência, competência e valorização social.

Estes mesmos autores revisaram o histórico das pesquisas realizadas desde o início do século XX no que concerne às características psicológicas dos indivíduos que procuram CPE. Assim, com uma visão bastante crítica, explicaram que a partir dos anos 1940 e 1950 a literatura da área voltou-se a avaliações psiquiátricas formais destes solicitantes, mas que, tipicamente, estas avaliações refletiam a dominância do pensamento psicanalítico na psiquiatria americana e geralmente caracterizavam os pacientes como altamente neuróticos e/ou narcisistas (HILL; SILVER¹, 1950; LINN; GOLDMAN², 1949 – *apud* SARWER *et al.*, 1998). As queixas dos pacientes sobre a própria aparência eram então conceituadas em termos de conflitos intrapsíquicos transformados em preocupações somáticas.

Ainda neste estudo de revisão da literatura, Sarwer *et al.* (1998) verificaram que,

¹ HILL, G.; SILVER, A. G. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. **Psychosomatic Medicine**, nº 12, p. 345-352, 1950.

² LINN, I.; GOLDMAN, I. B. Psychiatric observations concerning rhinoplasty. **Psychosomatic Medicine**, nº 11, p. 307-315, 1949.

especialmente nas décadas de 1960 a 1980, muitos estudos foram conduzidos por meio de entrevistas clínicas. Estas revelavam significativa taxa de psicopatologia nestes pacientes, chegando a 70% de diagnósticos de algum transtorno psiquiátrico (comumente depressão neurótica e personalidade passivo-dependente). Estes diagnósticos foram mais frequentemente encontrados em pacientes que se submeteram aos seguintes procedimentos de CPE: *facelift* (rejuvenescimento facial), rinoplastia e mamoplastia adicional.

Entretanto, Sarwer *et al.* (1998) discutem que esta estratégia metodológica limitou o grau de confiança que pode ser depositado em tais estudos, primeiro porque estes estudos não utilizaram procedimentos padronizados de pesquisa. Na maioria dos casos, a natureza da entrevista clínica não foi descrita e critérios diagnósticos uniformes não foram utilizados. Alguns investigadores complementaram a entrevista com medidas de auto-relato, porém não deixavam claro como esses dados foram utilizados para se formular as descrições ou diagnósticos resultantes. Somado-se a isso, a maioria das investigações não incluía um grupo controle ou de comparação, resultando na impossibilidade de se determinar se o nível relatado de psicopatologia era maior do que de pacientes que se submeteram a outros procedimentos médicos ou cirúrgicos. Finalmente, os altos níveis de psicopatologia referidos nestes estudos da literatura científica daquela época podem ser reflexo da tendenciosidade do treinamento psicanalítico dos investigadores. Contudo, ressaltam que estas limitações metodológicas não são exclusividade das décadas passadas, podendo ainda hoje ser encontradas em estudos recentes que utilizam a entrevista clínica como único método de investigação. Sarwer *et al.* (1998) concluem, em sua revisão da literatura, que dados clínicos de psicopatologia nos pacientes de CPE devem ser vistos com precaução, pois, dadas as limitações metodológicas discutidas, é impossível determinar quais destes pacientes estavam verdadeiramente com algum transtorno psicológico.

Por sua vez, os estudos que usaram testes psicológicos padronizados como recursos metodológicos, no geral, resultaram em menor número de transtornos psicológicos, comparativamente ao índice encontrado em investigações realizadas por meio exclusivo de entrevistas clínicas. Sarwer *et al.* (1998) encontraram que o instrumento psicológico mais utilizado para se avaliar possível psicopatologia nos pacientes de CPE foi o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Este, por sua vez, não indicou significativos transtornos nos vários grupos cirúrgicos nos quais foi aplicado (*facelift*, mamoplastia adicional, rinoplastia).

Ainda no mesmo trabalho de revisão de literatura, Sarwer *et al.* (1998) apresentam investigações que utilizaram outras técnicas padronizadas de avaliação psicológica (além de

entrevistas clínicas) como recurso metodológico. Também nestes estudos encontraram baixos ou nulos indicadores de psicopatologia nos pacientes de CPE. Algumas destas investigações apontaram que pacientes de rinoplastia apresentavam mais características de neurose ou de obsessividade do que seu respectivo grupo controle, enquanto pacientes de redução de mamas tinham mais indicadores de depressão e de ansiedade.

Apesar dos vários limites metodológicos encontrados nos estudos revistos por Sarwer *et al.* (1998), estes autores consideram que os resultados das investigações que recorreram ao uso de testes objetivos tendem a ser mais confiáveis do que os derivados exclusivamente de entrevistas clínicas. Diante da revisão que realizaram, afirmaram tender a pensar que a maioria dos pacientes de CPE não sofre de sérios transtornos psicológicos. Concluíram que ainda não foi encontrada clara associação entre um determinado procedimento cirúrgico estético e uma manifestação psicopatológica em específico.

Contudo, estes pesquisadores ainda discutem que a população que busca CPE tem mudado ao longo do tempo, o que poderia, conseqüentemente, estar mudando o panorama das características psicopatológicas associadas. Comentam que, nas últimas décadas, mais pacientes procuram por este tipo de intervenção, englobando mais mulheres e homens de diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos. Argumentam ainda que a procura por estes procedimentos era mais restrita nas décadas de 1960 a 1980, quando maior freqüência de psicopatologias podia estar envolvida nesta busca.

Não perdendo de vista estas importantes considerações sobre a dificuldade e a diversidade metodológica e de resultados desta área de pesquisa, serão apresentados, a seguir, resultados de investigações (brasileiras e internacionais) que focalizaram as características de personalidade como variáveis significativas no processo de busca da CPE. Estes serão apresentados seguindo-se a ordem cronológica em que foram desenvolvidos e publicados, tendo sido escolhidos por sua importância e aproximação com o tema presentemente estudado.

No Brasil, em um estudo pré-operatório com mulheres (n = 53) que buscaram Mamoplastia Reducional, Ribeiro *et al.* (1992) utilizaram como instrumentos a entrevista semi-dirigida, a técnica projetiva do Desenho da Figura Humana (DFH) seguindo as considerações de Machover, e a técnica objetiva do *Crown-Crisp Experiential Index* (CCEI). Em sua maioria, as participantes eram solteiras e pertenciam a um nível sócio-econômico médio, apresentando média de idade de 28 anos. De acordo com estes autores, os indicadores do DFH sugeriram que as pacientes se apresentaram equilibradas, auto-centradas e com energia efetivamente canalizada ao seu desejo (cirurgia plástica), na tentativa de poder

elaborar aspectos da vivência de sua sexualidade. Verificaram ainda indícios de algumas possíveis dificuldades no relacionamento social neste nível mais latente avaliado pelo DFH. Em relação ao CCEI, encontraram diferenças significativas (em relação à padronização inglesa do instrumento) em algumas subescalas, sendo que as mulheres do estudo apresentaram médias maiores em ‘fobia’, ‘obsessividade’ e ‘histeria’, e menores em ‘somatização’. Dessa maneira, foi entendido que as mulheres que buscavam por redução de mamas apresentaram-se com mais características de ansiedade, associada à evitação de situações ansiogênicas (‘fobia’), meticulosidade, necessidade de controle, perfeccionismo (‘obsessividade’), labilidade afetiva, necessidade de ser o centro das atenções e excessiva dependência dos outros (‘histeria’), e menor tendência a apresentar sintomas somáticos de ansiedade (‘somatização’) (MAGRINI, 2000)

Ao estudar outro grupo de pacientes que procuraram por Ritidoplastia (*facelift*) (n = 28; idade média = 49 anos; 43% casadas; 82% com nível sócio-econômico médio-alto), Ribeiro *et al.* (1995) utilizaram, de maneira semelhante, a entrevista semi-dirigida, o Desenho da Figura Humana (DFH) de acordo com as propostas de Machover, e o *Crown-Crisp Experiential Index* (CCEI). Identificaram no DFH indícios elevados de comunicabilidade social, de valorização da figura feminina, de auto-afirmação e de esforço dirigido, porém também encontraram nesta técnica aspectos de regressão e de dificuldade na adaptação social, resultados aparentemente contraditórios que não foram discutidos pelos autores. O CCEI apresentou diferença significativa em relação às normas inglesas, obtendo médias maiores nas subescalas ‘obsessividade’ e ‘histeria’, com médias menores em ‘somatização’. Isso vale dizer que as participantes que buscaram ritidoplastia apresentaram-se com maior tendência a serem meticulosas, perfeccionistas e controladoras (‘obsessividade’), com maior labilidade emocional, dependência dos outros e necessidade de serem o centro das atenções (‘histeria’), além de tenderem a apresentar menos sintomas somáticos associados à ansiedade (‘somatização’) (MAGRINI, 2000). Dessa maneira, concluíram a tendência dessas mulheres (que buscavam procedimento de CPE) em valorizarem a aparência e de necessitarem de ‘algo concreto’ (cirurgia) para poderem atuar mais seguramente no meio ambiente, lidando com o próprio corpo enquanto mediador de si no mundo.

Partindo da hipótese de que indivíduos que solicitam CPE apresentariam maior índice de distorção da imagem corporal, baixa auto-estima e satisfação com a vida quando comparados à população ‘normal’, Özgür, Tuncali e Gürsu (1998), na Turquia, realizaram um estudo de caracterização destes pacientes. O primeiro grupo foi composto por 100 participantes que buscaram diferentes tipos de CPE (rinoplastia, mamoplastia,

abdominoplastia, lipoaspiração, etc.), o segundo grupo foi composto por 100 indivíduos que buscaram diferentes tipos de CPR (por trauma, tumor, queimadura, etc.) e, por fim, o terceiro grupo (considerado como controle) foi formado por 100 indivíduos escolhidos a partir de uma população “normal”, “não cirúrgica”, que nunca haviam se submetido a qualquer CPE ou CPR, nem as procurado em qualquer instituição. Verificaram que a maioria dos indivíduos que procurava CPE era do sexo feminino e com alta escolaridade. Para a comparação destes três grupos utilizaram um questionário sócio-demográfico e escalas auto-aplicáveis que avaliavam a satisfação com a vida (*Life-Satisfaction Index*) (NEUGARTEN *et al.*, 1961; KARATAS, 1988), a auto-estima (*Self-Esteem Inventory*) (COOPERSMITH, 1986; TURAN; TUFAN, 1988) e a percepção da imagem corporal (*Body-Image Inventory*) (BERSCHEID *et al.*, 1973; GOKDOGAN, 1988). Seus resultados não corroboraram as hipóteses iniciais, identificando inexistência de significativa diferença estatística entre seus pacientes (grupo CPE) e os outros grupos estudados (grupo CPR e grupo controle) em todas as variáveis consideradas. Discutiram tais achados considerando que, progressivamente, a Cirurgia Plástica vem se popularizando e sendo procurada por indivíduos normais, ainda que em uma minoria sejam encontrados graves transtornos psicológicos.

Na tentativa de investigar eventual associação entre características demográficas de pacientes que procuram CPE e possíveis sintomas psiquiátricos, Ishigooka *et al.* (1998) no Japão, avaliaram sistematicamente, por meio de entrevista clínica, todos os pacientes que se submeteram, no período de janeiro de 1980 a junho de 1997 (n = 415; homens = 130; mulheres = 285; idade média = 35 anos), a alguma CPE em um específico hospital-escola (90,6% de procura de CPE na região da face). Utilizaram, para a avaliação dos dados da entrevista clínica, os critérios do Código Internacional das Doenças - CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998), focalizando-se na possível presença de Transtorno Dismórfico Corporal. Estes pesquisadores encontraram que 47,7% dos pacientes foram categorizados como tendo um transtorno psiquiátrico de acordo com o CID-10, destacando-se os diagnósticos de depressão, de esquizofrenia e de outros transtornos delirantes persistentes. Transtornos neuróticos também foram encontrados, tais como ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão, distúrbio somatoforme, assim como transtornos de personalidade. Outro achado foi a inadequação no ajustamento social de 56% dos participantes. Os autores discutem que a relação entre a preocupação excessiva com a aparência física e um pobre funcionamento social permanece incerta, mas que imaginam que o comportamento de procura da CPE pode ser parcialmente resultado de um desejo inconsciente de resolver relacionamentos interpessoais perturbados.

Vargel e Ulusahin (2001), na Turquia, desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de comparar candidatos de diversas CPE (n = 20) com pessoas que se submeteriam a pequenas cirurgias (em geral, cirurgias na pele) (n = 20, pareados com o primeiro grupo em idade, sexo, nível educacional, estado civil) no que concerne à frequência da apresentação de: sintomas psiquiátricos, índices de depressão, aspectos perceptivos, cognitivos e atitudinais em relação à imagem corporal e a presença do Transtorno Dismórfico Corporal. Utilizaram basicamente instrumentos de auto-relato, acoplados a uma entrevista posterior para avaliar a possível presença do Transtorno Dismórfico Corporal. Assim, as técnicas utilizadas focalizaram a detecção de sintomas psiquiátricos (*Sympton Check List-90 Revised*) (DEGORATIS, 1977; DAG, 1991), de depressão (*Beck Depression Inventory*) (HISLI, 1988 e 1989) e de aspectos perceptuais, comportamentais e atitudinais da imagem corporal (*The Multi-Dimensional Body Self Relations Questionnaire*) (CASH; WINSTEAD; JANDA, 1986; DOGAN; DOGAN, 1992). Seus achados foram os de que os pacientes de CPE não diferiram do grupo controle em termos de psicopatologia, a não ser por quatro casos que preencheram os critérios diagnósticos para o Transtorno Dismórfico Corporal. Concluíram que a procura da CPE não se associa a prováveis transtornos psiquiátricos. No entanto, argumentam que o processo pré-operatório destes pacientes deve incluir a investigação específica de variáveis da dinâmica interna, em especial a verificação da existência do Transtorno Dismórfico Corporal e da depressão, na tentativa de proteger, tanto paciente quanto cirurgião, de complicações sociais e ocupacionais posteriores.

Recorrendo a testes psicométricos específicos, Meningaud *et al.* (2001) na França, buscaram caracterizar aspectos de personalidade de candidatos de CPE, examinando também a importância de fatores que podem contribuir para a vulnerabilidade psicológica. Realizaram, então, um estudo multicêntrico com pacientes (n = 103, mulheres = 92; homens = 11; idade média = 39,7 anos) que buscavam cirurgias estéticas de face (blefaroplastia, ritidoplastia, otoplastia, etc.). Utilizaram uma entrevista estruturada e escalas de avaliação da existência e intensidade de depressão (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*) (MONTGOMERY; ASBERG, 1979), de medida de pensamentos positivos ou inibitórios no contexto das interações sociais (*Social Interaction Self Statement Test*) (GLASS *et al.*, 1982) e, finalmente, de qualidade de vida (*EuroQol EQ-5D*) (BROOKS, 1996), considerando os padrões normativos de cada instrumento como seu próprio grupo controle (no processo de interpretação dos resultados). Encontraram dados sugestivos de que pacientes de CPE apresentaram maiores índices de depressão e de ansiedade social, preocupando-se bastante com a própria aparência e com o que os outros pensam sobre sua aparência. Discorreram,

inclusive, que a cirurgia estética, nesse caso, pode ser terapêutica para estas dificuldades, porém, não explicaram melhor esta linha de pensamento. Concluíram, então, que a pacientes que solicitam CPE tendem a apresentar significativo estado de vulnerabilidade psicológica, que deve ser levada em conta na avaliação clínica do cirurgião plástico.

Na mesma linha investigativa das características dos pacientes de CPE, Babuccu *et al.* (2003), na Turquia, utilizaram a técnica do MMPI (DAHLSTROM; WELSH; DAHLSTROM, 1972) para comparar pacientes no pré-operatório para rinoplastia em relação a um grupo controle. O primeiro grupo foi constituído por 216 participantes no total, sendo 157 mulheres e 59 homens, com média de 25 anos de idade. O grupo controle foi constituído por 127 participantes (mulheres = 70; homens = 57; média de idade = 27 anos), composto por funcionários ou internos da faculdade de Medicina. Quando comparado ao grupo controle, os solicitantes de rinoplastia apresentaram maior número de escores anormais de ‘hipomania’ e de ‘paranóia’ no MMPI, denotando maior tendência em apresentarem essas determinadas características. Esses autores explicaram que, de acordo com o MMPI, existiram marcas de personalidade específicas para mulheres e para homens. As mulheres apresentaram-se mais egocêntricas, infantis/imaturas, hiperativas, impulsivas, competitivas, reativas, perfeccionistas sobre si mesmas, falantes e emocionalmente superficiais. Os homens mostraram-se mais pessimistas, exagerados em suas reações, rígidos, teimosos, altamente sensíveis, desconfiados, perfeccionistas, tensos, ansiosos, com tendência a somatizações e com sentimentos de inferioridade. Ambos (mulheres e homens) sinalizaram características de fragilidade no funcionamento egóico, alto nível de energia e sensibilidade exacerbada. Apesar de estes resultados mostrarem que os solicitantes de rinoplastia fogem um pouco da média no MMPI, não se pode afirmar, por meio desta técnica, que apresentam características psicopatológicas, a menos que sejam detectados transtornos psicológicos de outra maneira.

Nos Estados Unidos, Joiner Jr. (2003) revisou a literatura com o objetivo de caracterizar a típica paciente americana que realiza Mamoplastia Adicional. Focalizou variáveis relacionadas a características sócio-demográficas, comportamentais e qualitativas, comparando-as à população geral de mulheres americanas. Estes dados foram usados para estimar a taxa esperada de suicídio dentre as pacientes de Mamoplastia Adicional, que então foi comparada à estimativa real desse tipo de ocorrência. Encontrou como caracterização que as mulheres que se submetem à Mamoplastia Adicional nos EUA são, em sua maioria, brancas, com idade entre 25 e 44 anos, tendem a ser divorciadas ou separadas (mais que a população em geral), fumam e consomem álcool em maior quantidade, apresentam maior insatisfação com o próprio corpo (mamas), apresentam com maior frequência sintomas

depressivos prévios e possuem características mais impulsivas de personalidade do que outras mulheres. Muitas dessas características são relevantes fatores de risco de suicídio, o que faz pensar, em uma primeira instância, que as mulheres que procuram Mamoplastia Adicional possuem taxas esperadas de suicídio maiores do que as da população em geral. Mas, na verdade, sua revisão encontrou estudos nos quais não eram encontradas reais diferenças entre o risco de suicídio das pacientes de Mamoplastia Adicional em relação à população em geral, considerando inclusive que esta cirurgia pode ser até mesmo um fator protetor contra este comportamento por aumentar a satisfação da mulher consigo mesma, diminuindo problemas psíquicos que predisõem os indivíduos a se suicidarem.

Ao objetivar o estudo da imagem corporal, Alagöz *et al.* (2003), na Turquia, investigaram como pacientes solicitantes de qualquer tipo de CPE se avaliavam em relação a imagem corporal, auto-estima e atitude alimentar. Compuseram, para tanto, um grupo com 98 pacientes, sendo 16 homens e 82 mulheres, com idade média de 29,38 anos e IMC médio de 21,40. Aplicaram o *Rosenberg's Self-Steem Scale* (KLASSEN *et al.*, 1996) (auto-estima, em termos gerais) e *The Body Cathexis Scale* (HOVARDAOGLU, 1990) (grau de satisfação com partes do corpo), além de instrumentos de auto-avaliação da atitude alimentar (somente nos pacientes que não demandaram cirurgias associadas à gordura corporal, como lipoaspiração e abdominoplastia) (GARNER; GARFINKEL, 1979; SECORD; JOURARD, 1953). Os resultados foram considerados de acordo com a própria pontuação das escalas, não havendo grupo controle ou dados de normatização descritos. Seu grupo de avaliação obteve altas pontuações na escala de auto-estima, indicando que os pacientes que procuram CPE têm uma orientação positiva sobre si mesmos e sobre seu valor pessoal. Também encontraram baixos escores na escala de satisfação com o corpo que, em conjunto com pontuações maiores na escala de auto-estima, indicam, de acordo com os autores, adequada auto-representação dos pacientes sobre sua aparência externa e sobre a percepção de seus corpos. Em complemento a estes achados, encontraram que pacientes que já haviam se submetido a qualquer CPE e desejavam se submeter a outro destes procedimentos apresentaram pior auto-avaliação sobre o próprio corpo, com sinais de imagem corporal negativa. Foi ainda identificada elevada auto-estima e positiva auto-imagem corporal entre as solicitantes de CPE que apresentaram alta incidência de transtornos alimentares, o que foi explicado pelos autores como indícios de características de perfeccionismo, além de possivelmente considerarem importante o padrão social de beleza vigente, comprometendo-se com o ideal de um corpo magro.

Mais recentemente, Ferraro, Rossano e D'Andrea (2005), na Itália, decidiram investigar as motivações que levavam os indivíduos a procurarem os vários tipos de CPE,

buscando associá-las a seus componentes psicológicos. Compuseram um grupo de estudo constituído por 70 pacientes (56 mulheres; 14 homens; idade média de 28,1 anos) que procuraram a realização de diversas cirurgias estéticas (rinoplastias, abdominoplastias, mamoplastias, lipoaspirações, etc.), sendo a avaliação pré-operatória. Também formaram um grupo controle com 70 participantes da população geral não cirúrgica (56 mulheres; 14 homens; idade média de 28,5 anos). Primeiramente utilizaram o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) para excluírem eventuais sujeitos com transtornos de personalidade ou alterações emocionais que pudessem invalidar a fidedignidade da avaliação da auto-estima, porém não existiram diferenças entre o grupo de estudo e o grupo controle. Posteriormente, utilizaram o *Multidimensional Self-Concept Scale* que é um instrumento para a avaliação global da auto-estima, considerando diversas dimensões: relacionamentos interpessoais, competência no controle do ambiente, emotividade, sucesso, vida familiar e experiências corporais. Não foram encontradas diferenças entre o grupo avaliado e o grupo controle no que concerne à auto-estima e à imagem corporal, nem quando comparado às normas do instrumento. Concluíram que as pessoas que buscam CPE não possuem indícios de graves transtornos psicopatológicos, além de terem apontado que a auto-estima, no geral, não pareceu determinante na procura destes tipos de intervenção cirúrgica.

Considerando-se este apanhado de estudos que visaram avaliar características de personalidade de solicitantes de CPE, pode-se depreender grande diversidade metodológica nos trabalhos realizados, dificultando, como já anteriormente apontado por Sarwer *et al.* (1998), afirmações conclusivas. Foram avaliados diferentes grupos de indivíduos, assim como foram utilizados diferentes estratégias técnicas para coleta de dados, incluindo variados instrumentos de avaliação psicológica. Apesar destes limites técnicos, inerentes à própria investigação científica, pode-se buscar uma tendência geral dos resultados encontrados nesta literatura científica presentemente abordada.

Poder-se-ia apontar, desta forma, uma tendência dos estudos realizados nos anos de 1960 a 1980 resultarem em evidências de altos índices de psicopatologia e transtorno da imagem corporal entre os pacientes que procuravam CPE. Estes resultados puderam ser replicados em trabalhos posteriores, embora atualmente predominem evidências empíricas de que pacientes que procuram CPE são indivíduos saudáveis, satisfeitos com sua auto-estima no geral. Apesar disso, esses indivíduos buscariam, por meio da CPE, reduzir uma possível inconsistência entre sua auto-imagem global e uma auto-avaliação negativa sobre partes corporais em específico, com a qual se encontrariam altamente insatisfeitos (MÉLEGA, 2002; VARGEL; ULUSAHIN, 2001).

Entretanto, os estudos existentes na literatura especializada, como se pode perceber, não são conclusivos sobre tais aspectos, não existindo até o momento informações suficientes sobre um tipo específico de personalidade caracterizadora dos pacientes de CPE (ALAGÖZ *et al.*, 2003; FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005). Os resultados existentes não são unívocos em suas hipóteses interpretativas e, em alguns casos, são até contraditórios. Na verdade, novas investigações fazem-se necessárias nesta área, sobretudo pela importância da avaliação dos aspectos psicológicos de tais pacientes no pré-operatório, visto que psicopatologias ainda poderiam ser detectadas e devidamente cuidadas para se evitar sofrimentos desnecessários aos implicados neste processo (FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005).

Nesta perspectiva, Housman (1990) argumenta sobre a necessidade de adequada seleção dos pacientes de CPE, visto que clinicamente se observa que algumas motivações e expectativas acerca do procedimento cirúrgico estético ultrapassam o que este pode oferecer. Além disso, há que se pensar na própria vivência (bastante variável) relativa aos níveis de satisfação sobre os resultados, por mais que tecnicamente a cirurgia tenha sido tecnicamente perfeita e alcançado o sucesso previsto.

Estudos recentes apontam um aumento do índice de Dismorfia Corporal dentre os pacientes que procuram CPE ou procedimentos dermatológicos, atingindo a casa dos 7% a 14%, conforme Vargel e Ulusahin (2001). Para estes autores, a identificação prévia deste transtorno é importante para o cirurgião, visto que a satisfação destes pacientes com os resultados da cirurgia estética é sabidamente pequena. Pitanguy (1992) é da opinião que é função do cirurgião plástico ter sensibilidade e mobilização profissional para encaminhar estes pacientes ao tratamento psiquiátrico e psicológico necessário, mesmo ciente de que este tipo de encaminhamento não costuma ser bem aceito, muitas vezes levando os pacientes a se voltarem contra o cirurgião, não percebendo o benefício que poderiam obter de tal atendimento.

As motivações e as razões da pessoa que busca um procedimento cirúrgico estético devem, portanto, ser motivo de preocupação para o cirurgião plástico, ajudando-o a determinar a seleção ou a recusa do paciente para a cirurgia (ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998). Com o passar do tempo e com a experiência, a maioria dos cirurgiões plásticos reconhece, atualmente, que a seleção de pacientes é determinante para o sucesso ou o fracasso do resultado do procedimento (ADAMSON; STRECKER, 2002).

Seguindo esta linha, pode-se dizer que o paciente deve estar apto a determinar ou expressar sua motivação pessoal para o procedimento e aceitar a responsabilidade de adquirir

a informação necessária para apoiar sua decisão da melhor forma possível. Deve aceitar as expectativas funcionais e estéticas realísticas, tal como previstas por seu cirurgião plástico, assim como os riscos associados a qualquer procedimento cirúrgico. Outras características sobre as quais o cirurgião pode se basear, para indicar ou não o procedimento, são: queixa bem definida ao longo do tempo e que pode ser corrigida por cirurgia; expectativas realistas; nível global de saúde clínica e estabilidade psíquica (ADAMSON; STRECKER, 2002).

Esses mesmos autores ainda discorrem sobre as características dos “pacientes-problema”, ou seja, aqueles que apresentam características que contra-indicam a CPE. Afirmam que estes costumam ter sintomas próprios da Dismorfia Corporal, como pensamentos paranóicos, fixação delirante sobre a parte do corpo a ser modificada ou ainda busca incessante por cirurgia plástica. Além disso, salientam que o cirurgião deve investigar sobre o momento de vida atual do paciente, sabendo que períodos de crise aumentam o risco de fracasso no procedimento estético, tal como estar passando por divórcio, morte de um ente querido, perda de emprego, crise de identidade sexual ou a possibilidade de sofrer condenação familiar e/ou religiosa devido a modificações no próprio corpo. Pacientes que baseiam seus relatos nas consultas em diferentes fotos, comumente de artistas famosos, podem estar com expectativas irreais, assim como pacientes que já passaram por outras CPE e se mostraram insatisfeitos. A pressa para realizar a CPE, bem como queixas vagas e pouco definidas sobre o próprio corpo também parecem sugerir poucas chances de satisfação com os resultados efetivos dos procedimentos médicos. Pacientes com estas características tendem a elevado índice de insatisfação com o resultado de uma nova CPE, mesmo que tecnicamente perfeita, contra-indicando sua efetivação.

A investigação da dinâmica psíquica dos indivíduos que solicitam algum tipo de CPE, portanto, tem se mostrado uma variável relevante a ser considerada neste complexo processo de busca de maiores níveis de satisfação pessoal com o próprio corpo e consigo mesmo, em termos gerais. Desta maneira, conhecer características internas dos solicitantes de CPE favoreceria a eficácia deste tipo de procedimento médico, otimizando recursos humanos e poupando os indivíduos de desgastes pessoais e profissionais infrutíferos.

Pensando-se nessa ampla diretriz de investigação, resta tentar delinear, dentre os recursos do conhecimento psicológico, as alternativas viáveis e adequadas ao conhecimento da dinâmica psíquica dos indivíduos, nomeadamente os solicitantes de CPE. Nessa direção, a utilização de técnicas de avaliação psicológica mostra-se como recurso propício à investigação de tais aspectos, oferecendo instrumentos padronizados, válidos e confiáveis para a compreensão das características psíquicas. Disponibilizam, inclusive, padrões de

comparação de resultados com referências normativas para grupos populacionais específicos, favorecendo possível identificação de especificidades de novos grupos de indivíduos avaliados por meio desse recurso técnico, como apontado classicamente pela literatura da área (ANASTASI; URBINA, 2000; CUNHA, 2000). Neste momento, portanto, passaremos a tecer considerações sobre princípios e fundamentos da avaliação psicológica, focalizando recursos possíveis para a área da CPE.

1.4. Avaliação psicológica

A área de avaliação psicológica tem recebido, ao longo de sua existência e de maneira cíclica, críticas e até mesmo ceticismo em relação aos seus métodos e técnicas de maneira geral. O início do século XXI não tem sido diferente, configurando-se num período onde preocupações e debates sobre a cientificidade dos métodos de investigação do psiquismo humano têm ocupado os pesquisadores da área. O tema central em pauta, atualmente, gira em torno da comparação entre métodos projetivos e objetivos de avaliação psicológica, sendo que os primeiros tendem a maior alvo de crítica por apresentarem, historicamente, menor literatura científica disponível em termos de evidências de validade, comparativamente aos últimos (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

Estas autoras explicam que os instrumentos de medidas projetivas e de medidas objetivas acessam informações em níveis diferentes, mesmo se designados para medir construtos semelhantes. Dessa maneira, técnicas objetivas (como entrevistas estruturadas e escalas de auto-relato) e técnicas projetivas (como o Psicodiagnóstico de Rorschach, o Teste de Apercepção Temática – TAT e o Desenho da Figura Humana – DFH), podem apreender aspectos distintos de um mesmo estado motivacional, traço ou necessidade.

Para testes de personalidade, o termo ‘objetivo’ tipicamente se refere a instrumentos nos quais o estímulo é um adjetivo, preposição, ou questão apresentada a uma pessoa que tem que indicar quão precisamente ela descreve sua personalidade, usando-se um limitado campo de opções de respostas já providas (verdadeiro ou falso, sim ou não, escalas do tipo *Likert*) (MEYER; KURTZ, 2006). As medidas objetivas podem acessar necessidades explícitas relacionadas a motivações que as pessoas reconhecem como características de seu funcionamento rotineiro. Assim, os resultados dessas medidas auto-atribuídas devem predizer respostas mais intencionais, com seu sentido bastante claro para quem as relata (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

Por outro lado, o termo ‘projetivo’ tipicamente se refere a instrumentos nos quais o estímulo é uma tarefa ou atividade que é apresentada a uma pessoa, a qual deve gerar uma resposta a partir de mínima orientação externa ou direcionamentos impostos sobre a natureza da resposta (MEYER; KURTZ, 2006). Assim, espera-se que os escores de medidas projetivas prognostiquem comportamentos e tendências espontâneas, subjetivas, motivadas por necessidades implícitas, que podem se tornar manifestas em certos contextos, como o momento da avaliação psicológica (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

Nos últimos anos iniciou-se ainda uma discussão sobre a terminologia que caracteriza um teste como ‘objetivo’ ou ‘projetivo’, sendo que os editores do *Journal of Personality Assessment* chegaram inclusive a publicar um editorial, de autoria de Meyer e Kurtz (2006), orientando pesquisadores a retirarem de seus textos esses termos como qualificadores das técnicas de avaliação psicológica utilizadas em seus estudos. Discorreram que os termos ‘objetivo’ e ‘projetivo’ carregam múltiplos e incertos significados, incluindo conotações próprias que não deveriam se relacionar diretamente aos testes psicológicos.

Este editorial aponta que o que é *objetivo* nos procedimentos de avaliação psicológica é o fato do psicólogo que está administrando o teste não precisar se basear em seu próprio julgamento para classificar ou interpretar a resposta do examinando; a resposta dada é claramente indicada e pontuada de acordo com uma chave pré-existente. Como resultado, entretanto, a necessidade de julgamento é passada ao examinando, que deve interpretar a questão, considerar suas características, avaliar a si mesmo em relação aos outros da melhor maneira que conseguir, decidir a extensão com a qual tal característica se encaixa em sua personalidade, e então escolher em qual resposta converge honestamente tal informação. Por outro lado, segundo o mesmo editorial, o que é *projetivo* em um teste é a requisição de se gerar uma resposta frente a uma ambigüidade; fazendo assim, a pessoa projeta ou coloca para fora elementos de sua característica pessoal, sem um direcionamento prévio de respostas.

Continuando sua crítica sobre a divisão dos instrumentos de avaliação psicológica em técnicas objetivas ou projetivas, Meyer e Kurtz (2006) colocam em dúvida se escalas de auto-avaliação (que são classificadas como técnicas objetivas) são realmente ‘objetivas’ no sentido estrito da palavra. Para estes autores, se assim fosse, não existiria tanta literatura científica examinando os vários estilos de respostas e vieses que afetam os escores derivados desses instrumentos. Meehl³ (1945, *apud* MEYER; KURTZ, 2006), já havia apontado, há mais de 60

³ MEEHL, P. E. The dynamics of ‘structured’ personality tests. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 1, p. 296-303, 1945.

anos, que os processos influenciando as respostas dos examinandos incluíam ambigüidade inerente aos itens dos testes, limitações no auto-conhecimento e na auto-percepção, dinâmica pessoal e até mesmo projeções.

Da mesma maneira, as conotações do termo ‘projetivo’ também nem sempre se aplicam quando se consideram os instrumentos tipicamente classificados como projetivos. Utilizaram como exemplo o Psicodiagnóstico de Rorschach, cujas respostas frequentemente têm mais a ver com classificação de estímulos e estilos de solução de problemas do que com projeções no sentido clássico descrito por Freud, em que sentimentos pessoais indesejáveis ou impulsos são vistos como residindo fora do *self*.

Meyer e Kurtz (2006) discutem ainda quais seriam os melhores termos a serem utilizados, sugerindo que, no caso dos testes objetivos, a melhor opção seria a de chamá-los de “inventários de auto-relato” ou “questionários respondidos por pacientes”. Já em relação aos testes projetivos, explicam que não existe um único termo ou frase capaz de suplantá-lo, encontrando-se divergências inclusive entre os debatedores. Dessa maneira, incitaram o desafio de alguém encontrar um termo adequado ou, caso contrário, que todos deixem de qualificar os testes dessa maneira e simplesmente passar a chamá-los por seu nome próprio.

Apesar desta recente polêmica implantada na área de avaliação psicológica, no presente trabalho será considerada a terminologia clássica, que classifica os instrumentos de exame psicológico em ‘Objetivos’ e ‘Projetivos’, entendidos tal como descritos no início deste tópico. Na verdade, o posicionamento adotado ao longo do presente trabalho acompanhará a proposição de Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006). Estas autoras ponderaram que, após uma observação acurada sobre o paralelismo das dimensões projetivas e objetivas, sobre a segurança dos instrumentos (se confiáveis e válidos) e a competência dos usuários ao avaliarem pessoas para que decisões importantes sejam tomadas, “*os resultados dos diferentes procedimentos tornam-se uma poderosa fonte multifacetada de informações, mais compreensiva.*” (p. 187).

Estas autoras apresentam argumentos e debatem as críticas sobre as técnicas projetivas, apresentadas em Lilienfeld *et al.* (2000). Segundo estes pesquisadores, o problema fundamental das técnicas projetivas estaria em seus esquemas de escores e em suas interpretações (baseadas em julgamento clínico), o que subestimaria o rigor técnico e metodológico desses procedimentos. Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006) tentaram neutralizar estas críticas, utilizando-se de considerações importantes elaboradas por Karon (2000) e Tavares (2003). Em conjunto estes trabalhos reafirmam que o *julgamento clínico* constitui-se como fator de incontestável relevância no processo de interpretação e avaliação

da personalidade, demonstrando a importância do raciocínio clínico e o colocando como um pré-requisito essencial para compreensão completa e integrada do indivíduo. Estes três últimos estudos citados demonstram a importância da inter-relação entre a abordagem clínica e a estatística nos processos de avaliação psicológica, argumentando limites para os trabalhos que subestimam as possibilidades do método clínico. Reafirmam a importância das duas abordagens metodológicas, sendo que uma não deteriora a outra e, na verdade, se complementam. Argumentam, inclusive, que evidências estatísticas empíricas nem sempre contemplam uma larga base de dados representativos da população. No caso da predição clínica, por sua vez, serão levados em conta um conjunto de informações globais e integrais sobre o examinando. Ressaltam ainda que mesmo os instrumentos que são dotados de sofisticados parâmetros psicométricos devem ser avaliados pela ótica clínica (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006).

Ainda cabe ressaltar que estas pesquisadoras finalizam seus argumentos considerando que, até certo ponto, o rigor psicométrico garante confiabilidade aos instrumentos projetivos, o que se faz necessário. Desta forma, investigações devem continuar a existir na direção dos procedimentos metodológicos que acrescentem evidências da validade às produzidas até então. Por outro lado, a validade do enfoque clínico nas interpretações dos resultados das técnicas projetivas, associada a outros dados provenientes de várias fontes sobre o mesmo indivíduo, é condizente com a complexidade da natureza humana, com a busca da compreensão global e da dinâmica da sua singularidade e com uma via mais eficaz para propostas interventivas nos vários campos de atuação do psicólogo.

Tendo em vista estes pressupostos e a diversidade de procedimentos de avaliação psicológica utilizados em pesquisas na área de CPE, julgou-se sensato, no presente trabalho, optar por se trabalhar com diferentes instrumentos técnicos para buscar conhecer características psíquicas de solicitantes deste tipo de procedimento médico. Neste sentido, delineou-se uma proposta de investigação voltada ao estudo de aspectos da personalidade e da imagem corporal de solicitantes de CPE, variáveis consideradas relevantes nesta área como já apontado anteriormente. Para tanto, foram selecionados dois grupos de técnicas de avaliação psicológica: uma técnica projetiva (especificamente a técnica gráfica do DFH) e duas técnicas objetivas (escalas de auto-relato, sendo uma relativa a características de personalidade – Escala de Personalidade de Comrey – CPS, e outra sobre nível de satisfação com imagem corporal – Escala de Satisfação com a Imagem Corporal – ESIC). Esta diversidade de métodos foi escolhida na tentativa de unir suas qualificações enquanto instrumentos de

mensuração de seus respectivos construtos, assim como minimizar suas limitações informativas, buscando uma avaliação mais integrada e compreensiva da temática em pauta. Neste momento, portanto, algumas informações sobre estes métodos de avaliação psicológica serão apresentadas, buscando fundamentar a sua seleção neste estudo.

1.4.1. O Desenho da Figura Humana (DFH):

Dentro da área de avaliação psicológica, diversas técnicas têm sido desenvolvidas e aprimoradas ao longo dos anos para a investigação de características de personalidade e, mais especificamente, da satisfação com a imagem corporal (ANASTASI; URBINA, 2000; CUNHA, 2000). Dentre os métodos projetivos destacam-se as técnicas gráficas, largamente utilizadas no cenário mundial e também na realidade brasileira, apresentando características metodológicas que justificam seu uso enquanto técnica de avaliação psicológica e facilitam sua ampla utilização na prática profissional (ARZENO, 1995; PASIAN; OKINO; SAUR, 2004). Constituem-se em facilitadores do uso das técnicas gráficas suas seguintes características:

- São técnicas não verbais, que utilizam a linguagem gráfica como representante mais próximo do inconsciente e do *ego* corporal, oferecendo maior confiabilidade na expressão destes do que a linguagem verbal, a qual pode ser mais facilmente submetida ao controle consciente/racional do indivíduo;
- Apresentam baixo nível de ameaça ao examinando dada a simplicidade de suas instruções, sendo acessível a pessoas com baixo nível de escolaridade e/ou com dificuldades de expressão oral, podendo ser usadas a partir de 4-5 anos, quando a criança desenvolve a capacidade de simbolização;
- São instrumentos de aplicação simples e econômica, que podem ser utilizados de forma individual ou coletiva, além de permitir respostas rápidas;
- São técnicas que oferecem informações ricas e profundas sobre aspectos da personalidade do examinando, com poucas interferências da cultura ou da memória do indivíduo sobre a atividade proposta;
- Recebem usualmente complementos informativos por meio de associações verbais que facilitam sua adequada interpretação, considerando-se variáveis sócio-demográficas, como idade, escolaridade e nível sócio-econômico-cultural.

Dentre as técnicas projetivas gráficas mais utilizadas no Brasil e em nível internacional está o Desenho da Figura Humana (DFH), com aplicações nas mais diversas áreas de investigação do comportamento humano. Em um levantamento realizado por Noronha *et al.* (2002) abordando estudantes de psicologia de uma região específica do Brasil, o DFH apareceu entre os 10 primeiros instrumentos de avaliação psicológica mais conhecidos. Em outro levantamento de Noronha, Primi e Alchieri (2005), realizado com estudantes de psicologia e profissionais dessa área, o DFH ficou em segundo lugar entre os testes psicológicos mais conhecidos ou utilizados. Já em um estudo de Freitas e Noronha (2005) sobre os instrumentos psicológicos mais utilizados em psicodiagnósticos em uma clínica-escola, o DFH apareceu como instrumento de primeira escolha entre os doze utilizados comumente por aquela instituição.

Hutz e Bandeira (2000) afirmam que o desenho de crianças começou a ser visto como uma fonte potencial de indicadores do desenvolvimento psicológico desde o final do século XIX, sendo que no início do século XX surgiu, com Florence Goodenough⁴ (1926, *apud* HUTZ; BANDEIRA, 2000), a primeira escala de medida do desenvolvimento intelectual de crianças a partir do DFH. Por sua vez, Karen Machover⁵, em 1949 (*apud* HUTZ; BANDEIRA, 2000), apresentou resultados acerca de várias observações clínicas que havia realizado em crianças e adultos sobre suas representações de figuras humanas, propondo, de forma pioneira, a possibilidade de investigação projetiva de características da personalidade por meio deste recurso gráfico. Esta pesquisadora propôs uma forma de se avaliar indicadores da imagem corporal e do autoconceito a partir das características projetadas na elaboração do DFH, sendo então reconhecida como técnica relevante para o estudo da personalidade em diferentes faixas etárias, sobretudo com foco na investigação da imagem corporal dos indivíduos (ANASTASI; URBINA, 2000). Esta nova maneira de compreensão do DFH ajudou em sua popularização como método de avaliação da personalidade, tornando-se, desde a década de 1960, um dos instrumentos mais usados por psicólogos clínicos em vários países. A contribuição de diversos autores sobre a utilização projetiva do DFH se multiplicou, destacando-se para tanto os trabalhos de Hammer (1991), Jolles⁶ (1952 *apud* HUTZ; BANDEIRA, 2000) e Levy (1991).

⁴ GOODENOUGH, F. L. **Measurement of intelligence by drawings**. New York: World Book Company, The House of Applied Knowledge, 1926.

⁵ MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure**: A method of personality investigation. Springfield: C. C. Thomas, 1949.

⁶ JOLLES, I. A study of the validity of some hypotheses for the qualitative interpretations of the HTP for children of elementary school age. I. Sexual Identifications. **Journal of Clinical Psychology**, vol. 8, p. 113-118, 1952.

Se não há dúvidas de que, dentre as diversas técnicas gráficas, o DFH é uma das mais difundidas na prática dos psicólogos, também não há dúvidas de que é uma das mais questionadas em sua validade (ANASTASI; URBINA, 2000; CUNHA, 2000). Arteche e Bandeira (2006) ponderam que, ainda que muito popular, não há concordância entre os profissionais que usam o DFH sobre qual a melhor forma de analisá-lo. Na busca de critérios de avaliação adequados, diversos sistemas de interpretação foram desenvolvidos, podendo-se distinguir três linhas de estudo. Uma possível abordagem desta técnica é a consideração do DFH como recurso de avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil, como o sistema de Goodenough (ABELL; HORKHEINER; NGUYEN, 1998; ALVES, 1981), o de Koppitz – Indicadores Desenvolvimentais (KOPPITZ, 1984) e, no Brasil, o de Wechsler (2003) e, mais recentemente, o de Sisto (2006). Outra linha de estudo do DFH é sua utilização enquanto técnica projetiva, ou seja, como expressão de aspectos inconscientes da personalidade (HAMMER, 1991), dentre os quais se destaca o sistema avaliativo proposto por Machover (1949), como já citado. E, por fim, poder-se-ia apontar uma terceira linha de estudo do DFH, enquanto um recurso técnico que analisa aspectos emocionais não a partir de uma interpretação projetiva, mas sim, a partir de uma análise empírica, como os sistemas avaliativos desenvolvidos nos trabalhos de Koppitz – Itens Emocionais (KOPPITZ, 1984) e de Naglieri (NAGLIERI; MCNEISH; BARDOS, 1991).

A fundamentação teórico-técnica do DFH enquanto estratégia projetiva de avaliação psicológica tem suas bases no conceito de imagem corporal, sendo considerado um veículo de expressão indireta da personalidade, sendo seu grande expoente o sistema avaliativo de Machover (1949). Por estas possibilidades, esta concepção do DFH foi adotada no presente trabalho.

Arteche e Bandeira (2006) discorrem que a forma de interpretação proposta por Machover (1949) para o DFH utiliza a concepção projetiva, partindo do princípio que a figura representa o indivíduo e o papel o contexto ambiental. O objetivo deste sistema avaliativo é identificar impulsos, traços, ansiedades, conflitos e características afetivas dos indivíduos. Tecnicamente solicitam-se dois DFH nesta proposta: a primeira figura seria interpretada como uma expressão do eu e do próprio sexo, enquanto a segunda figura (do sexo oposto à primeira) seria interpretada como indicativa do relacionamento do indivíduo com pessoas importantes em sua vida. Explicam que neste sistema faz-se a atribuição de significado a cada um dos itens presentes no desenho, cada um contendo relação com um aspecto da personalidade, essencialmente calcado nas concepções da psicanálise (COX, 1995; MACHOVER, 1949).

Ao examinar os alcances informativos do DFH, Lourenção Van Kolck (1984) argumenta que a abordagem projetiva desta técnica gráfica possibilita indicativos relativos à imagem corporal, refletindo o conceito que o indivíduo faz de si mesmo de forma inconsciente. Isso acontece, segundo Machover⁷ (1956 *apud* LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984), pois, ao se dispor a desenhar uma pessoa, o indivíduo deve necessariamente se remeter às imagens de si próprio e de outras pessoas que mantém em sua mente. O seu desenho de uma figura humana seria, assim, resultado de suas próprias experiências, identificações, projeções e introjeções. Contudo, segundo Lourenção Van Kolck (1984), o DFH também pode expressar a representação de outros aspectos do indivíduo, tais como aspirações, preferências, imagem de pessoas vinculadas a ele, imagem ideal, estereótipos, atitudes para com o examinador e para com a situação de avaliação psicológica. Essa variedade de possibilidades torna a técnica muito rica, mas também dificulta a interpretação acurada e fidedigna de um DFH (HUTZ; BANDEIRA, 2000).

Para uma utilização cada vez mais adequada e válida do DFH enquanto recurso projetivo, estudos têm sido realizados na tentativa de subsidiar suas possibilidades informativas e de diminuir os abusos interpretativos sobre esta técnica, alvo clássico de críticas na literatura de avaliação psicológica (ARTECHE; BANDEIRA, 2006; PASIAN; OKINO; SAUR, 2004). No Brasil, os múltiplos estudos desenvolvidos por Lourenção Van Kolck (1984) discutiram amplamente os pressupostos teóricos e possibilidades interpretativas dos desenhos para todas as faixas etárias, tendo sido desenvolvido um protocolo de avaliação e interpretação do DFH para a Técnica de Machover (LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984), até hoje usado como referência para estudos com este instrumental. É um material útil por diferenciar aspectos gerais, formais e de conteúdo dos DFH, considerando para as interpretações, portanto, os processos adaptativos, expressivos e projetivos desta técnica gráfica.

Recentemente, em nosso contexto, Pasian, Okino e Saur (2004) elaboraram referenciais normativos atualizados do DFH para a Técnica de Machover para a população adulta, utilizando o referido protocolo de Lourenção Van Kolck (1984), por ser o mais freqüentemente usado no Brasil. Esse material torna-se relevante para ser usado como referência avaliativa em novas investigações sobre as características do dinamismo psíquico adulto, projetadas em DFH, tal como parece ser a necessidade de conhecimento dos

⁷ MACHOVER, K. Drawing of the Human Figure: a Method of Personality Investigation. In: ANDERSON, H.H.; ANDERSON, G.L. (orgs.) **An Introduction to Projective Techniques**. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1956, p 341-369.

solicitantes de CPE, conforme anteriormente apontado.

Outras pesquisas brasileiras têm sido depreendidas na atualidade sobre a abordagem projetiva do DFH, podendo-se citar os estudos de Peres (2002) com andarilhos de estrada, o de Peres e Santos (2006) que avaliaram componentes da imagem corporal na anorexia nervosa, o de Gottsfritz (2007) realizado com adultos não alfabetizados e Saur (2007), que examinou a imagem corporal em adultos de diferentes índices de massa corporal. Todos esses esforços são necessários, sobretudo em nossa realidade, onde as investigações científicas ainda são limitadas sobre as evidências empíricas de validade, de precisão e de padrões avaliativos sobre os instrumentos de exame psicológico. Estas pesquisas é que podem assegurar os devidos fundamentos aos processos de avaliação psicológica enquanto métodos adequados de trabalho dos profissionais de Psicologia.

Tentando fortalecer estes esforços de aprimoramento técnico-científico da avaliação psicológica no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou resoluções (Nº 11/2000, Nº 02/2003, Nº 07/2003; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2004, 2005) abordando a regulamentação do uso, da elaboração e da comercialização de testes psicológicos. Neste sentido, baseados em critérios internacionalmente reconhecidos, foram elaborados requisitos técnicos mínimos para as técnicas de avaliação psicológica poderem ser utilizadas pelos psicólogos brasileiros. Por exemplo, esta resolução determinou, para os testes considerados projetivos, ser fundamental que o manual do teste contenha a apresentação da linha teórica na qual se baseia o instrumento, a conceituação do construto em avaliação, os principais objetivos do instrumento e em qual contexto ele foi desenvolvido. Além disso, passou a ser exigida a apresentação de evidências empíricas de validade e de precisão das interpretações propostas para os escores do instrumento, além de ter claro como se dá o sistema de correção e de interpretação dos mesmos.

Neste sentido, mais estudos empíricos devem ser desenvolvidos com o DFH enquanto técnica projetiva, pois ele ainda não faz parte das técnicas aprovadas pelo CFP para comercialização e para uso clínico no Brasil, podendo ser utilizado para fins de pesquisa. Isto ocorre na medida em que não dispomos, em nosso país, de suficientes evidências de pesquisas para atestar a validade e a precisão desta técnica projetiva, embora exista farta literatura apontando o uso freqüente das técnicas gráficas de avaliação psicológica no Brasil (FREITAS; NORONHA, 2005; NORONHA *et al.*, 2002; NORONHA; PRIMI; ALCHIERI, 2005). Diante deste contexto, investigar os alcances informativos do DFH enquanto recurso projetivo de avaliação psicológica (adotando-se o sistema avaliativo proposto por LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984) faz-se útil e necessário, justificando-se o seu uso no

presente trabalho de investigação de características de personalidade e de imagem corporal de solicitantes de CPE.

1.4.2. Escala de Personalidade de Comrey (CPS):

Contrapondo-se aos instrumentos projetivos de investigação da personalidade, as técnicas objetivas buscam investigar aspectos conscientes do indivíduo, expressos por auto-relato sobre determinados temas propostos. Como previamente explicado, os instrumentos objetivos de avaliação de personalidade tendem a ser elaborados no formato de inventários, de escalas, de questionários ou de roteiros semi-estruturados ou estruturados de perguntas, quase sempre respondidos pelo próprio examinando (CUNHA, 2000).

Diversos são os instrumentos de auto-relato que avaliam objetivamente aspectos da personalidade, e tal número não pára de crescer mundialmente, dada sua maior facilidade técnica em termos de aplicação, de correção e de análise dos resultados. No Brasil, algumas destas técnicas tiveram sua qualidade comprovada e permissão de uso garantida pela Comissão Consultiva das Técnicas de Avaliação Psicológica instituída pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) por meio da Resolução 002/2003 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2004).

Dentre os instrumentos com parecer favorável do CFP para comercialização e uso no Brasil, encontra-se a Escala de Personalidade de Comrey (CPS), que visa avaliar quantitativa e qualitativamente aspectos da personalidade por meio de método objetivo de auto-relato. Foi originalmente desenvolvida por Andrew L. Comrey nos Estados Unidos em 1970 e introduzido no Brasil em 1973 por Aroldo Rodrigues (COMREY, 1987). Foi objeto de amplo estudo desenvolvido por Costa (2003). Este autor realizou estudos psicométricos de padronização da CPS para o contexto brasileiro, sendo que a administração do teste foi realizada de modo coletivo, em uma amostra nacional de candidatos em processos seletivos públicos (n = 15.140), provenientes de todos os estados brasileiros, com idade mínima de 18 anos e que tinham formação escolar mínima de segundo grau completo. Apesar do predomínio de homens (n = 13.095) em relação às mulheres (n = 2.045) nesta amostra estudada, uma única tabela de percentis foi elaborada a partir dos escores obtidos pelos participantes.

A CPS constitui-se como um inventário de personalidade que serve de auxílio à identificação dos principais fatores de constituição do indivíduo, fundamentando-se na teoria estruturalista de personalidade, na qual se dá importância à busca de um conjunto sistemático

de definições que possam caracterizar a personalidade humana. A versão revisada da CPS para o Brasil (COSTA, 2003) é composta de 100 afirmações que devem ser respondidas em uma escala do tipo *Likert*, com pontos variando de 1 (Nunca / Certamente Não) a 7 (Sempre / Certamente Sim), sendo as pontuações intermediárias correspondentes às várias proporções de intensidades possíveis nas respostas dos indivíduos. A partir destas 100 afirmações, a CPS avalia oito dimensões de personalidade (oito subescalas com dez itens cada uma), além de possuir duas escalas de validação do protocolo aplicado. As escalas da CPS estão descritas a seguir, com base nas informações disponíveis em seu manual brasileiro (COSTA, 2003):

- *Escala de Validade (Escala V)*: Consiste na verificação da validade dos protocolos por meio de oito afirmações, onde se avalia o grau de apropriação lógica das respostas do indivíduo. Teoricamente, tais afirmações teriam como única opção possível as alternativas 1 ou 7, porém podem ser pontuadas diferentemente caso o respondente pense que possuem um sentido oculto ou se as deixam em branco, ou ainda se tem alguma disfunção ou dificuldade de ordem psicopatológica que favoreça distorções no pensamento ou no nível de atenção. A Escala V analisa a compreensão dos itens, a habilidade de interpretação da língua portuguesa, a atenção e o bom-senso contidos nas respostas. Nessa avaliação considera-se ainda o número de omissões de respostas ao instrumento. Os resultados na Escala V apresentam-se como fundamentais para a certificação dos resultados das demais escalas da CPS.

- *Escala de Tendenciosidade na Resposta (Escala R)*: Por meio de doze afirmações, possibilita detectar a simulação dos indivíduos que buscam, de forma sistemática, distorcer as suas verdadeiras respostas de modo a descrever-se como sendo portadores de uma personalidade que, de fato, não têm. Um escore bastante alto seria típico de uma ‘personalidade utópica’, devido ao alto grau de distorção das respostas do indivíduo, característica de pessoas que querem impressionar positivamente o avaliador com respostas socialmente desejáveis. Dessa maneira, pode-se entender o escore elevado dessa escala como evidência de possível limite na sinceridade e na veracidade das respostas do examinando sobre as demais escalas. No entanto, é possível pensar também que o indivíduo não se conheça bem e, com isso, produza alterações (positiva ou negativamente) em sua auto-imagem, colocando em suspeita a qualidade dos resultados obtidos com este instrumento.

- *Escala de Confiança X Atitude Defensiva (Escala T)*: Os indivíduos que apresentam alto escore nesse fator de personalidade descrevem-se como sendo pessoas que acreditam mais na honestidade básica, fidedignidade e boas intenções dos outros, acreditando que lhe desejam o bem e possuem fé na natureza humana. Escores baixos indicam indivíduos defensivos,

desconfiados, retraídos e que possuem uma opinião inicialmente negativa do valor do homem em geral.

- *Escala de Ordem X Falta de Compulsão (Escala O)*: Os indivíduos que apresentam elevadas pontuações nesta escala tendem a se preocupar com ordem e com limpeza, referindo serem cautelosos, meticolosos e apreciadores da rotina. Já indivíduos com escores baixos inclinam-se a serem descuidados, relaxados, não sistemáticos em seu estilo de vida, imprudentes e, por vezes, pouco asseados.

- *Escala de Conformidade Social X Rebeldia / Inconformidade Social (Escala C)*: Os indivíduos com altos escores nesse fator descrevem-se como sendo capazes de aceitar a sociedade como ela é, respeitando e acreditando no cumprimento das leis, buscando aprovação da sociedade e ressentindo-se com o não conformismo dos outros. Os escores baixos indicariam, por sua vez, inclinação a contestar as leis e as instituições sociais, além de apontar possível ressentimento frente a controles externos, com dificuldade em aceitar o conformismo nos outros, sendo, eles próprios, não conformistas.

- *Escala de Atividade X Falta de Energia (Escala A)*: Elevadas pontuações nesta escala indicam indivíduos que gostam de atividades e exercícios físicos, que possuem grande energia e perseverança, esforçando-se para atingirem o máximo de suas capacidades. Os opostos, com escores baixos, inclinam-se à inatividade física, faltando-lhes vigor e energia, cansando-se rapidamente e quase não possuindo motivação para se superarem.

- *Escala de Estabilidade Emocional X Instabilidade Emocional (Escala S)*: Pessoas que atingem elevadas pontuações nesse fator descrevem-se como sendo felizes, calmas, otimistas, de humor estável e confiantes em si mesmas. Já as que obtêm pontuação baixa descrevem-se como sendo agitadas, pessimistas, com sentimentos de inferioridade, por vezes deprimidas e reagindo com freqüentes oscilações de humor.

- *Escala de Extroversão X Introversão (Escala E)*: Pessoas com escores altos descrevem-se como sendo expansivas, sociáveis, acessíveis, com facilidade de contato com desconhecidos e com facilidade para falar em grupos. Já indivíduos com baixas pontuações tendem a ser mais reservados, reclusos, tímidos, com dificuldade para estabelecer contato com outros e com receio de serem o foco da atenção em situações públicas.

- *Escala de Masculinidade X Feminilidade (Escala M)*: Escores elevados indicam indivíduos que se reconhecem como fortes, teimosos e durões, que não se impressionam com cenas violentas, suportam vulgaridades e que não choram facilmente, nem demonstram interesse em histórias românticas e de amor (características tidas socialmente como masculinas). Por sua vez, pontuações baixas indicam pessoas com facilidade para chorar, que se perturbam com a

visão de insetos e répteis, além de demonstrar interesse em histórias românticas (características associadas ao estereótipo social de feminilidade).

- *Escala de Empatia (Altruísmo) X Egocentrismo (Escala P)*: Altas pontuações descrevem pessoas empáticas (tendência para sentir o que sentiria outra pessoa caso estivesse na situação experimentada por ela), prestativas, generosas e altruístas, que orientam suas vidas com interesse e devoção na ajuda ao outro. Pessoas com pontuações baixas tendem a se ocuparem mais de si mesmos e de seus próprios objetivos.

A CPS destina-se, em princípio, a ser usada com indivíduos normais, sendo seu uso recomendado para pessoas de qualquer idade com nível escolar acima do primeiro grau completo. É um instrumento de fácil compreensão e prática aplicação. É um teste reconhecido nacional e internacionalmente dentro do âmbito da avaliação psicológica, oferecendo informações relevantes sobre diferentes fatores associados a aspectos específicos de personalidade, como anteriormente descritos, podendo ainda detectar indícios de transtornos psiquiátricos (COSTA, 2003). Sua fidedignidade foi verificada pelo Alfa de Cronbach, encontrando-se índices de consistência interna que variaram entre 0,327 (Escala C) e 0,839 (Escala E). Estes indicadores técnicos apontam a adequada precisão do instrumento. Em termos de validade, estudos foram desenvolvidos por meio de análises fatoriais, confirmando a existência de oito fatores na escala como um todo, reconhecidos como representantes adequados dos componentes da personalidade, como previsto pela teoria que sustenta este instrumento (COSTA, 2003). Os resultados são examinados em termos de pontos alcançados em cada uma das escalas que compõem o instrumento, sendo interpretados a partir da comparação com padrões normativos elaborados em percentis, também disponíveis no manual brasileiro desta técnica (COSTA, 2003).

Dentro dos alcances possíveis da pesquisa bibliográfica desenvolvida até o momento, não foram identificados estudos científicos sobre a utilização do CPS para a avaliação psicológica na área de CPE. Sendo assim, pensou-se em seu uso na presente pesquisa de forma a tentar contribuir tanto para a ampliação dos estudos com este instrumento em diferentes grupos clínicos, assim como, mais especificamente, para contribuir no processo de busca de compreensão das características de personalidade dos solicitantes de CPE por meio de índices objetivos de seu auto-relato.

1.4.3. Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC):

Pensando-se em buscar compreender a dinâmica psíquica relacionada à motivação por buscas de CPE, além de aspectos gerais da personalidade, as temáticas da auto-imagem e da satisfação com o próprio corpo emergem como aspectos relevantes a serem também investigados. Focalizando-se essa perspectiva e examinando a realidade brasileira em termos de instrumentos de avaliação psicológica dirigidos a essa temática, pode-se identificar poucos recursos técnicos nessa direção (ALCHIERI; NORONHA; PRIMI, 2003), apesar da literatura internacional documentar vasto desenvolvimento de instrumentos destinados à avaliação desses construtos (LEITE, 1999).

Um instrumento utilizado no Brasil para avaliar o nível de satisfação com o próprio corpo é a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC), já estudada e validada no Rio de Janeiro, como demonstram os trabalhos desenvolvidos por Ferreira e Leite (2002) e Leite (1999). Este instrumento integrou itens da *Escala de Estima Corporal* (MENDELSON; WHITE; MENDELSON, 1997, 1998) e do *Questionário Multidimensional de Relação Eu-Corpo (MBSRQ)* (CASH, 1994), embora tenham sido adaptados ao contexto brasileiro de forma a criar um novo instrumento (ESIC). Por meio da auto-descrição, os indivíduos são convidados a avaliarem aspectos de sua imagem corporal, posicionando-se a respeito de seu grau de auto-satisfação em uma escala do tipo *Likert* com cinco pontos (onde o ponto 1 refere-se a Discordo Totalmente e, o ponto 5, Concordo Totalmente). As escalas são corrigidas no sentido da satisfação com o próprio corpo, e, assim, quanto maior o resultado, menor a preocupação com o peso e mais positiva ou maior a satisfação com a própria imagem corporal.

Para a construção da primeira versão da ESIC (LEITE, 1999), 23 itens pertencentes à Escala de Estima Corporal e nove itens da MBSRQ foram traduzidos e aplicados a uma amostra de 300 estudantes universitários dos cursos de Nutrição, Fisioterapia e Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. Por meio de análises fatoriais foram identificados três fatores associados à avaliação da imagem corporal, componentes das três subescalas da ESIC. O primeiro fator ficou composto por 14 itens representativos do ‘Grau de Satisfação com a Própria Aparência’, o segundo foi composto por sete itens e associou-se à ‘Preocupação com o Peso’ e o terceiro, também composto por sete itens, representava a ‘Satisfação com a Repercussão da Própria Imagem no Ambiente Externo’ (no que se refere à reflexão dessa imagem em fotografias ou no outro). A análise da consistência interna (pelo Coeficiente Alpha de Cronbach) das subescalas da ESIC, tendo em vista os resultados obtidos com a amostra de padronização original (LEITE, 1999) relevou resultados iguais a 0,90 (Fator 1),

0,79 (Fator 2) e 0,73 (Fator 3). Dessa maneira, a versão de 1999 da ESIC atestou suas características de adequada precisão.

Dessa maneira, a primeira versão final da ESIC foi composta por 28 questões no total (LEITE, 1999), tendo sido estudada em uma amostra de 164 mulheres freqüentadoras de um ambulatório de Nutrição e Ginecologia no estado do Rio de Janeiro (pacientes ou funcionárias). Tinham idade entre 20 e 65 anos (média de 40,71 anos), em sua maioria eram casadas e com 1º grau completo. A proposta da autora foi a de comparar mulheres obesas com mulheres não obesas, e, para isso, estabeleceu que somente participantes com IMC superior a 30 ou inferior a 25 seriam consideradas, reduzindo, a partir desse critério, sua amostra para 131 participantes. Obteve diferença significativa entre esses grupos nas três escalas da ESIC, encontrando que as mulheres obesas tinham maior preocupação com seu peso corporal, maior insatisfação com a aparência e com a repercussão desta no ambiente externo.

Apesar dos bons indicadores técnicos apresentados na primeira versão da ESIC, esta técnica passou por novas análises psicométricas por parte de suas autoras, como demonstrado em Ferreira e Leite (2002). Revisando o próprio trabalho original, estas pesquisadoras sugeriram a retirada de alguns itens da ESIC, propondo-a com 25 itens distribuídos somente em dois fatores avaliativos, explicando que este novo modelo se mostrou mais adequado para representar a estrutura interna da escala. Alguns itens da versão original da ESIC (itens 3, 5 e 12), componentes do Fator 1 e do Fator 3, foram excluídos na nova versão do instrumento. Os demais itens do Fator 3 foram acoplados, por seu sentido, ao Fator 1 e, por sua vez, o Fator 2 manteve-se intacto. As pesquisadoras justificaram suas alterações na ESIC por averiguar evidências de que a satisfação com o modo pelo qual o outro avalia a própria imagem corporal e o nível de satisfação com a própria avaliação da imagem corporal possuem distinções conceituais sutis. Estas duas vertentes mostraram-se congruentes com uma denominação mais geral associada à satisfação com a própria imagem, derivada de processos perceptuais diretos ou indiretos, compondo o Fator 1 da nova versão da escala. A análise da consistência interna dos dois fatores da ESIC revista, calculada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach, revelou resultados de 0,90 (Fator 1) e 0,79 (Fator 2). O modo de responder ou de pontuar as afirmações permaneceu o mesmo da primeira versão.

Ambas as versões brasileiras da ESIC (1999 e 2002) tiveram sua validade avaliada por meio da técnica de grupos contrastantes, comparando-se mulheres obesas com não obesas. Os resultados globais em ambas as avaliações (FERREIRA; LEITE, 2002; LEITE, 1999) atestaram a validade de construto da ESIC, assim como sua consistência interna, permitindo sua utilização em pesquisas e em situações clínicas enquanto instrumento auxiliar de

diagnóstico da imagem corporal.

A ESIC é uma escala de fácil compreensão e aplicação, com sistema de pontuação prático e rápido, possibilitando a comparação dos resultados com amostras brasileiras recentemente estudadas (FERREIRA; LEITE, 2002; LEITE, 1999). Dessa maneira, pode contribuir com informações específicas acerca de fatores relacionados à imagem corporal e ao nível de satisfação com a mesma, foco de interesse na presente pesquisa. Por essa questão, também foi selecionada como recurso técnico neste trabalho que busca evidências empíricas sobre características da auto-percepção e da imagem corporal em solicitantes de CPE.

Optou-se por analisar, no presente estudo, somente a versão revisada da ESIC, considerando-se que esta alcançou, segundo suas autoras (FERREIRA; LEITE, 2002), melhor qualidade psicométrica. Desta maneira, poderá fornecer indicativos pertinentes ao conhecimento sobre aspectos da imagem corporal em adultos, tendo em vista as outras características avaliadas e tomadas para análise neste trabalho, como será visto mais à frente.

1.5. Justificativa

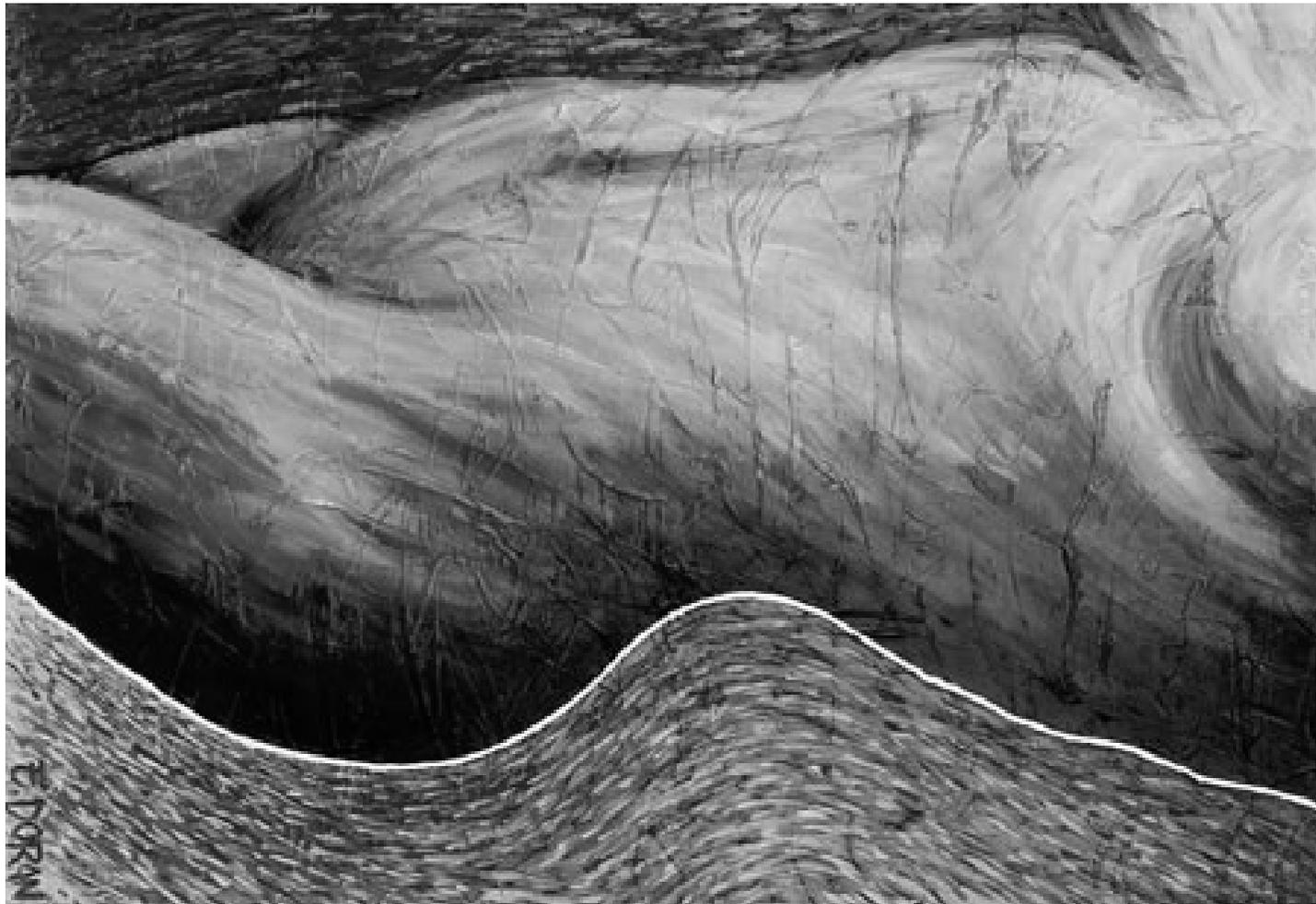
Refletindo sobre os argumentos apresentados até o momento, pode-se inferir, de antemão a qualquer investigação nessa área, dificuldades técnicas na tentativa de caracterização dos pacientes que procuram ou se submetem à CPE. Diversas pesquisas apontam que os indivíduos que buscam procedimentos cirúrgicos com fins estéticos apresentam transtornos psicológicos ou psiquiátricos relacionados ao humor ou à imagem corporal (ISHIGOOKA *et al.*, 1998; MENINGAUD *et al.*, 2001; SARWER *et al.*, 1998), mas sem evidências consistentes e seguras nessa direção, dadas as dificuldades metodológicas destas investigações. Em contrapartida, atualmente a prática da CPE está mais difundida, estimulada pela cultura e pela mídia, assim como facilitada pelo número crescente de especialistas na área, maior tecnologia e preços mais acessíveis. Dessa maneira, cresce o número de estudos que não encontram sinais de transtornos psicológicos importantes nos solicitantes de CPE, evidenciando neles insatisfação restrita à área corporal onde desejam e buscam modificação cirúrgica (RIBEIRO *et al.*, 1992, 1995; ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998; VARGEL; ULUSAHIN, 2001).

A maioria dos estudos voltados à compreensão das características psicológicas de pacientes que buscam ou se submetem a CPE recorreu a técnicas de auto-relato (ALAGÖZ *et al.*, 2003; BABUCCU *et al.*, 2003; FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005; ÖZGÜR;

TUNCALI; GÜRSU, 1998; VARGEL; ULUSAHIN, 2001), enquanto poucos utilizaram técnicas projetivas de avaliação da personalidade (MAGRINI, 2000; RIBEIRO *et al.*, 1992, 1995). Além disso, a literatura científica aborda mais freqüentemente estudos pré e pós-operatórios em Cirurgia Plástica, sendo raros estudos sistematizados que utilizaram grupos-controle apropriados a este tipo de investigação, favorecendo resultados inconsistentes nesta área (FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005).

Assim, considerando-se esta literatura disponível e as especificidades das técnicas de avaliação psicológica, parece promissor o desenvolvimento de investigações que integrem métodos objetivos e projetivos na avaliação psicológica com solicitantes de CPE, objetivo pleiteado na presente investigação. Essa proposição teve por meta ampliar o conhecimento acerca da dinâmica afetiva dos solicitantes de CPE, dada a relevância do psiquismo no sucesso ou em complicações desse processo, como referido ao longo das atuais considerações.

Dessa maneira, novas investigações sobre as características psicológicas de solicitantes de CPE mostram-se justificadas e promissoras áreas de investigação. Poderão vir a oferecer ampliações e clarificações necessárias ao conhecimento atual acerca das características de personalidade e da satisfação com a imagem corporal dos indivíduos que buscam CPE no atual contexto sócio-cultural brasileiro, podendo otimizar resultados psicológicos e médicos nesta área.



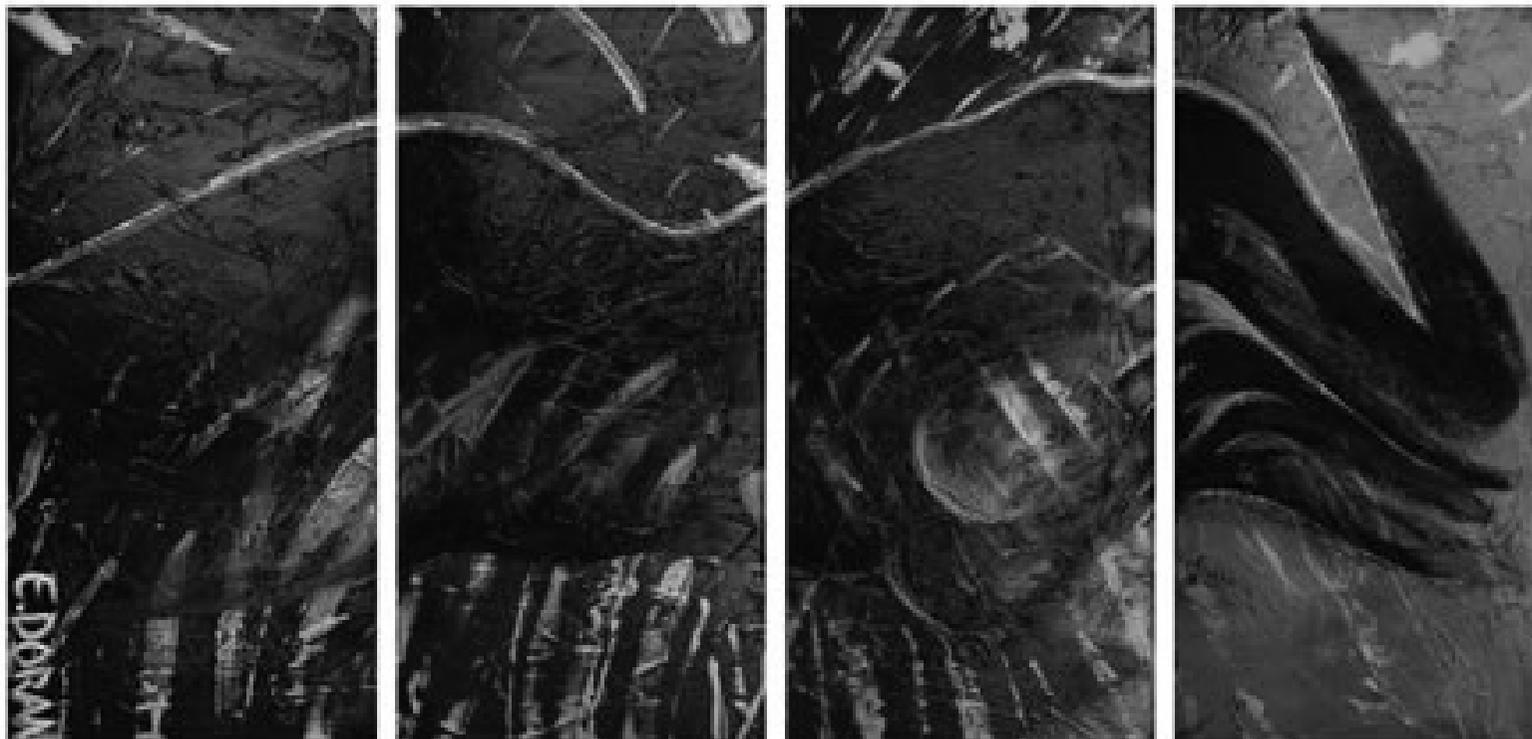
2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar características de personalidade e de satisfação com a imagem corporal em mulheres que buscam Cirurgia Plástica Estética (CPE), por meio de técnicas objetivas e projetivas de avaliação psicológica.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar a existência de possíveis diferenças nas características de personalidade e na satisfação com a imagem corporal em mulheres solicitantes de CPE comparativamente a mulheres não pacientes destes procedimentos, avaliadas pela Escala de Personalidade de Comrey (CPS) e pela Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC).
- Examinar eventuais correlações entre indicadores de características de personalidade e de satisfação com a imagem corporal dos dois instrumentos objetivos utilizados (CPS e ESIC, respectivamente) nos dois grupos de mulheres avaliadas (solicitantes ou não de CPE).
- Verificar eventuais diferenças em Desenhos da Figura Humana (DFH), enquanto meio projetivo de acesso a aspectos de personalidade e de imagem corporal, realizados por mulheres solicitantes de CPE em comparação a mulheres não pacientes destes procedimentos.
- Verificar possíveis associações entre os índices do DFH (técnica projetiva) e da CPS e da ESIC (técnicas objetivas de avaliação psicológica) em cada grupo avaliado, isto é, mulheres solicitantes ou não solicitantes de CPE.



3. MÉTODO

3.1. Aspectos Éticos

O presente estudo foi primeiramente avaliado e autorizado pelos responsáveis do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). A seguir foi submetido à análise pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMRP – USP (Processo HCRP nº 8649/2005) (ANEXO A), recebendo aprovação para sua realização.

Todas as mulheres avaliadas deram seu consentimento livre e esclarecido (TCLE) à participação na pesquisa, formalizando sua autorização em documento escrito (APÊNDICE A). Neste TCLE ressaltava-se a voluntariedade e a possibilidade de desistência da pesquisa, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Também foram oferecidas entrevistas devolutivas àquelas participantes que mostraram desejo de saberem sobre seus resultados individuais, mesmo que limitados em termos clínicos, devido ao seu caráter de pesquisa com objetivo de caracterização de grupos de indivíduos e não estudo de casos.

3.2. Participantes

3.2.1. Contextualização:

Considerando-se os objetivos pretendidos, decidiu-se realizar esta pesquisa dentro da dinâmica de um serviço institucional público de Cirurgia Plástica. Por viabilidade prática, selecionou-se o Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP).

Aqui cabem explicações sucintas sobre o funcionamento basal do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora – HC – FMRP/USP, serviço de referência na seleção das participantes do presente estudo. Neste serviço terciário, os pacientes somente podem ser triados e atendidos após terem sido encaminhados pela rede básica de saúde do município. O serviço ainda oferece horários de atendimento voltados exclusivamente aos funcionários do hospital, cujo seguimento se dá de forma semelhante aos demais pacientes da rede de saúde. Os pacientes são avaliados pela equipe de médicos residentes e de médicos contratados da Disciplina de Cirurgia Plástica do HC-FMRP - USP, onde são verificados os motivos da procura de cirurgia plástica, as condições de saúde física e emocional e os objetivos pretendidos com a cirurgia, fazendo-se assim a seleção da demanda. Os casos eleitos passam a compor uma fila de espera pelo procedimento cirúrgico solicitado, a qual geralmente é

extensa, resultando, no geral, em vários meses de espera antes do chamamento para o início dos cuidados médicos necessários a cada caso.

Participaram do estudo mulheres que constavam desta lista de espera do referido ambulatório, em específico para os procedimentos considerados primordialmente estéticos, excluindo-se as cirurgias reparadoras. Dentre os procedimentos estéticos, foram selecionadas as Lipoaspirações e as Mamoplastias Adicionais, por serem os procedimentos estéticos mais procurados e realizados em nosso país nos últimos anos (EM ALTA..., 2004; SBPCP, 2007) e também no ambulatório médico estudado. Dadas as especificidades destas técnicas, a quase totalidade de seus solicitantes são indivíduos do sexo feminino. Este motivo explica a seleção exclusiva de mulheres para o estudo, considerando-se, nessa decisão, o fato de que o universo feminino tem cada vez mais sido alvo de maiores pressões sócio-culturais (em relação aos homens) para o enquadramento em um específico padrão de beleza, que prima por um corpo magro, curvilíneo e com seios fartos, associados à sensualidade.

Previamente ao início da pesquisa foram delimitados os critérios de seleção (de exclusão e de inclusão) das participantes, a saber: faixa etária dos 18 aos 50 anos de idade; em espera por Lipoaspiração ou Mamoplastia Adicional; sem experiência prévia com cirurgia plástica; sem espera por outro procedimento cirúrgico; com manifestação de desejo, durante contato inicial, de se submeterem ao procedimento pelo qual aguardavam no serviço de referência estudado; residentes em Ribeirão Preto (SP). Também deveriam apresentar bom nível de saúde geral e não apresentarem história prévia de transtornos psiquiátricos ou graves dificuldades psicológicas, sobretudo no último ano de vida, de acordo com as informações auto-relatadas durante breve entrevista inicial. Estas mulheres com as características anteriormente informadas formaram o Grupo 1 (Grupo Clínico ou G1).

Foram também avaliadas neste estudo outro conjunto de mulheres para compor o Grupo 2 (Grupo Comparação ou G2), possuindo semelhanças ao G1 em características etárias, educacionais e sócio-econômicas. O objetivo deste segundo grupo de mulheres foi o de funcionar como grupo de comparação dos resultados neste estudo, considerando-se os objetivos propostos. Este grupo de pessoas avaliado como controle foi, então, constituído pelos mesmos critérios de seleção do Grupo 1, exceto pelo fato de suas integrantes não se encontrarem em fila de espera para CPE e também por não relatarem, no momento da presente pesquisa, qualquer solicitação de procedimentos cirúrgicos estéticos.

Considerando-se que as mulheres que buscam cirurgias plásticas primordialmente estéticas não possuem, a priori, problemas de saúde ou acontecimentos prévios que pudessem ter prejudicado sua aparência ou funcionalidade corporal (casos cuja recuperação seria função

das Cirurgias Plásticas Reparadoras) e que o Grupo 1 foi composto por mulheres saudáveis, também as participantes do Grupo 2 foram selecionadas de modo a não possuírem problemas de saúde, não se encontrando sob tratamento médico contínuo. Dessa maneira, optou-se por selecionar aleatoriamente as participantes do Grupo Comparação, tomando-se o cuidado de balancear suas características sócio-demográficas com as do Grupo Clínico, como anteriormente mencionado, para evitar a existência de outras variáveis que pudessem interferir com o objetivo do presente estudo, como sugerido por Ferraro, Rossano e D'Andréa (2005). Isto poderia ocorrer caso as participantes do Grupo Comparação fossem selecionadas dentre mulheres atendidas em algum ambulatório médico específico ou que necessitassem de alguma Cirurgia Plástica Reparadora, como foram utilizadas em outros estudos da área (ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998; VARGEL; ULUSAHIN, 2001). As mulheres que constituíram o Grupo 2 faziam parte do círculo social/profissional da pesquisadora ou foram indicadas por pessoas deste círculo, ou ainda indicadas pelas próprias participantes do Grupo 1. Foram, então, selecionadas por conveniência, pertencendo a diferentes ambientes sociais ou profissionais da cidade de Ribeirão Preto (SP).

3.2.2. Amostra:

Como freqüentemente acontece em estudos clínicos, já era esperada alguma resistência das mulheres para aceitarem a participação na pesquisa, assim como dificuldades em efetivar o contato com as pacientes em fila de espera no ambulatório em estudo, por não terem atualizado seus dados cadastrais no Hospital das Clínicas – FMRP / USP. Desta forma, foi preciso definir previamente até que ponto a pesquisadora insistiria no convite à participação na pesquisa. Foi decidido, então, que seriam consideradas como recusa à participação no estudo: a direta negativa diante do convite para o trabalho, como também a situação em que existia aceitação a priori, porém com duas faltas posteriores (não justificadas) a horários agendados para a pesquisa.

Dentro do universo de possibilidades de casos listados em espera para CPE no Hospital das Clínicas – FMRP – USP (composto por 147 mulheres ao longo do processo de coleta de dados), não foram convidadas para a pesquisa 35 mulheres por residirem fora de Ribeirão Preto, por possuírem idade superior a 50 anos ou por serem portadoras de alguma doença crônica/aguda comprometedora de seu nível geral de saúde. Ao longo da recolha dos dados, saíram da lista de espera 36 mulheres por diversos motivos, dentre os quais: realização da CPE, recusa para a mesma, não terem sido encontradas pela equipe do hospital quando surgiu vaga para a realização da cirurgia, ou ainda mudança de conduta médica. Não houve

possibilidade de contato com oito pacientes que aguardavam na lista de espera por não terem sido encontradas pela pesquisadora devido a dados cadastrais desatualizados ou por desencontros outros, como indisponibilidade de horários para avaliação. O convite da pesquisa foi efetivamente realizado a 68 pessoas, sendo que se recusaram a participar 22 mulheres.

Por sua vez, para a composição do Grupo 2 (Comparação) foram contatadas 60 pessoas, das quais apenas sete mulheres não aceitaram o convite para participação na pesquisa.

Desta forma, foram efetivamente realizadas as avaliações psicológicas com 99 participantes, sendo 46 mulheres que aguardavam na fila de espera do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas – FMRP - USP e 53 mulheres escolhidas aleatoriamente na população e que não estavam procurando realizar CPE no momento da entrevista. Deste total, 21 acabaram sendo excluídas pelas razões apresentadas na Tabela 1, aspectos que foram detectados apenas durante o processo de avaliação psicológica em si.

Tabela 1 – Descrição dos motivos de exclusão de participantes desta pesquisa, a partir dos critérios inicialmente pré-estabelecidos.

Motivo de exclusão	Grupo Clínico – G1	Grupo Comparação – G2
Presença de grave transtorno psicológico ou psiquiátrico	5	5
CPS inválida	1	1
Obesidade mórbida	-	1
Presença de doença crônica/aguda	1	-
Realização prévia do tipo de cirurgia estudada	-	3
Busca de Cirurgia Plástica Estética e desistência da mesma	2	2
TOTAL	9	12

Dos motivos de exclusão de voluntárias desta pesquisa acima citados, um não havia sido previsto anteriormente ao início do estudo: o de mulheres que desejaram algum tipo de CPE e chegaram a buscar ativamente pelo procedimento (inclusive estando na espera pelo mesmo no Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas – FMRP/USP), mas que no momento da entrevista referiram não possuírem mais desejo de realizá-lo caso fossem chamadas (o que as classificaria, num primeiro momento, dentro do G2) ou mostraram sérias dúvidas quanto à submissão aos procedimentos da CPE (tendo sido

classificadas, a priori, no G1). Estas mulheres sinalizaram, desta forma, ambivalência frente ao desejo de CPE, sendo, por esta razão, excluídas do estudo.

Um critério previamente delineado como fator de exclusão de participantes da pesquisa era a realização prévia de qualquer tipo de cirurgia plástica. Entretanto, dentre as voluntárias do G1 e do G2 havia freqüentemente o relato de experiência prévia com alguma cirurgia plástica em sua vida. Diante destas evidências empíricas de alta freqüência de realização de cirurgia plástica na população feminina em geral, optou-se por modificar o critério inicialmente pensado de seleção das participantes. Deste modo, adotou-se o critério de se excluir do G1 apenas as mulheres que haviam se submetido a procedimentos estéticos cirúrgicos no último ano ou às mesmas cirurgias abordadas no presente estudo (Mamoplastia Adicional e Lipoaspiração).

Dessa maneira, o Grupo Clínico (Grupo 1) ficou composto por 37 mulheres e, o Grupo Comparação (Grupo 2), por 41 mulheres, totalizando 78 participantes nesta pesquisa. A caracterização destes dois grupos de mulheres, em termos de aspectos sócio-demográficos, pode ser encontrada na Tabela 2. Nela está apresentada a distribuição de freqüência (simples e em porcentagem) do conjunto das participantes em função da faixa etária, escolaridade, estado civil, religião, índice de massa corporal (IMC), nível sócio-econômico, presença de Cirurgia Plástica prévia e histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico, respeitando-se os critérios de seleção anteriormente delimitados.

Em termos etários, cabe ressaltar que o Grupo 1 foi formado por participantes cuja idade variou entre 18 e 49 anos (Média = 30,1; DP = 7,9). Por sua vez, o Grupo 2 foi constituído por participantes com idade variando entre 19 e 50 anos (Média = 31,2; DP = 8,6).

Detalhando características relativas ao Estado Civil das participantes, pode-se apontar que o Grupo 1 foi constituído por 59,5% de mulheres solteiras e 29,7% de casadas, sendo o restante separadas ou divorciadas. O Grupo 2, por sua vez, foi constituído por 53,7% de mulheres solteiras e 34,1% de casadas, pertencendo o restante a outras categorias (amasiada, separada, divorciada ou viúva). Entendeu-se ser importante a comparação desta característica sócio-demográfica com a finalidade de investigar se haveriam diferenças entre as participantes de ambos os grupos. Entretanto, devido ao pequeno número de participantes que compõe as demais categorias que não a de Solteira ou de Casada, foi necessário reagrupamento para tornar possível a comparação estatística desta variável entre os grupos. Dessa maneira, para fins estatísticos, formaram-se duas categorias de estado civil, considerando-se a existência ou não de um companheiro fixo no momento da avaliação (Tabela 2), cujo resultado será discutido mais adiante.

Tabela 2 – Distribuição da frequência (simples e em porcentagem) das participantes do estudo em função de suas características sócio-demográficas (G1, n = 37 e G2, n = 41).

CARACTERÍSTICAS		G1		G2		Total		
		f	%	f	%	f	%	
Idade (em anos)	18-28	18	48,6	21	51,2	39	50	
	29-39	13	35,1	14	34,1	27	34,6	
	40-50	6	16,2	6	14,6	12	15,4	
Escolaridade	2º grau	9	24,3	8	19,5	17	21,8	
	3º grau incompleto	7	18,9	5	12,2	12	15,4	
	3º grau	21	56,8	28	68,3	49	62,8	
Estado civil	Relacionamento estável com companheiro no momento	Presente	12	32,4	15	36,6	27	34,6
		Ausente	25	67,6	26	63,4	51	65,4
Religião	Possui	31	83,8	33	80,5	64	82	
	Não possui	6	16,2	8	19,5	14	18	
CCEB *	A1	-	-	1	2,5	1	1,3	
	A2	13	35,0	14	34,0	27	34,6	
	B1	8	22,0	10	24,5	18	23,1	
	B2	9	24,0	8	19,5	17	21,8	
	C	7	19,0	8	19,5	15	19,2	
IMC **	Abaixo do Peso	3	8,1	2	4,9	5	6,4	
	Peso Normal	28	75,7	31	75,6	59	75,6	
	Sobrepeso	5	13,5	8	19,5	13	16,7	
	Acima do Peso	1	2,7	-	-	1	1,3	
Realização Prévia de Cirurgia Plástica	Sim	9	24,3	6	14,6	15	19,2	
	Não	28	75,7	35	85,4	63	80,8	
Tratamento Psicológico/ Psiquiátrico	Presente	15	40,5	14	34,1	29	37,2	
	Ausente	22	59,5	27	65,9	49	62,8	

* CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil.

** IMC = Classificação do Índice de Massa Corporal.

Todas as participantes dos dois grupos apresentaram alto nível de escolaridade, tendo, no mínimo, segundo grau completo. As mulheres avaliadas distribuíram-se em várias categorias profissionais, destacando-se as da área de Saúde, Administrativa e da Educação. Como pode ser visto na Tabela 2, as participantes dos dois grupos apresentaram, em geral, de médio a alto nível sócio-econômico, estando equilibradamente distribuídas nas classes A2, B1, B2 e C (ABEP, 2000).

A questão relativa à religião foi feita em aberto, dando liberdade de resposta. Desta forma, para a classificação das auto-descrições foram utilizadas as orientações do IBGE (2000), independente de serem praticantes ou não da religião referida. Dessa maneira, no Grupo 1, a maioria das participantes declarou ser Católica (40,5%), seguida das que declararam ser Protestante/Evangélica (16,2%), Espírita (16,2%) ou Sem Religião (16,2%), sendo as demais pertencentes a religiões que apareceram em menor frequência. No Grupo 2, 51,2% declararam ser Católicas, 19,5% Espíritas, 17,1% Sem Religião, 7,3% Protestante/Evangélica e as demais religiões com menor participação. Novamente, pensou-se ser necessária a comparação desta característica entre os grupos avaliados, porém, devido ao pequeno número de participantes que compõem as várias classificações de Religião, foi necessário seu reagrupamento para tornar possível o adequado tratamento estatístico, tendo sido categorizadas de acordo com a presença ou não de alguma fé, como descrito na Tabela 2.

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada participante foi realizado com as informações obtidas sobre sua altura e seu peso no momento da avaliação ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$), de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). O IMC médio das participantes do Grupo 1 foi de 21,8 (DP = 3,2), considerado dentro da faixa de peso normal, variando no grupo entre 17,7 e 33,2. No Grupo 2, a média do IMC foi de 22,2 (DP = 3,2), também considerado dentro da faixa de peso normal, variando no grupo entre 17,4 e 29,7. A distribuição das participantes em cada faixa de peso pode ser vista na Tabela 2. Algumas classificações do IMC apresentaram reduzido número de participantes, impossibilitando a adequada comparação entre os grupos neste formato de distribuição. Dessa maneira, foi necessário o reagrupamento dos dados em duas categorias de IMC, fazendo-se então uma divisão que considerasse, de um lado, as mulheres com menor proporção de peso corporal (em relação a sua altura) e, do outro, aquelas com maior proporção de peso corporal (em relação a sua altura). A apresentação desta análise encontra-se mais à frente.

Com relação à presença de Cirurgia Plástica prévia, identificou-se no Grupo Clínico cerca de 25% de mulheres com este tipo de experiência cirúrgica (porém, não no último ano), contrapondo-se a cerca de 15% no Grupo 2. Em outras palavras, pode-se depreender o quanto

este tipo de procedimento cirúrgico tem sido freqüente nas pessoas do sexo feminino na atualidade.

Por fim, ainda caracterizando as participantes do estudo, julgou-se necessário considerar seu histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico prévio (excluindo-se aquelas com tratamento no último ano de vida). Desta forma, no Grupo 1 foi encontrado um índice de 40,5% deste tipo de tratamento em sua história de vida, contrapondo-se a uma freqüência de 34,1% nas participantes do Grupo 2. Pode-se, desta forma, depreender também a elevada freqüência de atendimento psicológico ou psiquiátrico nestas mulheres contatadas e avaliadas, embora caracterizando dificuldades pouco comprometedoras de sua adaptação sócio-afetiva cotidiana, a partir do auto-relato.

Diante dos objetivos propostos nesta pesquisa, seria essencial que os grupos compostos fossem semelhantes em termos destas variáveis sócio-demográficas, permitindo a adequada comparação de seus resultados específicos nas técnicas de avaliação psicológica utilizadas. Desta forma, foi realizada a análise comparativa das características sócio-demográficas (variáveis categóricas) dos Grupos 1 e 2 por meio do teste do *Qui-Quadrado*, $p \leq 0,05$. Os resultados desta análise apontaram inexistir diferenças significativas entre G1 e G2 em função das seguintes variáveis: faixa etária ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,97$), estado civil ($\chi^2 = 0,15$; $p = 0,70$), nível de escolaridade ($\chi^2 = 1,19$; $p = 0,55$), religião ($\chi^2 = 0,14$; $p = 0,70$), classificação do IMC ($\chi^2 = 0,14$; $p = 0,70$) e nível econômico ($\chi^2 = 1,18$; $p = 0,88$). Resumindo, a comparação das características sócio-demográficas entre os Grupos 1 e 2 evidenciou similaridade entre os mesmos no que tange às variáveis consideradas relevantes para o presente estudo, tornando-os comparáveis nas demais variáveis em foco, ou seja, os resultados nas técnicas de avaliação psicológica. Este resultado reafirma o sucesso do balanceamento de variáveis buscado na formação dos dois grupos (Clínico e Comparação), de modo que seus resultados nas técnicas objetivas e projetiva de investigação de personalidade e de auto-imagem corporal pudessem ser comparados com propriedade.

Finalmente, são necessárias algumas considerações adicionais sobre o processo de formação do Grupo 1 e do Grupo 2 na tentativa de reforçar as informações até aqui apresentadas sobre estes dois grupos. Como já exposto, o Grupo 1 foi integrado por mulheres que aguardavam na fila de espera do Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora (HC-FMRP - USP) por procedimentos de Lipoaspiração (L) e/ou Mamoplastia Adicional (M). Estes procedimentos são considerados cirurgias plásticas com objetivos especialmente estéticos, sendo os mais realizados em nosso país nos últimos anos, tendo sido, por estes motivos, selecionados para o presente estudo, como anteriormente explicado. Mesmo assim,

são procedimentos cirúrgicos distintos, com objetivos conseqüentemente diferentes, com possibilidade de serem procurados por mulheres com características ou motivações diversas. Considerando esta realidade, julgou-se sensato examinar inicialmente se também os subgrupos de mulheres do G1 seriam equivalentes em termos sócio-demográficos.

O Grupo Clínico foi composto por 17 mulheres que desejavam realizar Lipoaspiração (subgrupo L), 15 mulheres que buscavam Mamoplastia Adicional (subgrupo M) e cinco mulheres que aguardavam as duas cirurgias (costumeiramente realizadas em um só ato cirúrgico) (subgrupo LM). Foram realizadas, então, as seguintes comparações estatísticas (*Qui-Quadrado*, $p \leq 0,05$) destes subgrupos de G1, relativas às suas variáveis sócio-demográficas: L vs M, L vs LM e M vs LM. Dentre todas as comparações entre os três subgrupos, somente houve diferença estatisticamente significativa entre L (Lipoaspiração) e M (Mamoplastia Adicional) nas variáveis faixa etária e IMC, sendo que o subgrupo M apresentou pacientes mais jovens e com menor peso do que as do subgrupo L. Esta diferença pode ser compreendida em função da natureza da cirurgia pleiteada, sendo que é usualmente sabido que, com o passar da idade, existe naturalmente aumento de peso corporal com conseqüente acúmulo de gordura localizada, terreno sobre o qual recai exatamente o objetivo da lipoaspiração. Dessa maneira, considerou-se a diferença apresentada como intrínseca às cirurgias selecionadas, não inviabilizando a união, em um único Grupo Clínico (G1), das voluntárias avaliadas, tendo em vista suas semelhanças sócio-demográficas nas demais variáveis examinadas.

Cabem ainda informações relativas à composição do Grupo Comparação do presente trabalho. Como inicialmente estabelecido, foram incluídas em G2 voluntárias que não tivessem realizado comportamentos de busca efetiva de CPE. Durante a entrevista inicial, 13 mulheres do G2 (31,7% delas) comentaram alguma expectativa em relação ao desejo de modificar o próprio corpo por meio cirúrgico, porém de modo bastante genérico e sem um planejamento específico de modificação em si, citando várias expectativas sobre intervenções cirúrgicas estéticas. Apesar desta referência, como não haviam de fato buscado procedimento médico deste tipo, foram selecionadas para compor G2. No entanto, pareceu-nos sensato examinar, logo de início, se esta variável (eventual desejo por Cirurgia Plástica Estética) se encontraria associada a outras características sócio-demográficas específicas, dentro das possibilidades do presente estudo. Desta forma, foram comparados estes dois subgrupos de G2. As análises estatísticas (*Qui-Quadrado*, $p \leq 0,05$) demonstraram não haver diferenças nos aspectos sócio-demográficos entre estas mulheres que referiram desejo por alguma cirurgia plástica e as mulheres que não desejavam nenhuma cirurgia estética (ambas participantes do

G2). Desta forma, considera-se que foi alcançado um efetivo grupo controle para exame das variáveis em foco nesta investigação.

De modo ilustrativo, encontra-se no Apêndice D uma tabela contendo todas as respostas dadas pelas participantes sobre os desejos e motivos de busca de CPE. Nesta tabela também estão listadas as justificativas referidas pelas mulheres do Grupo Comparação que referiram algum desejo de modificação corporal, porém sem buscar CPE, como pode ser evidenciado em suas expressões.

3.3. Instrumentos

Para o presente trabalho, inicialmente foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a pesquisa, apresentado no Apêndice A. Foram também utilizados instrumentos de avaliação psicológica (entrevista, escalas e técnica projetiva), focalizando a satisfação com a imagem corporal e aspectos de personalidade de pessoas que buscam CPE. Esta bateria de técnicas de avaliação foi apresentada às mulheres na ordem como aqui se apresentam:

- 1) *Entrevista Semi-Estruturada*: foi utilizado roteiro semi-estruturado de entrevista contendo questões que pudessem contribuir na caracterização sócio-demográfica das participantes. Tal entrevista foi baseada no trabalho de Özgür, Tuncali e Gürsu (1998) e em sua versão traduzida e adaptada, para o Brasil, por Mélega (2002), sobre a qual foram feitas pequenas modificações pela pesquisadora, com a introdução de questões voltadas aos objetivos específicos do presente estudo. Assim, a versão do roteiro de entrevista utilizado no presente estudo pode ser encontrada no Anexo B.
- 2) *Questionário de Nível Econômico*: foi utilizada a escala Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2000), visando estimar o poder aquisitivo dos participantes dessa pesquisa, classificando-os em termos de classes econômicas A1, A2, B1, B2, C, D e E (ANEXO C). Estes códigos de classificação econômica representariam, respectivamente de A a E, o maior até o menor poder aquisitivo.
- 3) *Desenho da Figura Humana - DFH*: almejando investigar aspectos projetivos da personalidade e da imagem corporal, foi utilizada a técnica do Desenho da Figura Humana (Teste de Machover), aplicada e avaliada com base nas proposições de Lourenção Van Kolck (1984) e Pasian, Okino e Saur (2004). Para a sua aplicação, utilizou-se folhas

tamanho A4, lápis preto nº 2, borracha, cronômetro e questionário complementar sobre a produção gráfica (ANEXOS D e E).

- 4) *Escala de Personalidade de Comrey - CPS*: esse instrumento objetivo de avaliação da personalidade foi aplicado individualmente e avaliado conforme padrões propostos por Costa (2003).
- 5) *Escala de Satisfação com a Imagem Corporal - ESIC*: foi utilizada a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal adaptada e validada por Ferreira e Leite (2002) para o contexto brasileiro, apresentada no Anexo F. No Apêndice C encontra-se um protocolo desenvolvido neste trabalho para síntese quantitativa dos resultados na ESIC, já utilizado previamente no trabalho de Saur (2007) e aqui adaptado para a forma do instrumento utilizada.

Além disso, foram utilizados específicos equipamentos computacionais (planilha de dados, editor de texto, programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 para registro e análise dos resultados dos diferentes instrumentos utilizados, procurando-se operacionalizar os objetivos pretendidos com esta investigação.

3.4. Procedimento

Após a aprovação deste estudo pelos responsáveis pelo Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMRP – USP (Processo HCRP nº 8649/2005) (ANEXO A), foi iniciado o processo de seleção das eventuais participantes da pesquisa. Primeiramente as mulheres da lista de espera dos procedimentos estéticos do Ambulatório de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora do HC-FMRP/USP foram contatadas por telefone ou pessoalmente pela pesquisadora, efetuando-se o convite a sua participação neste estudo. Diante da aceitação da proposta, foram agendados data e local para realização da avaliação psicológica em si. Essas avaliações foram realizadas em locais apropriados, com preservação do sigilo e de adequada acolhida das participantes, ocorrendo em um dos seguintes locais: sala dos ambulatórios do Hospital das Clínicas – FMRP/USP, na residência ou no trabalho da voluntária ou ainda no consultório particular da pesquisadora, conforme a preferência da participante, definida no momento do convite à participação na pesquisa. O momento de avaliação psicológica foi necessariamente anterior ao procedimento cirúrgico, independentemente do tempo em que este pudesse vir a ocorrer, já que não era possível determinar a data de sua concretização no ambulatório de referência.

A sessão de avaliação psicológica foi iniciada esclarecendo-se os objetivos da pesquisa e coletando-se o Consentimento Livre e Esclarecido das participantes para a mesma. Somente após sua decisão em participar voluntariamente da pesquisa eram iniciados os procedimentos de aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica, na ordem como anteriormente apresentados nos materiais.

As avaliações foram realizadas individualmente, em uma mesma sessão, com duração aproximada de 60 minutos, respeitando-se as condições e os ritmos individuais nas diferentes técnicas, que foram aplicadas na seguinte seqüência: entrevista semi-estruturada, escala de nível econômico CCEB, DFH, CPS e ESIC. Foram aplicadas e avaliadas conforme suas devidas especificações técnicas, seguindo-se os estudos anteriormente relatados como base teórica. Ao final da sessão de avaliação psicológica, foi realizado o devido agradecimento à participação na pesquisa, agendando-se, caso solicitado, entrevista devolutiva sobre os resultados do processo, dentro dos limites de informação das técnicas presentemente utilizadas. O procedimento de coleta de dados foi o mesmo para as participantes do Grupo 1 e do Grupo 2.

Encerrada a fase de coleta dos dados, os resultados de cada técnica foram individualmente examinados conforme seus adequados referenciais técnicos. Desta forma, as informações da entrevista semi-estruturada foram classificadas em suas principais variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, ocupação, nível de escolaridade e religião), a fim de caracterizar as participantes desta pesquisa, comparando-se estatisticamente G1 e G2 (*Teste do Qui-Quadrado*, $p \leq 0,05$), como já apresentado na seção relativa à amostra. A escala de nível econômico CCEB (ABEP, 2000) foi cotada de acordo com sua tabela de pontuação para a diferenciação entre classes econômicas A1, A2, B1, B2, C, D e E. Seus resultados foram utilizados como mais um critério de balanceamento entre os Grupos 1 e 2. Os processos de análise dos resultados nas demais técnicas serão apresentados a seguir, separadamente e com maior detalhamento, devido suas especificidades.

3.4.1. Escala de Personalidade de Comrey (CPS):

Cada protocolo contendo as 100 respostas da participante foi digitado em planilha de dados computadorizada, especialmente desenvolvida pela pesquisadora para facilitar sua correção e alcançar o resultado final individual. Tal planilha serviu apenas para diminuir os riscos de erro humano durante a somatória dos pontos brutos e a correção dos itens com formulação negativa, seguindo exatamente as orientações do manual desta técnica (COSTA,

2003). Foram consideradas então somente as pontuações brutas obtidas para cada uma das dez escalas, sobre as quais incidiram as devidas análises estatísticas. No momento não foram considerados os resultados em termos de percentis ou por suas classificações (faixas de personalidade) dispostas na Folha de Perfil Gráfico do teste, nem mesmo a comparação entre os dados atuais e os disponíveis no manual sobre a padronização brasileira do instrumento.

As pontuações brutas das participantes em cada Escala foram tabuladas em planilha de análise estatística (SPSS versão 13.0) e primeiramente foram dispostas em termos de estatística descritiva (médias, desvio-padrão, mediana, pontuação mínima e máxima) em função de cada grupo avaliado (G1 e G2). Decidiu-se realizar análises inferenciais paramétricas dos resultados destes dois grupos para uma avaliação mais adequada dos dados, pois foi constatado que os mesmos seguiam distribuição normal. Para tanto, utilizou-se o *Teste t de Student* ($p \leq 0,05$), objetivando a verificação de diferenças no desempenho do Grupo Clínico em relação ao Grupo Comparação no que concerne a cada fator de personalidade mensurado pela CPS.

Posteriormente, foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* ($p \leq 0,05$) para a verificação de possíveis relações intrínsecas entre as diversas variáveis numéricas de cada material utilizado (Escala da CPS e Fatores da ESIC) em função do grupo estudado.

Por fim, os resultados da CPS também foram analisados em função das características sócio-demográficas e dos itens do DFH que apresentaram diferenciações entre os Grupos 1 e 2 (variáveis categóricas). Esta análise se deu por meio do teste de *ANOVA – 1 Fator* ($p \leq 0,05$) e pelo teste *Post-Hoc* de *Bonferroni* (quando aplicável). O objetivo desta análise foi o de verificar eventuais associações de traços de personalidade com o desempenho obtido no DFH dentro de cada grupo investigado.

3.4.2. Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC):

Os escores brutos obtidos nos 25 itens da ESIC foram codificados de acordo com orientações das autoras (FERREIRA; LEITE, 2002). Desta forma, os itens com carga fatorial negativa tiveram seus escores invertidos antes de serem computados (ANEXO F) em suas duas subescalas (“Satisfação com a Aparência”, “Preocupação com o Peso”). Todas as pontuações foram digitalizadas em planilha especialmente desenvolvida pela autora na tentativa de evitar eventuais erros humanos durante a somatória manual. Os resultados finais de cada subescala foram comparados aos dados normativos elaborados pelas autoras da técnica, em específico aos resultados referentes ao grupo de mulheres não obesas (parâmetro

avaliativo de normalidade), contudo, sem que uma comparação estatística fosse realizada entre eles (por não estarem disponíveis os dados necessários).

O conjunto de resultados em cada fator da ESIC foi inicialmente examinado em termos descritivos (médias, desvio-padrão, mediana, escore mínimo e máximo), procurando-se caracterizar o perfil de desempenho do G1 e do G2. Posteriormente, foram comparadas as pontuações de cada grupo em cada fator da ESIC, utilizando-se o *Teste t de Student* ($p \leq 0,05$). Esta análise pretendeu verificar eventuais diferenças entre G1 e G2 no que concerne ao grau de satisfação com a imagem corporal.

Em seguida foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* ($p \leq 0,05$) entre as pontuações de cada fator da ESIC e os resultados nas Escalas da CPS, em função do grupo estudado.

Finalmente, os escores da ESIC também foram analisados em função de seu desempenho no DFH. Esta análise inferencial se deu por meio do teste de *ANOVA – 1 Fator* ($p \leq 0,05$) e pelo teste *Post-Hoc* de *Bonferroni* (quando indicado), com o objetivo de investigar possíveis associações entre satisfação com a imagem corporal e DFH, dentro de cada grupo do estudo.

3.4.3. Desenho da Figura Humana (DFH):

Com a proposta de utilizar o sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984) para a categorização da produção gráfica de cada participante do presente estudo (contendo duas figuras desenhadas – feminina e masculina), fez-se necessário treinamento de três psicólogas neste modelo (a própria pesquisadora e duas colaboradoras). Mesmo que experientes em avaliação psicológica, este treino prévio foi necessário na tentativa de diminuir avaliações particulares para cada item e discordâncias avaliativas desnecessárias. Tal treino foi feito utilizando-se diferentes protocolos de DFH (não integrantes do estudo, mas também realizados por adultos), classificados de maneira independente por cada profissional, que posteriormente se reuniam para a comparação de suas análises e discussão de eventuais discordâncias até ser obtido o consenso grupal nas classificações dos itens avaliativos dos DFH. Isto permitiu melhor apreensão das características de cada variável do protocolo avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984), dispostas no Apêndice B, utilizadas também no estudo de Saur (2007). Este processo permitiu que estas profissionais funcionassem como juízes independentes na análise de cada protocolo do DFH, sendo que suas avaliações individuais foram comparadas e as concordâncias na classificação das variáveis tomadas

como codificação final para cada item avaliativo da produção gráfica.

Aqui cabe ressaltar que foram consideradas como acordos entre os avaliadores externos as seguintes possibilidades: idêntica classificação do item avaliativo por dois juízes (concordância parcial) ou pelos três juízes (concordância total). De modo complementar, compreendeu-se como discordância entre os avaliadores a classificação de determinado item por apenas um juiz, diferindo da opinião dos demais. Em casos em que não foi possível a classificação de determinada variável devido à discordância entre os três juízes, a pesquisadora funcionou como critério de desempate, avaliando novamente qual das três respostas melhor classificaria o item do DFH em análise.

Além do treinamento prévio entre as avaliadoras independentes, no presente trabalho foi também examinado o índice de concordância alcançado entre suas avaliações. Este procedimento foi realizado antes do início da classificação dos casos desta pesquisa, sendo realizado com dez produções de DFH (com duas figuras cada) de adultos não participantes deste estudo. Este cálculo foi feito seguindo-se a proposta de Almeida (2003), também utilizada por Saur (2007) no sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984):

$$\text{Índice de Concordância} = \frac{\text{Concordância Possível} - \text{Discordância Real}}{\text{Unidades de codificação (total de itens)}}$$

Neste primeiro teste, realizado com dez protocolos, a média do índice de concordância alcançado foi de 94,1 % para a 1ª Figura desenhada e 93,9% para a 2ª Figura desenhada, indicando uma concordância avaliativa bastante satisfatória entre os três juízes independentes. Isso possibilitou que a classificação dos desenhos produzidos por G1 e G2 pudesse ser realizada, pelos três juízes independentes, com bastante segurança técnica e adequado índice de precisão.

Seguindo-se a esta fase, as produções gráficas (com dois desenhos cada) das 78 participantes do presente trabalho foram codificadas pelos três juízes independentes, resultando numa única classificação final de cada item avaliativo, em função das concordâncias entre as classificações efetivadas. Para se comprovar a adequação das classificações realizadas nos casos deste estudo, foram selecionados aleatoriamente 20 protocolos da pesquisa (10 de G1 e 10 de G2), abordando 25% do total de avaliações realizadas, calculando-se o índice de acordo entre examinadores pela fórmula supra citada. O índice médio de concordância alcançado para a 1ª Figura foi de 94,8% e, para a 2ª Figura, de 94,4%, apontando para adequados níveis de fidedignidade nas análises realizadas com o DFH

no trabalho atual.

As classificações finais de todas as variáveis avaliativas consideradas no sistema de Lourenção Van Kolck (1984) foram computadas em software estatístico (SPSS versão 13.0), possibilitando informações descritivas e analíticas dos dados referentes aos aspectos gerais, formais e de conteúdo dos DFH. O conjunto de resultados foi inicialmente examinado em termos descritivos, procurando-se caracterizar o perfil de desempenho do G1 e do G2 nos dois desenhos realizados. Em seguida, foram realizadas comparações entre a produção gráfica da 1ª Figura desenhada em relação à 2ª Figura, utilizando-se para tanto o *Teste de Homogeneidade Marginal*, que é uma variação do *Teste McNemar* para variáveis multicategóricas, adotando-se nível de significância menor ou igual a 0,05. Esta análise teve como objetivo verificar se a produção de cada figura, dentro de cada grupo, assemelhava-se entre si, tal como a literatura da área tem demonstrado (PASIAN; OKINO; SAUR, 2004).

Posteriormente, foram realizadas análises estatísticas inferenciais, buscando-se comparar e conhecer eventuais especificidades produtivas nos DFH dos Grupos 1 e 2. Para tanto, adotou-se o agrupamento clássico dos itens produzidos na 1ª e na 2ª Figuras desenhadas (LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; PASIAN; OKINO; SAUR, 2004), assim como uma proposta mais atual, tal como utilizada por Gottsfritz (2007), que considera o agrupamento de itens de acordo com o sexo da figura desenhada, separando-as em Figura Feminina e Masculina. Como todos os itens do DFH são representados por variáveis nominais, foram realizados cruzamentos de dados de ambos os grupos, analisados pelo teste não-paramétrico do *Qui-Quadrado* ou *Exato de Fisher* quando necessário. Estas análises inferenciais também foram aplicadas tendo-se em conta nível de significância menor ou igual a 0,05 e foram escolhidas por serem consideradas adequadas à análise comparativa de duas amostras independentes (G1 e G2) com número reduzido de participantes.

Posteriormente, a frequência dos itens do DFH que diferenciou G1 e G2 foi avaliada em relação ao desempenho obtido por cada grupo nas Escalas da CPS e nos fatores ESIC, com o objetivo de investigar eventuais influências de personalidade ou de satisfação com a imagem corporal na representação gráfica da figura humana. Esta análise se deu por meio do teste de *ANOVA 1-Fator*, utilizando-se o nível de significância de 0,05 para uma adequada discriminação das hipóteses, e o teste *Post-Hoc* de *Bonferroni*, onde se aplicava, para ajudar na especificação das diferenças entre as várias classificações dos itens.



4. RESULTADOS / DISCUSSÃO

Na expectativa de atender aos objetivos propostos, os resultados serão inicialmente apresentados separadamente para cada técnica de avaliação psicológica utilizada. A seguir, serão apresentados os resultados referentes à comparação estatística das evidências encontradas nas técnicas usadas em função de G1 e G2. Desta forma, pretende-se alcançar apresentação detalhada dos dados obtidos, bem como de suas respectivas análises comparativas entre as variáveis delineadas como focos neste estudo.

Também aqui cabe destacar que os dados foram abordados, em termos de possíveis interpretações e discussão, praticamente em função de seus manuais específicos, sobretudo no caso da ESIC e da CPS, tendo em vista a ausência de estudos disponíveis com estes instrumentos de avaliação psicológica. Aliás, esta também foi uma das finalidades, embora secundária, do presente trabalho: estudar características de escalas de auto-relato, nomeadamente as aqui selecionadas, em grupos de mulheres saudáveis, embora divididas em função de sua busca ou não por procedimentos cirúrgicos de natureza estética.

4.1. ESCALAS DE PERSONALIDADE DE COMREY (CPS)

4.1.1. Comparação entre G1 e G2:

A Escala de Personalidade de Comrey (CPS) possui, em sua própria estrutura, duas subescalas (V e R) que tentam garantir a qualidade dos resultados. Investigam o quanto o indivíduo compreendeu as afirmações e o sistema avaliativo do teste e o quanto foi sincero em suas respostas aos itens (COSTA, 2003).

O conjunto de protocolos da CPS do presente estudo foi avaliado, inicialmente, nas Escalas V e R, atingindo pontuação suficiente para serem considerados válidos de acordo com as normas operacionais desta técnica de avaliação de personalidade. Desta forma, os resultados das demais escalas da CPS podem ser aceitos como verossímeis. Cabe a ressalva de que, quanto à escala R, houve três casos onde a pontuação foi limítrofe (G1), porém inclusos no presente trabalho, considerando-se exatamente seu objetivo de retrato da auto-avaliação das características de personalidade por parte das mulheres em estudo. Os resultados nas diversas escalas fatoriais da CPS estão apresentados na Tabela 3, em função dos grupos avaliados.

Inicialmente é preciso destacar que os resultados de G1 e de G2 na CPS encontraram-se dentro do padrão normativo elaborado por Costa (2003) para indivíduos adultos. Desta

forma, pode-se pensar que G1 e G2 apresentaram características de personalidade similares à da população em geral, como, aliás, seria esperado pelos critérios de seleção adotados no estudo (já que no processo de composição dos grupos foram excluídas voluntárias com histórico de transtornos psíquicos).

Tabela 3 – Resultados descritivos nas dez escalas da CPS em função do grupo de mulheres avaliadas: G1 (n = 37) e G2 (n = 41).

Escalas CPS	T	O	C	A	S	E	M	P	V	R	
Grupo 1	Média	38,32	55,16	42,38	51,32	48,43	48,32	29,05	48,59	13,32	43,14
	DP	5,58	6,81	5,55	9,19	9,67	11,04	8,63	9,15	5,14	8,26
	Mediana	38	55	44	53	50	51	30	49	13	42
	Mínimo	29	34	26	30	22	25	13	18	8	28
	Máximo	50	69	52	64	64	64	55	63	29	63
Grupo 2	Média	42,56	53,12	41,27	51,41	49,41	47,80	32,44	47,44	12,39	40,56
	DP	6,40	6,77	4,79	7,30	7,50	11,16	7,10	7,34	4,58	6,87
	Mediana	42	53	42	50	49	48	33	47	11	40
	Mínimo	32	35	30	38	34	21	17	31	8	23
	Máximo	57	65	51	68	65	70	45	62	24	52

Escalas CPS: T = Confiança X Atitude Defensiva; O = Ordem X Falta de Compulsão; C = Conformidade Social X Rebeldia; A = Atividade X Falta de Energia; S = Estabilidade Emocional X Instabilidade Emocional; E = Extroversão X Introversão; M = Masculinidade X Feminilidade; P = Empatia X Egocentrismo; V = Escala de Validade; R = Tendenciosidade das Respostas.

A comparação estatística dos resultados de G1 e G2 nas várias escalas da CPS (teste *t* de Student, $p \leq 0,05$) apontou diferença significativa na Escala T ($F = 1,71$; $p = 0,003$) e uma tendência à significância na Escala M ($F = 0,48$; $p = 0,061$). Houve evidências de menor pontuação para o G1, em ambos os casos.

A Escala T diz respeito aos elementos psíquicos "Confiança X Atitude Defensiva". Indivíduos com altos escores nesta escala, segundo Costa (2003), descreveram-se como pessoas que crêem na honestidade e nas boas intenções dos outros, acreditando que os outros lhes desejam o bem, possuindo fé na natureza humana. Escores baixos nesse fator indicariam o inverso, ou seja, pessoas que se descrevem como defensivas, desconfiadas, retraídas e com opinião inicialmente negativa sobre o valor do homem em geral (COSTA, 2003). Estes fundamentos teórico-técnicos do instrumento tornam-se essenciais para se tentar interpretar os atuais resultados de G1 com escores significativamente menores na Escala T do que G2. Pode-se pensar que G1 apresentou, como característica própria, maior grau de desconfiança

em relação às pessoas e ao ambiente, associada a certo retraimento e a comportamento defensivo no contato interpessoal.

Na literatura, foram encontrados alguns estudos de avaliação de personalidade em pacientes de CPE cujos resultados, apesar de provenientes de instrumentos diversos e de grupos cirúrgicos distintos, podem ser comparados aos resultados presentemente encontrados para a CPS na tentativa de ampliar a compreensão do tema. Em uma avaliação de características de personalidade de pacientes que buscavam Mamoplastia Reducional, Magrini (2000) e Ribeiro *et al.* (1992) utilizaram o *Crown-Crisp Experiential Index* (CCEI), identificando alguns aspectos próprios ao grupo estudado: meticulosidade, perfeccionismo, desejo de controle, tendência a se manter afastado (o que pode causar sofrimento), tendência à somatização (simbolismo representado no corpo), sensibilidade, narcisismo, dependência e insegurança. Dentre estes resultados, destaca-se a diferença encontrada na escala de Ansiedade Fóbica do CCEI, que tem a ver com ansiedades, medos e receios sentidos pelas participantes. Estes sinais se assemelham a maior desconfiança e retraimento encontrados presentemente nas mulheres do Grupo Clínico avaliados pela Escala T da CPS.

A avaliação clínica de pacientes de CPE realizada por Ishigooka *et al.* (1998) também detectou, além de uma alta porcentagem de distúrbios psiquiátricos nos solicitantes de CPE, uma porcentagem de 56% destas pessoas com algum tipo de inadequação em seu ajustamento social, tal como o presente resultado apontado pela Escala T da CPS. Na mesma linha, Meningaud *et al.* (2001) obteve em sua investigação maiores índices de pacientes com depressão e com ansiedade social, denotando dificuldades de relação interpessoal nos solicitantes de CPE. Estas evidências aproximam-se do resultado do presente trabalho, em que as mulheres de G1 sinalizaram maior nível de desconfiança e retraimento.

Por sua vez, Babuccu *et al.* (2003) avaliaram mulheres no pré-operatório de Rinoplastia, mas não encontraram diferenças de traços de personalidade destas quando comparadas à população em geral. Contudo, caracterizaram-nas como mais egocêntricas, imaturas, impulsivas, competitivas, perfeccionistas e emocionalmente superficiais que as demais de acordo com a avaliação realizada por meio do MMPI. Apesar de serem escalas estruturalmente diferentes das da CPS, tais resultados indicam também dificuldades de interação pessoal, com cunho paranóide (egocentrismo, competitividade, impulsividade). Os atuais resultados foram compatíveis com esta hipótese, tendo em conta as evidências apontadas na Escala T do Grupo Clínico.

Resumindo, a CPS (COSTA, 2003) evidenciou diferença entre aspectos de 'Confiança' X 'Atitude Defensiva' (Escala T) entre os dois grupos participantes, sendo que as

mulheres do Grupo Clínico mostraram-se significativamente mais desconfiadas, defensivas, retraídas e com opinião inicialmente negativa do valor das pessoas em geral, apontando para vivências de maior alerta e de persecutoriedade no contato interpessoal. Esta característica pode estar relacionada a eventual percepção por parte destas mulheres de constante cobrança para seguirem padrões estéticos e comportamentais determinados (muitas vezes, anti-naturais), podendo vivenciar, por características internas, seu meio social como potencialmente hostil. Desta forma, poderiam permanecer em estado psíquico de prontidão para serem atacadas ou rejeitadas por este ambiente, por se considerarem esteticamente marginalizadas (HOUSMAN, 1990).

Já a Escala M associa-se aos componentes internos relativos à "Masculinidade X Feminilidade" (COSTA, 2003). Alguns estudos da área chamam a Escala M de "*Mental Toughness X Sensitivity*" (CAPRARA *et. al.*, 2001; SHAFER, 1999), dando a possibilidade interpretativa da dualidade "Força (Mental) X Sensibilidade", características respectivamente associadas a funções masculina e feminina, sem, no entanto, estarem associadas à orientação sexual do indivíduo. Os indivíduos que apresentam escores altos na escala M comumente descrevem-se como sendo teimosos, "fortes", "durões", que não se impressionam com cenas violentas, suportam vulgaridades. Não choram facilmente, além de não demonstrarem interesse em histórias românticas e de amor (ou seja, características associadas ao estereótipo social da masculinidade). As pessoas que apresentam escores baixos nesta escala percebem-se como tendo mais facilidade para chorar, perturbam-se com a visão de insetos e répteis, além de demonstrar interesse em histórias românticas (características socialmente tidas como "femininas") (COSTA, 2003). Neste estudo, as mulheres de G1 apresentaram escores menores do que as mulheres do G2 (diferença tendendo à significância estatística), mesmo que ambos os grupos tenham se mostrado dentro dos parâmetros de Feminilidade na população brasileira geral avaliada pela CPS (COSTA, 2003). Dessa maneira, pode-se pensar que as mulheres que buscam CPE apresentaram-se como mais sensíveis a acontecimentos cotidianos no geral, enquanto as mulheres que não buscam CPE mostraram-se mais fortes no enfrentamento de diversas situações estressoras.

Os menores escores na Escala M da CPS obtidos pelas mulheres que buscavam CPE, indicando a maior presença de características de personalidade socialmente tidas como "femininas", podem se relacionar a maior vulnerabilidade e sensibilidade destas mulheres às pressões sociais para se obter determinados ideais ou padrões de beleza. As mulheres que se percebem como não possuidoras de formas corporais que se encaixam nos padrões de beleza

difundidos (corpo magro e esbelto, seios fartos e volumosos) parecem sentir-se envergonhadas com sua aparência física, considerando-se insuficientemente atraentes e, assim, podendo tender a maior fechamento afetivo e social (HOUSMAN, 1990).

4.1.2. Correlação entre Escalas da CPS:

Foi realizada análise de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) entre as oito escalas clínicas da CPS com o objetivo de verificar se algumas características de personalidade se associavam a outras, possibilitando, assim, melhor compreensão da dinâmica psíquica das mulheres que buscam CPE e das que não buscam este tipo de cirurgia. Tais resultados encontram-se apresentados a seguir, em função do grupo estudado (Grupo Clínico e Grupo Comparação).

4.1.2.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1):

A Tabela 4 apresenta a matriz de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) entre as oito escalas clínicas da CPS, considerando-se os resultados obtidos pelas participantes de G1 ($n = 37$).

Tabela 4 – Coeficientes de correlação (*Pearson*) entre as escalas da CPS (G1, $n = 37$).

Variáveis	Escala T	Escala O	Escala C	Escala A	Escala S	Escala E	Escala M	Escala P
Escala T	1							
Escala O	0,182	1						
Escala C	-0,155	0,228	1					
Escala A	0,422**	0,495**	0,072	1				
Escala S	0,540**	0,334*	0,079	0,497**	1			
Escala E	-0,142	0,011	-0,047	0,142	0,303	1		
Escala M	0,177	-0,330*	-0,147	0,070	0,184	0,079	1	
Escala P	0,077	0,281	0,059	0,224	-0,001	0,117	-0,490**	1

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

A Tabela 4 mostra alguns resultados interessantes na relação entre algumas características de personalidade da CPS encontradas nas mulheres que buscavam CPE, que

podem ajudar na melhor compreensão deste Grupo Clínico. Tais resultados serão apresentados e discutidos a seguir, não deixando de se considerar, contudo, que a intensidade do relacionamento dos coeficientes de correlação variou somente entre fraca e moderada, mesmo que estatisticamente significativa (DANCEY; REIDY, 2006).

A Escala T da CPS, única que apresentou clara diferenciação entre os grupos avaliados (Clínico e Comparação), para este grupo de mulheres que buscavam CPE mostrou relação com outras escalas de personalidade (Escala A e S). Diante dos resultados encontrados (dispostos na Tabela 4), pode-se pensar que quanto maior a tendência da pessoa em mostrar-se desconfiada nas relações interpessoais e não acreditar na honestidade e nas intenções de outrem, maior sua tendência à instabilidade emocional e à falta de energia, com sentimentos de pessimismo, ansiedade, depressão e indisponibilidade às atividades e ao trabalho.

As participantes do Grupo Clínico apresentaram relação positiva entre características de Ordem (Escala O), de Atividade (Escala A) e de Estabilidade Emocional (Escala S). Isso permite supor que, quanto maior o nível de energia, disposição para o trabalho, otimismo e estabilidade do humor, maior a tendência dessa mulher em mostrar-se cuidadosa, meticulosa e organizada.

As respostas dadas pelas participantes do Grupo 1 resultaram na Escala O e na Escala P apresentando correlação negativa com a Escala M (Masculinidade). Isso indicou que, quanto mais intensas as características de Feminilidade (facilidade para chorar, incômodo com a presença de insetos e répteis, interesse em histórias românticas – que foram características deste grupo), maior a tendência da mulher que busca CPE em ser ordeira, perfeccionista, além de mais voltadas a servir ao próximo.

A Escala S (Estabilidade Emocional) apresentou correlação positiva com a Escala A (Atividade). Dessa maneira, pode-se supor que as mulheres que buscavam CPE apresentaram a tendência de se referirem mais bem dispostas e com energia para atividades quanto mais otimistas, confiantes, felizes e sem oscilações do humor se percebem.

4.1.2.2. Grupo de comparação (G2):

A Tabela 5, apresentada a seguir, contém a matriz de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) entre as oito escalas clínicas da CPS para o grupo G2 ($n = 41$).

Tabela 5 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as escalas da CPS (G2, n = 41).

Variáveis	Escala T	Escala O	Escala C	Escala A	Escala S	Escala E	Escala M	Escala P
Escala T	1							
Escala O	-0,192	1						
Escala C	-0,006	0,256	1					
Escala A	0,106	-0,092	-0,284	1				
Escala S	0,445**	-0,314*	-0,298	0,484**	1			
Escala E	0,205	-0,274	-0,363*	0,245	0,536**	1		
Escala M	0,193	-0,284	-0,149	-0,026	0,250	-0,149	1	
Escala P	0,331*	0,043	0,041	0,255	0,261	0,381*	-0,106	1

* $p \leq 0,05$.** $p \leq 0,01$.

Como pode ser visto na Tabela 5, algumas características de personalidade das participantes do Grupo Comparação pareceram se associar a outras, dando a possibilidade de melhor compreender seu funcionamento mental e, assim, comparar as diferenças apresentadas entre este grupo e o Grupo Clínico (foco do presente trabalho). Estas peculiaridades do Grupo 2 serão apresentadas a seguir, não podendo se perder de vista que, apesar de significativas, tiveram de fraca a moderada força de correlação (DANCEY; REIDY, 2006).

Houve correlação inversa entre a Escala C (Conformidade Social) e a Escala E (Extroversão) da CPS. Esta evidência sugere que quanto mais conformadas socialmente estas mulheres são, respeitando e acreditando nas leis e buscando aprovação, mais introvertidas se apresentam, mostrando-se mais reservadas, tímidas e com receio de se tornarem o foco das atenções.

A característica de Estabilidade Emocional (medida pela Escala S da CPS) mostrou relacionar-se com as características de Confiança, Ordem, Atividade e Extroversão (respectivamente, Escala T, O, A e E). Tal resultado fundamenta a hipótese de que quanto mais as participantes do Grupo 2 mostram-se otimistas, tranqüilas, seguras e sem oscilações do humor, mais apresentam facilidade de interação com os outros, acreditando em sua honestidade e boas intenções, têm muita energia e disponibilidade para trabalhar e para procurar novos amigos, desejando serem aceitas socialmente, além da tendência de não serem tão meticulosas, cuidadosas ou organizadas em seu estilo de vida.

As participantes do Grupo 2 ainda mostraram a associação significativa entre características de Empatia (Escala P da CPS) e características de Confiança (Escala T) e de

Extroversão (Escala E). Assim, mostraram a tendência de confiarem mais nas pessoas, em sua honestidade e intenções, assim como parecem se interessar mais pela companhia dos outros, sem receio de apresentarem-se publicamente, na direta proporção em que se mostraram mais prestativas, generosas, simpáticas ou altruístas, Indicaram, portanto, disponibilidade interna para relacionarem-se afetivamente com as outras pessoas.

É interessante notar (Tabelas 4 e 5) que houve correlação entre a Escala S e a Escala O em ambos os grupos, porém foi positiva para o Grupo Clínico e negativa para o Grupo Comparação. Dessa maneira, pode-se pensar que esta foi uma característica discriminadora entre a busca ou não de CPE. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte relação: quanto maior a presença de características de estabilidade emocional (Escala S), maior a tendência das participantes do Grupo Clínico apresentarem características de organização, meticulosidade e cuidado pessoal, e, de maneira inversa, menor a tendência à preocupação com ordem e perfeição das participantes do Grupo Comparação. Dessa maneira, poder-se-ia pensar, a partir destas informações, que as mulheres que buscam CPE o fazem por suas características de perfeccionismo na tentativa de manter ou de melhorar suas vivências de equilíbrio emocional interno e, no sentido inverso, as que não buscam CPE sinalizariam tendência a serem mais cuidadosas e precavidas em sua maneira de viver, talvez não se arriscando a se submeterem a um procedimento cirúrgico na tentativa de tranquilizar angústias internas.

4.2. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (ESIC)

4.2.1. Comparação entre G1 e G2:

A Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC) foi utilizada de acordo com os parâmetros de sua versão final, apresentados em Ferreira e Leite (2002). A visualização do conjunto dos resultados de G1 e G2 nesta escala encontra-se na Tabela 6, que apresenta, descritivamente, os dados da ESIC em função de seus fatores específicos, a saber: “Avaliação e/ou grau de satisfação com a própria aparência” (Fator 1) e “Preocupação com o peso” (Fator 2).

Tabela 6 – Resultados descritivos da ESIC em função do grupo de mulheres avaliadas: G1 ($n = 37$) e G2 ($n = 41$).

	ESIC	Fator 1	Fator 2
Grupo 1	Média	58,22	22,81
	DP	13,58	7,20
	Mediana	61	23
	Mínimo	24	8
	Máximo	77	34
Grupo 2	Média	64,76	24,02
	DP	12,17	7,21
	Mediana	67	26
	Mínimo	31	8
	Máximo	86	34

As médias gerais de G1 e G2 nesta escala apresentaram-se dentro dos padrões indicados pelo estudo de referência (FERREIRA; LEITE, 2002). Desta forma, reforçou-se indicativo de adequação dos Grupos 1 e 2 no que tange às características examinadas por este instrumento de avaliação psicológica (satisfação com a imagem corporal). Evidenciou-se, portanto, a adequação de ambos os grupos em relação ao padrão normativo esperado (grupo de mulheres não obesas), afastando a hipótese de presença de transtornos associados à satisfação com a imagem corporal no processo de busca de procedimentos cirúrgicos de natureza estética.

Por sua vez, a comparação estatística de G1 e G2 nos dois fatores da ESIC (teste *t* de Student, $p \leq 0,05$) apontou diferença estatística significativa somente no Fator 1 ($F = 0,56$; $p = 0,028$), com menor pontuação para G1. Desta forma, pode-se apontar que G1 se apresentou mais insatisfeito com a própria aparência do que o G2 (mulheres que não buscavam CPE). Isto faz pensar que a busca por um procedimento estético cirúrgico pareceu vinculada ao grau de insatisfação pessoal da mulher com sua própria aparência corporal, sem interferência significativa da preocupação com o peso corporal (Fator 2 da ESIC).

Considerando-se que a imagem corporal é constituída pela interação entre a imagem que se deseja ter, a imagem percebida na interação com as outras pessoas e a imagem formada na relação com o próprio corpo (PITANGUY, 1992), entende-se que pode ser, então, dinamicamente modificada, seja por mudança concreta no próprio corpo externo, seja por mudança na percepção dos outros e de si mesmo. Uma encontra-se intrinsecamente relacionada à outra e, talvez por isso, a busca por alguma modificação no corpo seja procurada por mulheres que estão insatisfeitas com sua imagem corporal (G1). Estas estariam

a tentar uma maneira direta e concreta de melhorar sua auto-imagem, o que Pitanguy (1992) considera como poderosa fonte de motivação à realização de CPE.

Estes aspectos mensurados pelo Fator 1 da ESIC levam a supor maior suscetibilidade das mulheres do Grupo 1 à internalização do padrão de beleza difundido atualmente na sociedade ocidental. Conseqüentemente, o risco de rejeição quanto à própria imagem corporal aumenta, havendo supervalorização da aparência física e, assim, podendo suscitar desejos por modificações corporais externas. Neste caso, estas teriam como objetivo a diminuição de sentimentos de inadequação pessoal e social associada à auto-percepção de afastamento dos padrões estéticos vigentes (FERREIRA; LEITE, 2002). Estas considerações vão de encontro a hipóteses e resultados de estudos mais recentes que têm apontado que, de modo geral, a procura por CPE está sendo feita por mulheres saudáveis, satisfeitas (em linhas gerais) com sua auto-estima, mas que procuram reduzir uma inconsistência entre sua imagem corporal global e uma auto-avaliação negativa sobre alguma parte específica de seu corpo, com a qual se encontram bastante insatisfeitas (MÉLEGA, 2002; VARGEL; ULUSAHIN, 2001).

Considerando estes achados, há autores, dentre os quais pode-se citar Heinberg (1996) e Housman (1990), que argumentam no sentido de que as práticas de socialização das mulheres favorecem a associação da capacidade de atratividade a um corpo magro e longilíneo, supervalorizando a aparência física como foco nas relações com o outro. A atratividade física é considerada como fator de impacto sobre a auto-estima e bem-estar psíquicos, sendo valorizada desde a infância e muito associada a maior e melhor atenção recebida dos outros. Dessa forma, para estes pesquisadores, difunde-se que o sucesso das relações interpessoais (e até mesmo profissionais) depende do poder de atratividade física, de modo que, se isto não é alcançado, conseqüentemente podem surgir intensos sentimentos de menos-valia pessoal e social. Depreende-se, portanto, que fatores socioculturais podem constituir, ao lado dos fatores individuais, considerável influência no desenvolvimento e na manutenção da satisfação ou rejeição com a imagem corporal, impacto sentido desde os primeiros anos de vida. A insatisfação corporal seria, então, resposta natural a tais pressões patológicas (HEINBERG, 1996), parecendo estar associada a peculiaridades e a vulnerabilidades na formação da personalidade, deixando margem para suscetibilidades na auto-avaliação da própria aparência nestas mulheres, como sugerem os resultados encontrados na presente investigação.

Entretanto, na literatura pertinente da área, alguns estudos encontraram diferenças específicas para os grupos de pessoas que procuravam CPE no que concerne a imagem corporal, enquanto outros não puderam diferenciá-los de indivíduos não-cirúrgicos ou com

experiência cirúrgica distinta. Dessa maneira, o estudo de Özgür, Tuncali e Gürsu (1998) e de Vargel e Ulusahin (2001), tal como anteriormente expostos, não encontraram diferenças significativas em seus resultados concernentes à satisfação com a vida, à auto-estima e à imagem corporal, apesar do último ter encontrado, em sua amostra, casos de Transtorno Dismórfico Corporal.

Por sua vez, Meningaud *et al.* (2001) verificaram que os solicitantes de CPE apresentavam, além de maior ansiedade social, maior preocupação com a aparência e com o que as outras pessoas pensavam de si, que se assemelha de certa maneira com o resultado presentemente obtido por meio da ESIC, de maior insatisfação com a própria aparência dentre as mulheres que buscaram este tipo de procedimento cirúrgico. Em sentido oposto, entretanto, foram os resultados de Ferraro, Rossano e D'Andrea (2005), que não encontraram diferenças no âmbito da auto-estima, concluindo que esta não é determinante para a busca de CPE. Outro estudo da área, realizado por Alagöz *et al.* (2003), apontou, na verdade, índices maiores de auto-estima das pessoas que buscavam modificação estética cirúrgica, indicando orientação mais positiva de si mesmos. Apesar de terem avaliado um conceito distinto (auto-estima), tais estudos demonstram a variedade e divergência de resultados acerca da avaliação da imagem corporal no campo da CPE na literatura científica disponível.

4.2.2. Correlação entre os Fatores da ESIC:

Também para a ESIC foi realizada análise de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) entre seus dois fatores avaliativos. Isto foi realizado com o intuito de verificar possíveis associações entre os mesmos que ajudassem a compreender o funcionamento psicológico das mulheres avaliadas em G1 e G2 no que concerne a satisfação com a imagem corporal.

O G1 ($n = 37$) obteve coeficiente de 0,455 e o G2 ($n = 41$) obteve coeficiente de 0,519 na análise de correlação entre o Fator 1 e o Fator 2 da ESIC, ambos alcançando nível de significância estatística menor ou igual a 0,01, indicando que a preocupação com o peso está diretamente associada à satisfação com a aparência. Isto implica no fato de que, independentemente dessas mulheres estarem buscando CPE ou não, quanto maior a preocupação com o peso, maior a insatisfação com a própria imagem corporal. Este dado tem sua importância reforçada ao se levar em conta que os coeficientes de correlação obtidos são classificados como de moderada magnitude, de acordo com a proposta de Dancey e Reidy (2006).

Poucos foram os estudos encontrados na literatura com o uso da ESIC. Foram identificados os trabalhos das próprias autoras do instrumento (FERREIRA; LEITE, 2002; LEITE, 1999), as quais apresentaram a configuração da ESIC para o contexto brasileiro e o estudaram por meio da comparação de grupos contrastantes, e o trabalho de Saur (2007), que o utilizou para a avaliação de pessoas com diferentes IMC. Nenhum desses estudos, entretanto, realizou análises de correlação dentre seus próprios fatores ou em relação a outros instrumentos de avaliação psicológica, ampliando o rol informativo sobre esta técnica.

4.3. DESENHO DE FIGURA HUMANA (DFH)

A técnica gráfica do Desenho da Figura Humana (DFH) foi classificada de acordo com o sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984), sendo considerados os julgamentos finais entre os juízes independentes, como explicado anteriormente. Estes dados foram agrupados para G1 e para G2, caracterizando o padrão de desempenho no DFH para cada conjunto de mulheres. Primeiramente foi considerada a distribuição das frequências dos itens relativos ao DFH de acordo com a ordem das figuras desenhadas (Tabela 7), tal como proposto por Lourenção Van Kolck (1984) e por Pasian, Okino e Saur (2004).

(continua) Tabela 7 – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se a ordem das figuras desenhadas, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	1ª Fig		2ª Fig		1ª Fig		2ª Fig	
	f	%	f	%	f	%	f	%
II) Aspectos formais do desenho da figura humana								
II.6 Tema:								
Estereótipo	-	-	-	-	-	-	-	-
Figura mais jovem	5	13,5	8	21,6	7	17,1	9	22,0
Figura de idade aproximada	30	81,1	26	70,3	31	75,6	29	70,7
Figura mais velha	-	-	-	-	-	-	-	-
Desenho pedagógico	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Desenhou corpo inteiro ou só o rosto?								
Desenhou corpo inteiro	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
Desenhou só o rosto	-	-	-	-	-	-	-	-
II.7 Postura:								
Em pé	37	100,0	36	97,3	41	100,0	41	100,0
Sentada	-	-	-	-	-	-	-	-
Outra	-	-	1	2,7	-	-	-	-
II.8 Movimento:								
Estática	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
Em movimento	-	-	-	-	-	-	-	-
II.9 Perspectiva:								
Toda de perfil	-	-	-	-	-	-	1	2,4
Perfil-frente (em partes da figura)	3	8,1	1	2,7	1	2,4	2	4,9
Toda de frente	34	91,9	36	97,3	40	97,6	38	92,7
Toda de costas	-	-	-	-	-	-	-	-
Erros sérios no perfil do rosto	-	-	-	-	-	-	-	-
II.10 Transparências:								
Presença	8	21,6	4	10,8	5	12,2	3	7,3
Ausência	29	78,4	33	89,2	36	87,8	38	92,7
II.11 Sequência:								
Normal	34	91,9	34	91,9	36	87,8	39	95,6
Invertida	2	5,4	-	-	1	2,4	1	2,4
Confusa	1	2,7	3	8,1	2	4,9	1	2,4
Bilateral, parcelada	-	-	-	-	2	4,9	-	-
Interrupções p/ insistir numa área	-	-	-	-	-	-	-	-
II.12 Simetria:								
Normal	37	100,0	37	100,0	41	100,0	40	97,6
Exagerada	-	-	-	-	-	-	-	-
Com distúrbios	-	-	-	-	-	-	-	-
Não dá para avaliar (figura de perfil)	-	-	-	-	-	-	1	2,4
II.13 Linha mediana:								
Presença	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
II.14 Articulações:								
Presença	5	13,5	3	8,1	9	22,0	11	26,8
Ausência	32	86,5	34	91,9	32	78,0	30	73,2
II.15 Anatomia Interna:								
Presença	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
II.16 Pormenores:								
Abundância	-	-	-	-	-	-	-	-
Presença moderada	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0

Tabela 7 (continuação) – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se a ordem das figuras desenhadas, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	1ª Fig		2ª Fig		1ª Fig		2ª Fig	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.25 Bigode e barba:								
Presença de bigode	-	-	3	8,1	-	-	4	9,8
Presença de barba	-	-	1	2,7	-	-	2	4,9
III.26 Olhos:								
Grandes	4	10,8	6	16,2	1	2,4	2	4,9
Médios	26	70,3	25	67,6	35	85,4	37	90,2
Pequenos	6	16,2	6	16,2	5	12,2	2	4,9
Omissão	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Olho completo (aberto, com pupila)	23	62,2	23	62,2	30	73,2	29	70,7
Fechados	2	5,4	3	8,1	1	2,4	-	-
Sem pupila	5	13,5	5	13,5	3	7,3	3	7,3
Só um círculo	1	2,7	2	5,4	6	14,6	6	14,6
Pupila sem a órbita	5	13,5	4	10,8	1	2,40	3	7,3
Pestanas	10	27,0	2	5,4	14	34,1	10	24,4
Sobrancelha	13	35,1	18	48,6	24	58,5	23	56,1
Sombreamento no contorno ou interior	5	13,5	8	21,6	12	29,3	12	29,3
III.27 Nariz:								
Grande	2	5,4	3	8,1	1	2,4	2	4,9
Médio	27	73,0	28	75,7	35	85,4	38	92,7
Pequeno	6	16,2	4	10,8	3	7,3	-	-
Narinas em lugar do nariz	1	2,7	1	2,7	2	4,9	1	2,4
Omissão	2	5,4	2	5,4	2	4,9	1	2,4
De perfil em cabeça de frente	13	35,1	17	45,9	27	65,9	24	58,5
Em um só traço	1	2,7	3	8,1	1	2,4	4	9,8
Narinas em ênfase	1	2,7	1	2,7	1	2,4	2	4,9
Borradura no contorno ou no interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.28 Boca:								
Grande	4	10,8	6	16,2	5	12,2	3	7,3
Média	31	83,8	28	75,7	36	87,8	37	90,2
Pequena	1	2,7	3	8,1	-	-	1	2,4
Omissão	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Para cima	22	59,5	24	64,9	21	51,2	18	43,9
Para baixo	-	-	-	-	-	-	-	-
Cerrada	1	2,7	-	-	1	2,4	2	4,9
Dentes	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4
Lábios grossos	-	-	2	5,4	6	14,6	3	7,3
Lábios médios	4	10,8	5	13,5	6	14,6	7	17,1
Lábios finos	2	5,4	-	-	-	-	-	-
Lábios em arco de cupido	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Língua, palito, cigarro etc.	-	-	-	-	1	2,4	2	4,9
Sombreamento ou borradura	1	2,7	1	2,7	2	4,9	1	2,4
III.29 Orelha:								
Grande	-	-	2	5,4	1	2,4	1	2,4
Média	10	27,0	9	24,3	17	41,5	20	48,8
Pequena	-	-	3	8,1	3	7,3	5	12,2
Omissão simples	27	73,0	23	62,2	20	48,8	15	36,6
Brincos	4	10,8	1	2,7	3	7,3	-	-
Bem detalhada	-	-	-	-	1	2,4	-	-
Distorção na forma	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Sombreamento no contorno ou interior	-	-	-	-	-	-	1	2,4
Sob os cabelos	7	18,9	2	5,4	11	26,8	3	7,3

Tabela 7 (continuação) – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se a ordem das figuras desenhadas, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	1ª Fig		2ª Fig		1ª Fig		2ª Fig	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.30 Pescoço:								
Comprido	12	32,4	13	35,1	10	24,4	10	24,4
Médio	20	54,1	20	54,1	27	65,9	25	61,0
Curto	4	10,8	1	2,7	2	4,9	5	12,2
Não foi possível determinar	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Delgado ou fino	15	40,5	15	40,5	15	36,6	12	29,3
Médio na grossura	18	48,6	17	45,9	23	56,1	25	61,0
Grosso	3	8,1	2	5,4	1	2,4	3	7,3
Em uma só linha	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Omissão	-	-	2	5,4	2	4,9	1	2,4
Colar ou outra jóia	5	13,5	1	2,7	6	14,6	2	4,9
Linha cortando-o	2	5,4	2	5,4	1	2,4	-	-
Pomo de Adão	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Decote em V	5	13,5	8	21,6	12	29,3	7	17,1
Distorção na forma	-	-	-	-	-	-	-	-
Contorno duplo	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento no contorno ou interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.31 Tronco:								
Formato normal	30	81,1	32	86,5	36	87,8	36	87,8
Oval ou elíptico	-	-	-	-	-	-	-	-
Redondo	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Retangular e/ou quadrangular	3	8,1	2	5,4	-	-	-	-
Triangular e/ou trapézio	1	2,7	-	-	2	4,9	2	4,9
Duplo trapézio	-	-	-	-	-	-	-	-
Distorção na forma	-	-	-	-	-	-	-	-
Linhas arredondadas	-	-	-	-	-	-	-	-
Linhas angulosas	1	2,7	2	5,4	-	-	1	2,4
Lacuna	-	-	-	-	-	-	-	-
Só da cintura para cima	-	-	-	-	-	-	-	-
Tronco em uma linha só (des.pedagógico)	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Omissão	-	-	-	-	-	-	-	-
III.32 Tórax:								
Proporcionado	29	78,4	25	67,6	36	87,8	36	87,8
Grande	5	13,5	5	13,5	-	-	-	-
Pequeno	1	2,7	4	10,8	2	4,9	2	4,9
Em uma só linha	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Pêlos	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Contorno duplo	-	-	-	-	-	-	-	-
III.33 Ombros:								
Omissão de ombros	2	5,4	3	8,1	4	9,8	3	7,3
Grandes	5	13,5	5	13,5	3	7,3	3	7,3
Proporcionados	26	70,3	25	67,6	28	68,3	28	68,3
Pequenos	4	10,8	4	10,8	5	12,2	6	14,6
Não foi possível avaliar (perfil)	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4
Sombreamento	-	-	-	-	-	-	-	-
III.34 Seios:								
Omissão de seios	36	97,3	35	94,6	33	80,5	40	97,6
De frente	-	-	-	-	-	-	-	-
De perfil	-	-	-	-	-	-	-	-
Mamilo	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Pequenos	-	-	-	-	-	-	-	-
Grandes	-	-	-	-	-	-	-	-
Apenas assinalados	1	2,7	2	5,4	8	19,5	1	2,4

Tabela 7 (conclusão) – Distribuição de freqüência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se a ordem das figuras desenhadas, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	1ª Fig		2ª Fig		1ª Fig		2ª Fig	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.44 Roupas (cont.):								
Meias	2	5,4	1	2,7	3	7,3	-	-
Bolsos	3	8,1	6	16,2	4	9,8	9	22,0
Botões	8	21,6	15	40,5	4	9,8	6	14,6
Gravata	-	-	1	2,7	-	-	2	4,9
Calça com vinco	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Calça com vistas (zíper)	-	-	6	16,2	3	7,3	5	12,2
Sombreamento ou borradura no contorno	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Sombreamento da blusa, camisa ou paletó	4	10,8	-	-	2	4,9	-	-
Sombreamento da saia ou calça	3	8,1	1	2,7	-	-	-	-
Sombreamento da barra da saia ou calça	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	4	10,8	5	13,5	3	7,3	4	9,8
Ausência parcial	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Roupa interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.45 Acessórios:								
Chapéu	1	2,7	5	13,5	-	-	2	4,9
Chapéu muito grande	-	-	-	-	-	-	-	-
Chapéu na ausência de outra peça	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Cigarro ou cachimbo	-	-	-	-	-	-	-	-
Revólver	-	-	-	-	-	-	-	-
Bengala ou guarda-chuva	-	-	-	-	-	-	-	-
Adornos	5	13,5	-	-	7	17,1	2	4,9
Objetos na mão	-	-	1	2,7	2	4,9	-	-
Acentuação dos acessórios em detrimento do essencial roupa	-	-	-	-	-	-	-	-

Como pode ser observado na extensa Tabela 7, que considerou a ordem das figuras tal como desenhadas pelas participantes, alguns aspectos dos dois DFH podem ser entendidos como comuns na produção de G1 e G2, a saber:

1. Aspectos Gerais: Desenhos na posição vertical da folha, localizados ou no 4º Quadrante ou na combinação da Metade Superior com a Metade Esquerda da folha (no caso da 2ª Figura do G2, também na combinação da Metade Inferior com a Metade Esquerda da folha), de tamanho médio, traçados em linha média e contínua, sem resistências à execução de ambas as figuras.

2. Aspectos Formais: Predominância de desenhos realizados em seqüência normal (a partir da cabeça), com simetria adequada, corpos completos, estáticos e quase todos na posição em pé e de frente. Em sua maioria, o próprio sexo foi desenhado em primeiro lugar, sem grandes diferenciações na elaboração entre figura feminina e masculina, representando idade aproximada à da participante (fase adulta). A proporção entre as partes do desenho foi

harmoniosa, no geral não apresentando transparências ou articulações, e com ausência total de linha mediana e anatomia interna. Maioria dos desenhos com indicadores de conflitos, especialmente correções e retoques, sendo a presença de sombreamento nas figuras também expressiva. Tendência a não desenhar linha no solo ou pormenores ao redor do desenho.

3. Aspectos de conteúdo: Foram subdivididos em “Cabeça – Tronco – Membros” para facilitar sua sistematização:

a) Cabeça: Tamanho da cabeça grande ou média, com cabelos curtos para a 2ª Figura e compridos ou médios para a 1ª Figura, desenhados em quantidade normal e com sombreamento expressivo, mas não predominante. Rosto sem pinturas ou sombreamentos, com presença de bigode e barba somente na 2ª Figura (porém, não predominantes). Olhos em tamanho médio e desenhados de maneira completa (abertos, com pupila), com expressiva frequência de pestanas, sobrancelhas e sombreamento em seu contorno ou em seu interior. Nariz desenhado em tamanho médio e de perfil em cabeça de frente. Boca média e desenhada voltada para cima. Orelhas foram predominantemente omitidas na maioria dos desenhos (somente na 2ª Figura do G2 a maioria das mulheres desenhou orelha média), mas, quando representadas, o tamanho médio prevaleceu e houve expressiva frequência de orelhas desenhadas sob os cabelos, especialmente nas 1ªs Figuras de ambos os grupos. O pescoço foi desenhado, em sua maioria, médio no comprimento e na grossura, mas também foi expressivo o número de desenhos com pescoço comprido e fino. A presença de colares, especialmente na 1ª Figura, e de decotes em “V” em ambos os desenhos também merece destaque, apesar de não se configurar como frequente na maioria das representações.

b) Tronco: A grande maioria das mulheres de G1 e de G2 desenhou tronco no formato normal, com tórax e ombros proporcionados e ausência de seios. A cintura foi feita em tamanho proporcional, assim como as cadeiras e nádegas, sendo sua delimitação predominantemente feita por um traço, apesar de cintos terem sido comuns. Foram desenhados, em sua maioria, trajes comuns completos, tendo destaque a presença de botões (especialmente no G1) e bolsos (especialmente em G2), não havendo predominância de acessórios ou adornos.

c) Membros: Os braços foram desenhados, em sua maioria, com comprimento e grossura médios, estendidos para o ambiente (apesar de expressiva presença de braços pendentes ao longo do corpo). A maior parte das mulheres avaliadas desenhou mãos em tamanho médio e dedos arredondados e em quantidade normal. Da mesma maneira, houve a tendência das pernas serem desenhadas em proporção média (tanto no comprimento quanto na grossura), com presença de pés médios e com sapatos sem detalhes (apesar de predominância

de sapatos com detalhes na 1ª Figura do G2).

Estas considerações gerais sobre a produção gráfica total de ambos os grupos avaliados, no que concerne a primeira e a segunda figuras desenhadas, indica uma representação de figura humana condizente aos padrões normativos do grupo de referência (PASIAN; OKINO, SAUR, 2004), sem que, no entanto, fossem realizadas análises estatísticas comparativas. Isto aponta mais uma vez para o caráter de adequação a parâmetros normativos das participantes, variável buscada desde o início da formação dos grupos deste estudo.

Uma análise comparativa entre a 1ª e a 2ª Figura desenhada por G1 e por G2 foi realizada por meio do *Teste de Homogeneidade Marginal* (variação do *Teste McNemar* que possibilita comparação multicategórica), adotando-se $p \leq 0,05$. Esta análise proporcionou os resultados dispostos na Tabela 8.

Tabela 8 – *Itens avaliativos do DFH que apresentaram diferenças significativas na comparação entre a 1ª e a 2ª Figura desenhadas, em função de G1 (n = 37) e G2 (n = 41).*

Itens avaliativos DFH	Grupo 1	Grupo 2
	Nível de significância	
Tamanho do Desenho em Relação à Folha	0,059	0,034
Ordem das Figuras	0,000	0,000
Tamanho da Cabeça	-	0,046
Tamanho dos Cabelos	0,011	0,002
Bigode	-	0,046
Pestanas	0,002	-
Seios – Assinalamento	-	0,008
Roupa – Calça	0,028	-

Como pode ser visto na tabela acima, as diferenças significativas que ocorreram entre a 1ª e a 2ª figuras desenhadas foram, em sua maioria, relativas às diferenças inerentes ao sexo desenhado. Desta forma, pode-se encontrar diferenças nos itens: “Tamanho do cabelo” (sendo as mulheres representadas por cabelos médios ou compridos, e os homens, por cabelos curtos), “Bigode” (representados somente na figura masculina), “Pestanas” (representadas predominantemente nas figuras femininas), “Assinalamento de seios” (existente predominantemente nas figuras femininas) e “Calça” (recebendo maiores detalhes na figura masculina). Retomando os dados da Tabela 7, a grande maioria das mulheres desenhou em primeiro lugar a figura feminina, acarretando as diferenças relativas à “Ordem da figura desenhada”.

Estas reduzidas diferenças entre a 1ª e a 2ª Figura desenhada em cada grupo de mulheres permite inferir que seus DFH correspondam a produções similares, o que está de

acordo com outros trabalhos da literatura que investigaram estes aspectos (PASIAN, OKINO; SAUR, 2004; SAUR, 2007). Mesmo assim, adotou-se o procedimento de serem analisadas ambas as figuras nas diversas comparações estatísticas entre G1 e G2, como será visto mais à frente, com o intuito de explorar possibilidades informativas dos atuais resultados, proporcionando maior conhecimento do fenômeno estudado.

Posteriormente, foi realizado outro tipo de agrupamento destes dados, considerando-se o sexo da figura desenhada (feminina ou masculina, independentemente de sua ordem de representação), modelo adotado por Gottsfritz (2007) em sua tese de doutorado com adultos analfabetos. As frequências obtidas para cada variável do DFH, neste novo agrupamento, encontram-se na Tabela 9.

(continua) **Tabela 9** – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se o sexo da figura desenhada, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	Fig. Feminina		Fig. Masculina		Fig. Feminina		Fig. Masculina	
	f	%	f	%	f	%	f	%
II) Aspectos formais do desenho da figura humana								
II.6 Tema:								
Estereótipo	-	-	-	-	-	-	-	-
Figura mais jovem	5	13,5	8	21,6	7	17,1	9	22,0
Figura de idade aproximada	30	81,1	26	70,3	31	75,6	29	70,7
Figura mais velha	-	-	-	-	-	-	-	-
Desenho pedagógico	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Desenhou corpo inteiro ou só o rosto?								
Desenhou corpo inteiro	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
Desenhou só o rosto	-	-	-	-	-	-	-	-
II.7 Postura:								
Em pé	37	100,0	36	97,3	41	100,0	41	100,0
Sentada	-	-	-	-	-	-	-	-
Outra	-	-	1	2,7	-	-	-	-
II.8 Movimento:								
Estática	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
Em movimento	-	-	-	-	-	-	-	-
II.9 Perspectiva:								
Toda de perfil	-	-	-	-	-	-	1	2,4
Perfil-frente (em partes da figura)	2	5,4	2	5,4	2	4,9	1	2,4
Toda de frente	35	94,6	35	94,6	39	95,1	39	95,1
Toda de costas	-	-	-	-	-	-	-	-
Erros sérios no perfil do rosto	-	-	-	-	-	-	-	-
II.10 Transparências:								
Presença	9	24,3	3	8,1	6	14,6	2	4,9
Ausência	28	75,7	34	91,9	35	85,4	39	95,1
II.11 Sequência:								
Normal	35	94,6	33	89,2	38	92,7	37	90,2
Invertida	-	-	2	5,4	1	2,4	1	2,4
Confusa	2	5,4	2	5,4	2	4,9	1	2,4
Bilateral, parcelada	-	-	-	-	-	-	2	4,9
Interrupções p/ insistir numa área	-	-	-	-	-	-	-	-
II.12 Simetria:								
Normal	37	100,0	37	100,0	41	100,0	40	97,6
Exagerada	-	-	-	-	-	-	-	-
Com distúrbios	-	-	-	-	-	-	-	-
Não foi possível avaliar (figura de perfil)	-	-	-	-	-	-	1	2,4
II.13 Linha mediana:								
Presença	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
II.14 Articulações:								
Presença	4	10,8	4	10,8	10	24,4	10	24,4
Ausência	33	89,2	33	89,2	31	75,6	31	75,6
II.15 Anatomia Interna:								
Presença	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0
II.16 Pormenores:								
Abundância	-	-	-	-	-	-	-	-
Presença moderada	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	37	100,0	37	100,0	41	100,0	41	100,0

Tabela 9 (continuação) – Distribuição de frequência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se o sexo da figura desenhada, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	Fig. Feminina		Fig. Masculina		Fig. Feminina		Fig. Masculina	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.25 Bigode e barba:								
Presença de bigode	-	-	3	8,1	-	-	4	9,8
Presença de barba	-	-	1	2,7	-	-	2	4,9
III.26 Olhos:								
Grandes	4	10,8	6	16,2	-	-	3	7,3
Médios	27	73,0	24	64,9	37	90,2	35	85,4
Pequenos	5	13,5	7	18,9	4	9,8	3	7,3
Omissão	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Olho completo (aberto, com pupila)	22	59,5	24	64,9	30	73,2	29	70,7
Fechados	3	8,1	2	5,4	-	-	1,0	2,4
Sem pupila	5	13,5	5	13,5	3	7,3	3	7,3
Só um círculo	2	5,4	1	2,7	6	14,6	6	14,6
Pupila sem a órbita	4	10,8	5	13,5	2	4,90	2	4,9
Pestanas	9	24,3	3	8,1	15	36,6	9	22,0
Sobrancelha	13	35,1	18	48,6	24	58,5	23	56,1
Sombreamento no contorno ou interior	5	13,5	8	21,6	13	31,7	11	26,8
III.27 Nariz:								
Grande	2	5,4	3	8,1	3	7,3	-	-
Médio	28	75,7	27	73,0	34	82,9	39	95,1
Pequeno	5	13,5	5	13,5	2	4,9	1,0	2,4
Narinas em lugar do nariz	1	2,7	1	2,7	2	4,9	1	2,4
Omissão	2	5,4	2	5,4	2	4,9	1	2,4
De perfil em cabeça de frente	15	40,5	15	40,5	27	65,9	24	58,5
Em um só traço	1	2,7	3	8,1	1	2,4	4	9,8
Narinas em ênfase	1	2,7	1	2,7	1	2,4	2	4,9
Borradura no contorno ou no interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.28 Boca:								
Grande	4	10,8	6	16,2	5	12,2	3	7,3
Média	30	81,1	29	78,4	36	87,8	37	90,2
Pequena	2	5,4	2	5,4	-	-	1	2,4
Omissão	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Para cima	23	62,2	23	62,2	22	53,7	17	41,5
Para baixo	-	-	-	-	-	-	-	-
Cerrada	-	-	1	2,7	-	-	3	7,3
Dentes	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4
Lábios grossos	-	-	2	5,4	7	17,1	2	4,9
Lábios médios	5	13,5	4	10,8	6	14,6	7	17,1
Lábios finos	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Lábios em arco de cupido	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Língua, palito, cigarro etc.	-	-	-	-	1	2,4	2	4,9
Sombreamento ou borradura	1	2,7	1	2,7	1	2,4	2	4,9
III.29 Orelha:								
Grande	-	-	2	5,4	1	2,4	1	2,4
Média	10	27,0	9	24,3	15	36,6	22	53,7
Pequena	-	-	3	8,1	4	9,8	4	9,8
Omissão simples	27	73,0	23	62,2	21	51,2	14	34,1
Brincos	5	13,5	-	-	3	7,3	-	-
Bem detalhada	-	-	-	-	1	2,4	-	-
Distorção na forma	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Sombreamento no contorno ou interior	-	-	-	-	-	-	1	2,4
Sob os cabelos	8	21,6	1	2,7	12	29,3	2	4,9

Tabela 9 (continuação) – Distribuição de frequências e porcentagens dos itens relativos ao DFH, considerando-se o sexo da figura desenhada, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	Fig. Feminina		Fig. Masculina		Fig. Feminina		Fig. Masculina	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.30 Pescoço:								
Comprido	12	32,4	13	35,1	10	24,4	10	24,4
Médio	22	59,5	18	48,6	26	63,4	26	63,4
Curto	2	5,4	3	8,1	3	7,3	4	9,8
Não foi possível determinar	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Delgado ou fino	15	40,5	15	40,5	17	41,5	10	24,4
Médio na grossura	19	51,4	16	43,2	20	48,8	28	68,3
Grosso	2	5,4	3	8,1	2	4,9	2	4,9
Em uma só linha	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Omissão	-	-	2	5,4	2	4,9	1	2,4
Colar ou outra jóia	6	16,2	-	-	8	19,5	-	-
Linha cortando-o	2	5,4	2	5,4	-	-	1,0	2,4
Pomo de Adão	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Decote em V	7	18,9	6	16,2	11	26,8	8	19,5
Distorção na forma	-	-	-	-	-	-	-	-
Contorno duplo	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento no contorno ou interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.31 Tronco:								
Formato normal	30	81,1	32	86,5	34	82,9	38	92,7
Oval ou elíptico	-	-	-	-	-	-	-	-
Redondo	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Retangular e/ou quadrangular	3	8,1	2	5,4	-	-	-	-
Triangular e/ou trapézio	1	2,7	-	-	4	9,8	-	-
Duplo trapézio	-	-	-	-	-	-	-	-
Distorção na forma	-	-	-	-	-	-	-	-
Linhas arredondadas	-	-	-	-	-	-	-	-
Linhas angulosas	1	2,7	2	5,4	-	-	1	2,4
Lacuna	-	-	-	-	-	-	-	-
Só da cintura para cima	-	-	-	-	-	-	-	-
Tronco em uma linha só (des.pedagógico)	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Omissão	-	-	-	-	-	-	-	-
III.32 Tórax:								
Proporcionado	29	78,4	25	67,6	35	85,4	37	90,2
Grande	5	13,5	5	13,5	-	-	-	-
Pequeno	1	2,7	4	10,8	3	7,3	1	2,4
Em uma só linha	2	5,4	3	8,1	3	7,3	3	7,3
Pêlos	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Contorno duplo	-	-	-	-	-	-	-	-
III.33 Ombros:								
Omissão de ombros	2	5,4	3	8,1	4	9,8	3	7,3
Grandes	5	13,5	5	13,5	3	7,3	3	7,3
Proporcionados	26	70,3	25	67,6	27	65,9	29	70,7
Pequenos	4	10,8	4	10,8	6	14,6	5	12,2
Não foi possível avaliar (perfil)	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4
Sombreamento	-	-	-	-	-	-	-	-
III.34 Seios:								
Omissão de seios	36	97,3	35	94,6	33	80,5	40	97,6
De frente	-	-	-	-	-	-	-	-
De perfil	-	-	-	-	-	-	-	-
Mamilo	-	-	-	-	-	-	-	-
Sombreamento	1,0	2,7	-	-	-	-	-	-
Pequenos	-	-	-	-	-	-	-	-
Grandes	-	-	-	-	-	-	-	-
Apenas assinalados	1	2,7	2	5,4	8	19,5	1	2,4

Tabela 9 (conclusão) – Distribuição de freqüência (simples e porcentagem) dos itens relativos ao DFH, considerando-se o sexo da figura desenhada, em função dos grupos avaliados.

Itens DFH	Grupo 1 (n = 37)				Grupo 2 (n = 41)			
	Fig. Feminina		Fig. Masculina		Fig. Feminina		Fig. Masculina	
	f	%	f	%	f	%	f	%
III.44 Roupas (cont.):								
Meias	2	5,4	1	2,7	-	-	3	7,3
Bolsos	3	8,1	6	16,2	3	7,3	10	24,4
Botões	7	18,9	16	43,2	5	12,2	5	12,2
Gravata	-	-	1	2,7	-	-	2	4,9
Calça com vinco	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Calça com vistas (zíper)	-	-	6	16,2	2	4,9	6	14,6
Sombreamento ou borradura no contorno	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Sombreamento da blusa, camisa ou paletó	3	8,1	1	2,7	2	4,9	-	-
Sombreamento da saia ou calça	3	8,1	1	2,7	-	-	-	-
Sombreamento da barra da saia ou calça	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausência	4	10,8	5	13,5	3	7,3	4	9,8
Ausência parcial	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Roupa interior	-	-	-	-	-	-	-	-
III.45 Acessórios:								
Chapéu	-	-	6	16,2	-	-	2	4,9
Chapéu muito grande	-	-	-	-	-	-	-	-
Chapéu na ausência de outra peça	-	-	1	2,7	-	-	1	2,4
Cigarro ou cachimbo	-	-	-	-	-	-	-	-
Revólver	-	-	-	-	-	-	-	-
Bengala ou guarda-chuva	-	-	-	-	-	-	-	-
Adornos	5	13,5	-	-	9	22,0	-	-
Objetos na mão	1	2,7	-	-	2	4,9	-	-
Acentuação dos acessórios em detrimento do essencial roupa	-	-	-	-	-	-	-	-

Como pôde ser observado na Tabela 9, que considerou as figuras independentemente da ordem que foram desenhadas, mas sim agrupando os resultados de acordo com o sexo do DFH (feminino ou masculino), a freqüência dos indicadores obtidos para cada desenho pouco se modificou em relação aos dados apresentados na Tabela 7. Dessa forma, os aspectos predominantes de cada DFH, que indicariam a produção média para o agrupamento em função do sexo da figura desenhada, foram similares aos já apresentados anteriormente em função da ordem da figura representada. Provavelmente isto ocorreu devido à alta freqüência de desenhos do próprio sexo da participante representados em primeiro lugar, o que aproximou as informações oferecidas por cada tipo de agrupamento. Mesmo com essas semelhanças, o presente estudo também adotou este tipo de agrupamento de dados da produção gráfica para comparar estatisticamente o desempenho de G1 com o de G2, na tentativa de enriquecer o conhecimento sobre a temática da imagem corporal, descritos mais à frente.

A seguir serão apresentados os resultados das comparações estatísticas dos DFH de G1 e G2, realizadas por meio do *Teste do Qui Quadrado* (ou *Exato de Fisher* quando necessário), considerando-se $p \leq 0,05$. Aqui vale ressaltar a dificuldade encontrada na prática para poder efetuar algumas comparações estatísticas, já que certos itens avaliativos apresentaram baixa frequência. Nestes casos, para tornar possível uma adequada comparação estatística entre grupos, foram necessários reagrupamentos dos indicadores, de modo a obter satisfatória frequência de respostas. A partir deste procedimento foi possível chegar aos dados apresentados na Tabela 10, onde constam somente as diferenças significativas entre a produção de G1 e G2 para cada item avaliativo do DFH (considerando-se as duas figuras desenhadas, de acordo com sua ordem).

Tabela 10 – Itens avaliativos do DFH com diferenças significativas entre G1 ($n = 37$) e G2 ($n = 41$), considerando-se as duas figuras desenhadas (de acordo com sua ordem).

Item Avaliativo	1ª Figura	2ª Figura	Características comparadas
	Nível de significância		
Qualidade do Grafismo – Tipo de Linha	0,002	0,018	Média X Fina / Grossa
Articulações	-	0,031	Presença X Ausência
Sombreamento nos Cabelos	-	0,025	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes X Sombreamento nos Cabelos
Olhos – Tamanho	-	0,013	Médios X Pequenos / Grandes / Ausentes
Olhos – Características “Pupila sem a órbita”	0,048	-	Não desenhou Pupilas sem a órbita X Presença de Pupilas sem a órbita / Olhos ausentes
Olhos – Pestanas	-	0,020	Presença X Ausência
Olhos – Sobrancelhas	0,039	-	Presença X Ausência / Olhos ausentes
Nariz – Tamanho ou Ausência	-	0,038	Médios X Fora do Padrão – Pequenos, Grandes, Só Narinas, Omissão
Nariz – De Perfil	0,007	-	Sem ser de perfil em cabeça de frente X De perfil em cabeça de frente / Omissão
Orelha – Presença ou Ausência	0,029	0,024	Presença X Ausência
Orelha – Sob os Cabelos	<i>Tendência:</i> 0,054	0,036	Desenhou orelhas sem ser sob os cabelos X Não desenhou orelhas / Orelha sob os cabelos
Tórax – Tamanho	-	0,031	Proporcionado X Fora do Padrão – Grande / Pequeno / Em uma só linha
Seios (“Presença ou Ausência”, “Posição”, “Mamilos”, “Tamanho”)	0,031	-	Ausência de seios X Seios apenas assinalados
Seios (“Sombreamento”)	0,031	-	Não desenhou seios X Seios apenas assinalados / Sombreamento nos seios
Mãos - Tamanho	-	0,025	Médias X Fora do Padrão - Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas
Dedos – Quantidade	0,023	0,014	Em menor número / Não desenhou dedos X Em quantidade normal

Para um melhor entendimento da Tabela 10, faz-se necessário retomar o padrão de desempenho geral no DFH das mulheres (apresentado na Tabela 7) para servir de parâmetro à interpretação destes atuais resultados. Para facilidade compreensiva, estes resultados da Tabela 10 serão examinados especificamente, em cada uma das diferenças encontradas entre G1 e G2.

a) Qualidade do Grafismo – Tipo de Linha

O G2 desenhou linhas com maior variação da grossura (fina, grossa) que G1 em ambas as figuras humanas desenhadas. G1, por sua vez, apresentou maior proporção de DFH com linhas médias.

Lourenção Van Kolck (1984) considera que o tipo de linha e a consistência do traçado podem indicar tanto manifestação de energia, vitalidade, decisão e iniciativa, quanto emotividade, ansiedade, insegurança e falta de confiança em si. Afirma que não caberia nenhuma interpretação específica para “Linha Média”, entendendo-se disto que a autora considerava este o jeito comum e esperado do desenho ser realizado, evidência confirmada pelo referencial normativo de Pasian, Okino e Saur (2004). Por sua vez, desenhos feitos com “Linha Grossa”, segundo Lourenção Van Kolck (1984) representariam manifestação de energia, vitalidade, iniciativa, decisão, constância, confiança em si, mas também possível agressão e hostilidade para com o ambiente, esforço para manter o equilíbrio da personalidade e falta de adaptação. A presença de “Linha Fina” indicaria insegurança, timidez, sentimento de incapacidade, falta de energia e de confiança em si, mas também personalidade hipersensível e artística.

Debatendo estes aspectos do DFH, Campos (2000) afirma que a pressão no desenhar oferece indicações sobre o nível de energia do sujeito, entendendo que um traçado com “Pouca pressão (traço leve)” indicaria baixo nível de energia, com presença de repressão e restrições (sendo usualmente comuns em indivíduos deprimidos e com sentimentos de inadequação) e com “Muita pressão (traço forte)” seria característico de sujeitos extremamente tensos. Esta mesma autora discrimina ainda a pressão do traço com sua grossura, entendendo o traçado “Leve/normal” como indicativo de bom tônus, equilíbrio emocional e mental, enquanto que um traço “Apagado” apontaria para dissimulação da agressividade, medo de revelar problemas, inibição, timidez discreta ou debilidade física, e um traço “Forte” poderia indicar medo, insegurança, agressividade sádica e dissimulação.

Tomando-se como base estas interpretações, poder-se-ia especular que G1 apresentou maior tendência ao equilíbrio emocional que G2. Por sua vez, as mulheres de G2 apresentaram

características sugestivas de maior inibição emocional, insegurança, baixo nível de energia e dissimulação de impulsos agressivos e hostis do que G1, evidências que merecerão detalhamento analítico posterior. Vale lembrar, entretanto, que ambos os grupos apresentaram, no geral, desempenho no DFH compatível aos parâmetros normativos, sendo as diferenças encontradas indícios de possíveis particularidades do dinamismo psíquico em cada um deles.

b) Articulações

O G2 desenhou três vezes mais articulações que G1 na 2ª Figura. De acordo com Lourenção Van Kolck (1984), as articulações denunciam tendências compulsivas, de dependência ou de incerteza no indivíduo. Afirma que a atenção excessiva à articulação indicaria extrema preocupação somática, com sentido imperfeito e indeciso de integridade corporal, além de imaturidade afetivo-sexual. Esta autora comenta ainda que a presença de joelhos e cotovelos constituiria sinal de tendência paranóide, ainda que não pudesse ser considerado patognomônico.

Por sua vez, Campos (2000) considera que a presença de “Braços com articulações” apontaria para preocupação hipocondríaca, ou seja, tal como Lourenção Van Kolck (1984), mostraria a preocupação e investimento de energia no corpo. Levy (1991) afirma que a atenção dada aos cotovelos ou outras articulações indicaria que o sujeito mostra comportamento compulsivo, enquanto Machover⁸ (1949 *apud* GOTTSFRITZ, 2007) acrescenta que as articulações podem sugerir um sentido imperfeito e indeciso da integridade corporal (como considerado por LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984).

Com base nestes referenciais teóricos, poder-se-ia pensar que G2 apresentou indícios de imaturidade psicosexual, de sentimentos paranóides e de preocupação com a integridade corporal, quando comparado ao resultado global das mulheres de G1. Novamente é preciso lembrar que, apesar desta tendência, tanto G1 quanto G2 acompanharam o padrão de desempenho normativo do DFH de adultos, não caracterizando índices de adoecimento psíquico.

c) Cabelos – Sombreamento

O G1 desenhou o dobro de cabelos sombreados na 2ª Figura do que G2. De acordo com Lourenção Van Kolck (1984), os cabelos estão associados à esfera da sexualidade, à

⁸ MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure**: A method of personality investigation. Springfield: C. C. Thomas, 1949.

vitalidade sexual, àquilo que está crescendo e é vivo. Afirma ainda que “sombreamento forte” dos cabelos indicaria conflito da virilidade, mas também, possível ansiedade com relação aos próprios pensamentos ou fantasias.

Por sua vez, Machover (1949) considera os cabelos como expressão da sexualidade e de esforço em mostrar virilidade (no homem) ou atratividade (na mulher). Sugere que qualquer grau de sombreamento dos cabelos poderia configurar-se como uma expressão de ansiedade, e, quando feito com vigor, como descarga de agressividade.

Baseando-se nestas hipóteses, poder-se-ia supor maior grau de ansiedade na esfera dos pensamentos/fantasias ou da sexualidade nas participantes de G1 quando comparadas a G2, talvez dando maior ênfase aos cabelos. Esta inferência pode ser reforçada ao se pensar que esta ênfase na representação dos cabelos ocorreu na segunda figura desenhada, predominantemente do sexo masculino, onde claramente o cabelo não costuma ganhar destaque gráfico nos padrões de desempenho normativo do DFH (PASIAN; OKINO; SAUR, 2004).

d) Olhos – Tamanho e Características

O G2 desenhou mais freqüentemente olhos em tamanho “Médio” e mais “Pestanas” na 2ª Figura que G1, que apresentou maior variação de tamanhos dos olhos (pequeno, grande). Por sua vez, G1 desenhou, na 1ª Figura, mais “Pupilas sem a órbita do olho” e menos “Sobrancelhas” que G2.

Lourenção Van Kolck (1984) explica que o olho é o órgão básico para contato com o mundo exterior, tendo o papel de comunicação social, assim como é o ponto principal de concentração para o sentimento do próprio eu e a vulnerabilidade do mesmo. Afirma que olhos em tamanho “Médio” dispensam interpretação, parecendo considerar este tamanho como o padrão esperado nos desenhos. Quando existe variação no tamanho desenhado, considera que olhos desenhados em tamanho “Grande” parecem se associar a significados de curiosidade, de dependência do ambiente e das experiências visuais, além de ter um aspecto de desconfiança paranóide. Quando desenhados em tamanho “Pequeno” associam-se a um caráter de ensimesmamento, com a tendência de excluir o mundo de seu contato pessoal. Esta autora ainda considera que desenhos de “Pupilas sem a órbita do olho” significariam limitação do campo de visão. Em sua perspectiva, o significado de “Sobrancelhas” e “Pestanas” não seria muito claro, parecendo estar relacionado a atratividade sexual.

Campos (2000), por sua vez, explica que olhos representados por um ponto (o que Lourenção Van Kolck chama de ‘pupilas sem a órbita dos olhos’) podem significar um modo

imaturo de enfrentar a vida, um aspecto regressivo na maturidade afetiva. Esta mesma autora faz considerações sobre o significado de sobrancelhas e pestanas de acordo com seu formato e características, mas, como isto não foi detalhado no presente estudo (que só considerou presença ou ausência), não foi possível usar suas descrições na tentativa de melhor compreender os atuais resultados. Por fim, Buck (2003) afirma que olhos pequenos poderiam estar associados a desejos de restrição no campo perceptual e de contatos com o mundo.

Levando-se em conta essas considerações acerca dos aspectos de tamanho e de características dos olhos, poder-se-ia levantar a hipótese de que G2 sinalizou adequado contato com o mundo exterior e com o próprio eu. Por sua vez, G1 apresentou indícios de maior tendência de dependência do ambiente e das experiências visuais, com vivência de desconfiança, assim como tendência a excluir o mundo de seu contato pessoal, ficando mais absortas em si mesmas, com imaturidade no enfrentamento das adversidades da vida.

e) Nariz – Tamanho e Características

Na 2ª figura desenhada, o G2 desenhou mais nariz em tamanho “Médio” que G1. Este, por sua vez, apresentou maior variação nos tamanhos do nariz ou mais omissões deste item avaliativo. Já na 1ª figura, G2 desenhou “Nariz de Perfil em Cabeça de Frente” numa proporção equivalente ao dobro de ocorrências deste item no G1.

Segundo Lourenção Van Kolck (1984), o nariz pode ser considerado um símbolo fálico (simbolismo sexual), mas também pode simbolizar agressividade, afirmação pessoal, confiança e disposição para atividades. Entende que nariz “Grande” é algo masculino e afirmativo, podendo representar, por outro lado, sentimentos de impotência sexual e necessidade juvenil de afirmação agressiva do papel sexual. Já o nariz “Pequeno” significaria infantilidade no plano sexual. E sobre a característica do desenho de nariz, quando desenhado de “Perfil em cabeça de frente”, pode ser considerado uma persistência em desenhar de maneira infantil.

Nas considerações de Campos (2000) o nariz seria, essencialmente, possuidor de simbolismo sexual. Desta forma, nariz “Grande” representaria virilidade e sexo em grande escala, enquanto nariz “Pequeno” representaria temor de castração ou consciência de debilidade sexual.

Na concepção de Machover (1949) o nariz simboliza a sexualidade e o seu reforço pode indicar a necessidade de compensação de sentimentos de inadequação pessoal. Para Buck (2003) a ênfase no nariz sugere preocupações fálicas e sentimentos de castração, enquanto, para Levy (1991), o nariz está ligado a estereótipos sociais, sendo que um nariz

curvo e largo pode expressar rejeição e desprezo. Saur (2007) argumenta que a própria dificuldade inerente ao desenho do nariz deve ser considerada ao se analisar e interpretar a alta frequência de desenhos de nariz de perfil em rosto de frente.

Diante destas considerações teóricas e empíricas, poder-se-ia especular que G2 evidenciou, a partir deste item do DFH, sinais de maior confiança, maior disposição para atividades, com sentimentos de auto-afirmação. Por outro lado, G1 sinalizou tendência a não confiar no próprio potencial, sugerindo possibilidade de sentimentos de inadequação pessoal ou limitação diante das demandas do ambiente.

f) Orelhas – Presença e Características

O G1 omitiu mais orelhas que G2 em ambas as figuras, e este último as desenhou “Sob os cabelos” em proporção maior que o primeiro.

Lourenção Van Kolck (1984) explica que as orelhas são um órgão relativamente passivo, com a função de recepção de impressões, e que, na realidade, freqüentemente permanecem ocultas pelos cabelos. Por isso, considera que as orelhas oferecem pequeno interesse estético se não exageradas, sendo mais omitidas nos desenhos, mesmo que tendo seu papel na dinâmica do corpo. Campos (2000) também considera a omissão de orelhas comum, indicando que o aparecimento de orelhas no desenho denota passividade como traço de personalidade do sujeito.

De um modo geral, pode-se considerar que o G2 apresentou DFH com sinais sugestivos de maior passividade do que G1, na medida em que G2 teve maior número de representações de orelhas em seus desenhos. Cabe lembrar, no entanto, que a proporção apresentada deste item avaliativo do DFH esteve dentro do esperado como padrão de desempenho, visto que tanto o desenho de orelhas sob os cabelos quanto sua omissão são considerados comuns.

g) Tórax – Tamanho

O G2 desenhou mais tórax proporcionado que G1 na 2ª Figura, enquanto este apresentou DFH com maior variação de tamanho do tórax (grande, pequeno).

Lourenção Van Kolck (1984) explica que o tronco é a sede das vísceras, representando a vida instintiva e emocional. Considera que tórax “Em ênfase – grande” significaria preocupação com a beleza corporal, enquanto tórax “Pequeno”, inferioridade com possível problema somático. Mesmo com poucos elementos para interpretar os resultados presentemente encontrados, poder-se-ia inferir uma possível maior tendência das participantes

do G1 em preocupar-se com a beleza corporal, associada a sentimentos de inferioridade.

h) Seios - Assinalamento

O G2 assinalou mais os seios que G1 na 1ª Figura.

Tomando em consideração os argumentos apresentados por Gottsfritz (2007), o interesse nos seios seria comum no desenho de jovens que se identificam com o papel materno. Saur (2007) considerou o assinalamento de seios como um delineamento concreto de características corporais associadas à sexualidade. Por sua vez, Lourenção Van Kolck (1984) dá algumas significações para a representação de seios, explicando que seios “pequenos ou apenas assinalados” significam preocupação reprimida com esta parte da figura.

Considerando que no presente trabalho o mais freqüente foi a omissão dos seios nos DFH, é preciso interpretar os sinais encontrados em G1 e G2 com cautela. Apesar desta dificuldade, há que se pensar que as participantes de G2 assinalaram seios em maior proporção que as participantes de G1 talvez por não apresentarem conflitos inerentes a essa parte do corpo (associada a sexualidade e feminilidade). Em contrapartida, as mulheres de G1 sinalizaram possível maior inibição e insatisfação com esta área corporal, assinalando-a em menor proporção em seus DFH.

i) Mãos – Tamanho

O G2 desenhou mais mãos em tamanho “Médio” que G1, que, por sua vez, teve maior proporção de mãos com tamanhos variados na 2ª Figura.

Lourenção Van Kolck (1984) explica que o significado funcional de mãos e dedos é o de serem órgãos de contato e de manipulação, configurando-se como instrumentos refinados para movimentos em direção ao ambiente ou de defesas do ego em relação ao mesmo, associados às relações interpessoais. O desenho de mãos em tamanho médio seria o esperado (evidência corroborada em PASIAN; OKINO; SAUR, 2004), não necessitando outras interpretações. Entretanto, mãos “Grandes” significariam expressão de poder, comportamento agressivo, atuação impulsiva e inabilidade nas relações pessoais, enquanto mãos “Pequenas” indicariam expressão direta de inadequação pessoal.

Campos (2000) indica que mãos “Grandes” seriam uma reação contra uso indevido das mãos, enquanto mãos “Diminuídas” apontariam para sentimento de culpa, de menosvalia, com cerceamento e agressividade reprimida. Buck (2003) considera mãos “Pequenas” sinal de relutância para estabelecer contatos mais íntimos e refinados na convivência psicossocial e, mãos “Grandes”, impulsividade e também incapacidade de refinamento no

contato social. Considera ainda as mãos como instrumentos de defesa ou ataque ao ambiente, sendo sua ausência indicativo de sentimento de inadequação pessoal. Levy (1991) sugere que mãos grandes significam necessidade de compensação de sentimento de insuficiência.

Como pode ser observado, várias considerações dos autores supra-citados assemelham-se no que concerne ao tamanho do desenho das mãos em DFH. Dessa maneira, pode-se supor que as participantes de G2 sinalizaram maior adequação no contato e no convívio com o ambiente, sentindo-se mais hábeis nas relações interpessoais do que as participantes de G1. Estas apresentaram sinais sugestivos de sentimentos de menos-valia e de inadequação nas relações interpessoais, associados à agressividade reprimida e comportamentos impulsivos.

j) Dedos – Quantidade

O G2 desenhou em maior proporção dedos em quantidade normal que o G1 em ambas as figuras. Por sua vez, G1 alcançou maior frequência de DFH com dedos em quantidade menor que o normal.

Lourenção Van Kolck (1984) associa o significado dos dedos à representação das mãos, já considerado no item anterior. Acrescenta que são pontos reais de contato, tendo o potencial tanto de agredir quanto de ser usado em ações positivas. Esta autora afirma que o desenho com “menos que cinco dedos” é uma realização infantil, também significando falta de atenção e de observação.

Poucos são os elementos para se compreender esta diferença entre G1 e G2 presentemente encontrada. Considerando-se a descrição de que os dedos podem servir tanto para realizar o bem quanto para fins destrutivos, poder-se-ia pensar que a representação deles em menor número (em G1) poderia estar indicando menor confiança na própria capacidade produtiva, assim como uma defesa contra os próprios impulsos agressivos.

Considerando-se as hipóteses interpretativas levantadas diante dos resultados estatísticos presentemente encontrados entre os grupos avaliados (de acordo com a ordem da figura desenhada), tomando-se por base a teoria psicodinâmica e os autores que a utilizam na compreensão do DFH, uma síntese compreensiva pode ser formulada. Para tanto, foi levado em conta a frequência e a importância da informação obtida (interpretação simbólica) sobre as especificidades encontradas em cada grupo de mulheres.

De modo geral, G1 apresentou, em comparação com G2, sinais sugestivos de mais sentimentos de menos-valia e de insegurança em relação ao próprio potencial produtivo, além

de sentimentos de inadequação nos relacionamentos interpessoais, associados a agressividade reprimida e a comportamentos impulsivos. Projetivamente tenderam a perceber o ambiente como hostil, sinalizando vivências de desconfiança, defensivamente excluindo o mundo de seu contato pessoal, ficando mais absortas em si mesmas e enfrentando de forma imatura as adversidades da vida. Ao mesmo tempo, pareceram permanecer alertas sobre o meio que as cerca, tendendo à dependência do ambiente e das experiências visuais, com preocupações (de caráter compensatório) com a beleza corporal, associadas a sentimentos de inferioridade.

As participantes de G2, em comparação com as de G1, apresentaram tendência a maior adequação no contato com o mundo exterior e consigo mesmas, indicando aspectos de confiança, disposição e auto-afirmação. Dessa maneira, pareceram se sentir menos inábeis nas relações interpessoais, experienciando maior controle sobre os próprios impulsos e maior integração social. Ao mesmo tempo, existiram indícios de certa inibição emocional, com dissimulação de impulsos agressivos e hostis em relação ao ambiente e preocupação com a integridade corporal, apesar de apresentarem menos indícios de conflitos com a sexualidade e com a feminilidade.

Vale lembrar, de qualquer maneira, que estas não passam de hipóteses interpretativas baseadas nas definições e explicações sobre cada parte do DFH (e a maneira com que foram representadas) dadas por estudiosos da área (BUCK, 2003; CAMPOS, 2000; LEVY, 1991; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; MACHOVER, 1949). Cumpre novamente ressaltar que a produção geral das participantes de ambos os grupos (G1 e G2) assemelhou-se em muitos aspectos, acompanhando o padrão normativo disponível para adultos (PASIAN; OKINO; SAUR, 2004).

A seguir serão apresentadas as diferenças significativas encontradas em cada item do DFH durante a comparação dos dois grupos avaliados, considerando-se o sexo da figura representada. Estes resultados estão apresentados na Tabela 11, onde foram discriminadas as características comparadas dentro de cada item avaliativo, indicando aquelas que precisaram de reagrupamento de dados para permitir o adequado tratamento estatístico.

Tabela 11 – Itens avaliativos do DFH com diferenças significativas entre G1 ($n = 37$) e G2 ($n = 41$), em função do sexo das figuras desenhadas.

Item Avaliativo	Feminina	Masculina	Características Comparadas
	Nível de Significância		
Qualidade do Grafismo – Tipo de Linha	0,003	0,010	Média X Fina / Grossa
Cabelos	-	0,046	Presença X Ausência
Sombreamento nos Cabelos	-	0,044	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes X Sombreamento nos Cabelos
Olhos – Tamanho	0,047	0,035	Médio X Pequeno / Grande / Ausentes
Olhos – Características “Fechados”	0,046	-	Fechados / Ausentes X Abertos
Olhos – Sobrancelhas	0,039	-	Presença X Ausência / Olhos ausentes
Olhos – Sombreamento	<i>Tendência:</i> 0,057	-	Sombreamento X Não sombreou / Não desenhou olhos
Nariz – Tamanho	-	0,007	Médios X Fora do Padrão – Pequenos, Grandes, Só Narinas, Omissão
Nariz – De Perfil	0,026	-	Sem ser de perfil em cabeça de frente X De perfil em cabeça de frente / Omissão
Orelha – Tamanho	-	0,024	Não desenhou orelhas X Fora de padrão: Grande ou Pequena X Orelhas Médias
Orelha – Sob os Cabelos	-	0,023	Desenhou orelhas sem ser sob os cabelos X Não desenhou orelhas / Orelha sob os cabelos
Orelha – Presença ou Ausência	0,049	0,013	Presença X Ausência
Pescoço – Largura	-	0,026	Médio na Grossura X Fora do padrão: Fino / Grosso / Ausente / Em uma só linha
Tórax – Tamanho	-	0,013	Proporcionado X Fora do Padrão – Grande / Pequeno / Em uma só linha
Seios (“Presença ou Ausência”, “Posição”, “Mamilos”, “Tamanho”)	0,031	-	Ausência de seios X Seios apenas assinalados
Seios (“Sombreamento”)	0,031	-	Não desenhou seios X Seios apenas assinalados / Sombreamento nos seios
Mãos – Tamanho	-	0,025	Médias X Fora do Padrão: Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas
Dedos – Quantidade	0,012	0,026	Em menor número / Não desenhou dedos X Em quantidade normal
Pés – Características do Sapato	0,024	-	Sapato com detalhes X Sapato sem detalhes X Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés
Roupa – Botões	-	0,002	Presença X Ausência

Novamente, para compreender as diferenças estatísticas entre G1 e G2 apontadas na Tabela 11, será necessário retomar o padrão de desempenho geral no DFH das mulheres em função do sexo das figuras (apresentado na Tabela 9). Estes resultados da Tabela 11 serão examinados especificamente, em cada uma das diferenças encontradas entre G1 e G2.

a) *Qualidade do Grafismo – Tipo de Linha*

A Tabela 11 mostra que houve diferença entre os grupos no que concerne ao Tipo de

Linha nas duas figuras representadas, sendo que G1 desenhou linhas “Médias” em maior quantidade que o G2 nas duas figuras, e este último teve maior variação na grossura da linha (fina, grossa). Este resultado é semelhante ao encontrado durante comparação das duas figuras de acordo com sua ordem de representação, sendo que o significado interpretativo das características da linha considerado por alguns estudiosos do DFH já foi abordado anteriormente. Dessa maneira, reforça-se a hipótese – considerando-se esse item apenas – de que as mulheres de G1 apresentaram maior tendência ao equilíbrio emocional do que o G2.

b) Cabelos – Presença e Sombreamento

A diferença encontrada entre os grupos no que diz respeito ao item Cabelos deveu-se ao fato de que o G1 desenhou mais figuras masculinas sem cabelos e com o dobro de cabelos sombreados que o G2. O significado geral de Cabelos, assim como o de sombreamento nos cabelos, já foi dado anteriormente, ficando assim reiterado.

Complementarmente, Lourenção Van Kolck (1984) explica que a “Ausência” de cabelos pode representar sentimentos de impotência, passividade ressentida e isolamento. Campos (2000) argumenta que desenhos de “Carecas” indicariam sentimentos de debilidade e de impotência. Assim, levanta-se a hipótese de que as participantes do G1 não somente apresentaram maior tendência à ansiedade na esfera dos pensamentos/fantasias ou em sua sexualidade, como também apresentaram sentimentos de debilidade e de impotência quando comparadas às participantes do G2.

c) Olhos – Tamanho e Características

O G2 desenhou mais olhos em tamanho “Médio” nas duas figuras e maior proporção de “Sobrancelhas” e de “Sombreamento” nos olhos das figuras femininas que G1. Este, por sua vez, desenhou mais olhos “Fechados” na figura feminina que G2. Anteriormente já foram descritas as considerações de diversos autores sobre o significado geral de “Olhos” e de “Sobrancelhas”, não necessitando de maiores detalhamentos.

Lourenção Van Kolck (1984) interpreta olhos “Fechados” como indício de maior exclusão do sujeito em relação ao ambiente, com o propósito de concentrar-se no próprio narcisismo, não dando uma interpretação específica para “Sombreamento” nos olhos. Para Campos (2000) o significado de “Olhos fechados” é o de imaturidade para enfrentar problemas, de desejo de fugir do meio, com tendência ao comportamento autístico. Esta mesma autora associa o significado de “Olhos em negrito” com inter-relação social, conflitos com a própria agressividade, ou ainda com recusa ao contato com o meio ambiente.

Mesmo com a evidência da diferença estatisticamente significativa em duas novas características relacionadas ao item “Olhos” (em relação à comparação anteriormente realizada que considerava a ordem das figuras desenhadas), a hipótese interpretativa permanece bastante parecida a que já foi apresentada. Dessa maneira, pode-se pensar na adequação do contato consigo mesmas e com o ambiente das participantes de G2 e na tendência das mulheres de G1 em fecharem-se ao contato com o meio e enfrentarem seus problemas de modo imaturo (evitando-os).

d) Nariz – Tamanho e Características

O G2 desenhou em maior proporção nariz em tamanho “Médio” na figura masculina e mais nariz “de perfil em cabeça de frente” na figura feminina que G1. Estes dados assemelham-se aos já descritos quando da comparação das figuras de acordo com a ordem em que foram desenhadas, podendo-se reiterar as hipóteses interpretativas já anteriormente formuladas para este item avaliativo do DFH.

e) Orelhas – Tamanho e Características

De maneira geral, G1 omitiu mais as “Orelhas” em ambos os DFH do que G2, contribuindo para as diferenças significativas apresentadas entre os grupos em relação à “Presença X Ausência” de orelhas, na sua representação “Sob os cabelos” e também ao seu “Tamanho”.

Em relação ao “tamanho das orelhas”, percebe-se que G2 desenhou em maior proporção orelhas em tamanho “Médio” na figura masculina, quando comparado a G1. Cabe ressaltar, no entanto e com base nas evidências da Tabela 9, que a variação nos tamanhos das orelhas pareceu ocorrer de forma similar nos dois grupos. Provavelmente a diferença estatística está associada à alta ocorrência de “Omissões” de orelhas em G1. Sendo assim, interpretar estas diferenças de tamanho das orelhas entre G1 e G2 torna-se um caminho frágil e incerto, não sendo aqui abordado. Por outro lado, o significado geral das orelhas e de sua omissão já foi relatado anteriormente, não sendo necessário abordá-los novamente.

f) Pescoço – Largura

O G2 desenhou mais pescoços médios que G1 na Figura Masculina, que teve desenhos com maior variação de larguras.

A área do pescoço é entendida por Lourenção Van Kolck (1984) como uma posição estratégica no corpo, controlando a organização corporal por servir como ligação entre os

impulsos instintivos vindos do corpo e o controle exercido pelo cérebro. Devido a isso, explica que o pescoço é uma freqüente área de conflito, já que o auto-controle é um problema central de integração do eu em nossa cultura. Em relação às variações no tamanho e na grossura dos desenhos de pescoço, esta mesma autora explica que os em tamanho “Médio” dispensariam interpretações específicas, enquanto os “Curtos e Grossos” representariam condutas mais guiadas pelos instintos do que pelo racional, e os “Delgados ou Finos” denotariam controle rígido e moralismo por parte do indivíduo.

Campos (2000) considera, assim como Lourenção Van Kolck (1984), que o pescoço constitui uma zona de conflito entre o controle emocional e os impulsos corporais. Desta maneira, argumenta que pescoços “Curtos e Grossos” estariam relacionados a poder físico (como o de atletas) e às forças instintivas, ou ainda a mecanismos de compensação, enquanto pescoços “Finos e Compridos” indicariam pessoas de controle rígido e moralismo.

Como pode ser percebido, ambas as autoras mantiveram hipóteses interpretativas semelhantes sobre as diferentes representações de pescoços em DFH. Assim sendo, uma interpretação possível para os dados encontrados seria a de que as participantes de G2 apresentaram indícios de menor conflito com o controle de seus impulsos e com o sentimento de integração de si na sociedade. Em contrapartida, as mulheres de G1 sinalizaram tendência a uma conduta guiada pelos instintos ou, compensatoriamente, a apresentarem características de moralismo e de controle rígido sobre si mesmas.

g) Tórax – Tamanho

O G2 realizou mais desenhos com tórax proporcionado quando comparado aos DFH de G1 para a figura masculina.

As interpretações disponibilizadas por Lourenção Van Kolck (1984) para esta área corporal já foram descritas antes, sendo estes resultados semelhantes aos já encontrados durante a comparação dos desenhos de acordo com a ordem com que foram desenhados. Dessa forma, reforça-se a idéia levantada anteriormente de que possivelmente as participantes de G1 apresentam sentimentos de inferioridade, preocupando-se mais (e talvez de modo compensatório) com a beleza corporal.

h) Seios – Assinalamento

Da mesma maneira que na análise anterior (ordem das figuras desenhadas), o G2 assinalou muitas vezes mais seios na figura feminina do que o G1. O significado desta parte corporal já foi discutido anteriormente, mantendo-se a proposta interpretativa de que G1

apresentou indícios de maior conflito com esta área corporal, representativa da sexualidade e feminilidade, do que as participantes de G2.

i) Mãos – Tamanho

Os resultados também se repetiram no que concerne o tamanho das mãos, sendo que o G2 desenhou mais mãos “Médias” na figura masculina que o G1. Desta forma, mantém-se a hipótese de mulheres que buscam CPE mostraram mais indícios de sentimentos de menos-valia e de inadequação nas relações interpessoais do que as mulheres que não buscavam este tipo de mudança corporal.

j) Dedos – Quantidade

Similarmente, o G2 desenhou mais dedos em “Quantidade normal” para as duas figuras que o G1. Como já discutido anteriormente, pouco se pode dizer sobre esta diferença encontrada, mantendo-se a suposição de maior imaturidade ou menor envolvimento com a atividade por parte de G1 quando comparado a G2.

k) Pés – Características do Sapato

Uma diferença encontrada neste tipo de agrupamento de dados foi em relação ao detalhamento no desenho de Sapatos. Pode-se notar que G1 desenhou mais sapatos “Sem Detalhes” na figura feminina do que G2, que desenhou mais sapatos “Com Detalhes”.

Lourenção Van Kolck (1984) entende que os pés podem ter a associação com sexualidade e com sentimentos de culpa, por serem órgãos extensivos e proeminentes no corpo. Contudo, também podem representar atos de afirmação (dão passos) que envolvem os movimentos de todo o corpo, direcionando para a realização de benfeitorias ou agressões, ou ainda simplesmente mantendo o equilíbrio corporal. Da mesma forma, entende os “Sapatos” como símbolo sexual, e “Sapatos com especial atenção aos detalhes” como indicativo de obsessividade compulsiva.

Nas considerações de Campos (2000), os pés indicam a segurança geral do indivíduo em caminhar no meio ambiente. Sua representação no DFH teria associação a funções sociais e de inter-relação, além de aspectos sexuais. Gottsfritz (2007) explica que, para Machover (1949), o pé apresenta implicações agressivas e sexuais, mas como é um órgão que toca a terra pode ser envolvido com idéias de germes e fobias. Para Buck (2003) os pés são instrumentos de modificação e de controle da locomoção.

Dessa maneira, apesar dos elementos interpretativos vagos dados pelos diversos

autores, especialmente no que concerne a especificidade do detalhamento nos sapatos, poder-se-ia supor que as participantes de G2 apresentaram maiores indícios de características de obsessividade que as mulheres de G1. Estas, por sua vez, não enfatizaram tanto esta parte corporal, o que poderia sugerir conflitos com a própria sexualidade e agressividade, associados a sentimentos de insegurança para a realização de feitos e para o equilíbrio do próprio eu.

l) Roupas – Botões

Por meio dessa análise, também foi encontrada diferença na frequência de DFH contendo Botões, sendo que o G1 desenhou-os em maior proporção que o G2 na Figura Masculina.

Lourenção Van Kolck (1984) explica que a presença de botões indicaria uma personalidade infantil, com aspectos de dependência e de inadequação pessoal. Para ela, em adultos de boa inteligência, este item representaria repressão ou fixação à dependência oral. Não foram encontradas outras interpretações sobre este aspecto da vestimenta dos desenhos, podendo-se levantar somente a hipótese de que as participantes de G1 apresentaram sinais de dependência e de repressão em maior proporção do que as mulheres de G2.

Como tentativa de síntese parcial destes dados, pode-se apontar que foram detectadas algumas diferenças significativas em itens do DFH que anteriormente não haviam sido detectadas por meio do agrupamento dos índices a partir da ordem da figura desenhada. Apesar disso, as hipóteses interpretativas que podem ser realizadas em função dos atuais resultados assemelham-se bastante às apresentadas previamente, não necessitando serem repetidas.

Diferentemente de Saur (2007) que encontrou poucos indicadores na produção do DFH com diferenças estatísticas significativas entre grupos de diferentes IMC, o presente trabalho apontou para algumas especificidades produtivas entre as mulheres que buscam CPE e as que não procuram por este tipo de intervenção cirúrgica. Dessa maneira, foram encontradas diferenças produtivas entre os dois grupos em oito itens da 1ª Figura desenhada (Tipo de Linha; Características dos Olhos – Pupila Sem a Órbita; Presença de Sobrancelhas; Nariz de Perfil; Presença de Orelhas; Orelhas Sob os Cabelos; Assinalamento de Seios; Quantidade de Dedos) e onze itens da 2ª Figura (Tipo de Linha; Presença de Articulações; Sombreamento nos Cabelos; Tamanho dos Olhos; Presença de Pestanas; Tamanho do Nariz; Presença de Orelhas; Orelhas Sob os Cabelos; Tamanho do Tórax; Tamanho das Mãos;

Quantidade de Dedos).

Quando considerado o sexo da figura desenhada, foram encontradas dez diferenças significativas na Figura Feminina de G1 e de G2 (Tipo de Linha; Tamanho dos Olhos; Características dos Olhos – Fechados; Presença de Sobrancelhas; Sombreamento nos Olhos; Nariz de Perfil; Tamanho das Orelhas; Presença de Orelhas; Assinalamento de Seios; Quantidade de Dedos; Características dos Sapatos). Por sua vez, a comparação da Figura Masculina de G1 e de G2 sinalizou treze diferenças significativas entre os grupos (Tipo de Linha; Presença de Cabelos; Sombreamento nos Cabelos; Tamanho dos Olhos; Tamanho do Nariz; Presença de Orelhas; Orelhas Sob os Cabelos; Largura do Pescoço; Tamanho do Tórax; Tamanho das Mãos; Quantidade de Dedos; Presença de Botões).

Esta quantidade moderada de diferenças na produção gráfica de G1 e de G2, evidenciada por meio das análises estatísticas realizadas, pode ser entendida e valorizada enquanto indício de diferenciadas representações projetivas das participantes. Assim, seguindo os princípios dessa técnica projetiva gráfica, uma abordagem interpretativa/simbólica foi adotada, dentro da premissa psicanalítica. Embasando-se em estudos prévios sobre o simbolismo ou os significados das diferentes partes do corpo da figura desenhada (BUCK, 2003; CAMPOS, 2000; LEVY, 1991; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; MACHOVER, 1949), os atuais resultados foram analisados, tal como apresentados a seguir.

Deste tipo de análise do DFH pôde-se inferir que, de modo geral, as mulheres que buscam procedimentos de CPE (Mamoplastia Adicional e/ou Lipoaspiração) apresentaram-se com sentimentos de menos-valia e de insegurança mais intensos em relação ao próprio potencial produtivo, defensivamente permanecendo mais absortas em si mesmas e assim enfrentando as situações da vida de maneira mais imatura e evitativa. Apresentaram-se, ainda, com sentimentos de inadequação nos relacionamentos interpessoais associados a comportamentos impulsivos e agressividade reprimida, projetivamente tendendo a perceber o ambiente como hostil, apresentando-se desconfiadas e assim retraindo-se nos contatos sociais. Por estas características, pareceram tender a manterem-se alertas diante do ambiente, dependendo das experiências visuais e do *feedback* alheio, apresentando preocupações associadas à beleza corporal.

Estas informações são melhor compreendidas mediante comparação com os resultados interpretativos obtidos na produção gráfica do DFH do Grupo Comparação, cujas participantes apresentaram maior tendência à adequação no contato com o ambiente e consigo mesmas do que as participantes do Grupo Clínico, mostrando características de confiança,

disposição e auto-afirmação. Neste sentido, apresentaram menos sentimentos de dificuldades nas interações pessoais, controlando melhor os próprios impulsos e tendendo a apresentarem menos conflitos com a própria sexualidade e feminilidade.

4.4. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE (CPS) X SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (ESIC)

Após as análises comparativas realizadas entre os resultados de G1 e G2 nas diferentes técnicas de avaliação psicológica utilizadas, foram elaboradas análises complementares buscando a inter-relação entre os resultados dos diferentes instrumentos em cada grupo específico de mulheres. Neste sentido, inicialmente foram realizadas análises de correlação (Correlação de *Pearson*, $p \leq 0,05$) entre os resultados das duas técnicas objetivas de avaliação (de personalidade – CPS, e de imagem corporal – ESIC). Para a análise e a interpretação destas evidências empíricas de correlação foram tomadas as recomendações técnicas de Dancey e Reidy (2006).

4.4.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1):

A Tabela 12 apresenta os resultados das análises de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) entre as oito escalas clínicas da CPS e os dois fatores da ESIC em função do G1 ($n = 37$). Serão discutidas aqui as significâncias destacadas, focalizando-se nos dois instrumentos analisados, já que as demais correlações significativas (entre as próprias escalas da CPS e os Fatores da ESIC) já foram devidamente apresentadas anteriormente, não sendo necessário rediscuti-las.

Tabela 12 – Coeficientes de correlação (Pearson) entre as Escalas da CPS e os Fatores da ESIC, considerando-se G1 (n = 37).

Variáveis	Escala T	Escala O	Escala C	Escala A	Escala S	Escala E	Escala M	Escala P	Fator 1	Fator 2
Escala T	1									
Escala O	0,182	1								
Escala C	-0,155	0,228	1							
Escala A	0,422**	0,495**	0,072	1						
Escala S	0,540**	0,334*	0,079	0,497**	1					
Escala E	-0,142	0,011	-0,047	0,142	0,303	1				
Escala M	0,177	-0,330*	-0,147	0,070	0,184	0,079	1			
Escala P	0,077	0,281	0,059	0,224	-0,001	0,117	-0,490**	1		
Fator 1	0,433**	0,411*	0,190	0,402*	0,660**	0,072	0,129	0,005	1	
Fator 2	0,024	0,041	-0,094	-0,044	0,242	-0,016	0,271	-0,171	0,455**	1

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

O Fator 1 da ESIC apresentou correlação positiva de moderada intensidade (DANCEY; REIDY, 2006) com algumas características de personalidade mensuradas pela CPS: Escala T, O, A e S. Assim sendo, pode-se pensar que quanto maior a insatisfação com a própria aparência maior poderá ser a tendência à desconfiança interpessoal, com menor disponibilidade interna para acreditar na honestidade e nas boas intenções das outras pessoas (Escala T da CPS). Da mesma maneira, a maior insatisfação com a própria aparência da mulher que busca CPE mostrou-se significativamente relacionada a maior tendência à instabilidade emocional, à falta de energia e de compulsão, com sentimentos ansiosos, depressivos e pessimistas associados a baixa resistência (Escala A e S da CPS) e pouca disponibilidade para ser cuidadosa, organizada e desenvolver com qualidade qualquer trabalho (Escala O da CPS).

Por sua vez, o Fator 2 da ESIC, não apresentou relação com nenhuma característica de personalidade mensurada pela CPS. Isso faz pensar que a preocupação com o peso não pareceu se associar a questões mais subjetivas de ordem pessoal (características de personalidade) no grupo de mulheres que buscavam CPE, podendo estar associada a questões mais concretas do corpo (por exemplo, maior IMC).

4.4.2. Grupo de comparação (G2):

A Tabela 13 apresenta os resultados das análises de correlação (*Pearson*, $p \leq 0,05$) realizadas entre as oito Escalas clínicas da CPS e os dois Fatores da ESIC. Aqui focalizou-se somente a interligação entre estes dois distintos instrumentos de avaliação, pois as demais correlações já foram previamente analisadas.

Tabela 13 – Coeficientes de correlação (*Pearson*) entre as Escalas da CPS e os Fatores da ESIC, considerando-se G2 ($n = 41$).

Variáveis	Escala T	Escala O	Escala C	Escala A	Escala S	Escala E	Escala M	Escala P	Fator 1	Fator 2
Escala T	1									
Escala O	-0,192	1								
Escala C	-0,006	0,256	1							
Escala A	0,106	-0,092	-0,284	1						
Escala S	0,445**	-0,314*	-0,298	0,484**	1					
Escala E	0,205	-0,274	-0,363*	0,245	0,536**	1				
Escala M	0,193	-0,284	-0,149	-0,026	0,250	-0,149	1			
Escala P	0,331*	0,043	0,041	0,255	0,261	0,381*	-0,106	1		
Fator 1	-0,021	0,227	0,063	0,157	0,193	-0,039	-0,168	-0,055	1	
Fator 2	0,220	0,183	-0,099	0,097	0,333*	0,072	-0,076	0,133	0,519**	1

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

O Grupo 2 apresentou um resultado peculiar: a auto-avaliação sobre a imagem corporal (Fator 2 da ESIC) mostrou-se significativamente correlacionada à Escala S (Estabilidade Emocional) da CPS. Este resultado diferiu do ocorrido no Grupo Clínico, onde a preocupação com o peso (Fator 2 da ESIC) não se associou significativamente a qualquer escala da CPS. Por sua vez, como apresentado na Tabela 12 e referente ao G1, vários outros fatores psíquicos (avaliados pela CPS) apresentaram correlação significativa com o nível de satisfação com a própria imagem corporal (mensurada pelo Fator 1 da ESIC).

Sendo assim, mesmo com fraca magnitude de correlação (DANCEY; REIDY, 2006), pode-se dizer que as participantes do Grupo de Comparação apresentaram a tendência de se preocuparem menos com o peso corporal na direta proporção em que se mostram estáveis emocionalmente (otimistas, confiantes, tranqüilas). Pareceram sofrer menor influência de suas características de personalidade na maneira com que subjetivamente avaliam seu nível de satisfação com a imagem corporal.

4.5. IMAGEM CORPORAL (DFH) E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE (CPS)

Avaliou-se, dentro de cada grupo, possíveis associações entre o desempenho obtido na técnica objetiva da CPS (considerando-se suas oito escalas clínicas) e o padrão de realização dos diferentes itens do DFH (tanto em seu agrupamento de acordo com a ordem das figuras desenhadas quanto pelo agrupamento de acordo com o sexo da figura). O objetivo dessa análise foi o de verificar como a maneira de expressar graficamente a imagem corporal (dinâmica inconsciente) poderia ter implicações nas características de personalidade expressas de forma consciente por meio do auto-relato.

Foram escolhidos para análise, por viabilidade prática, somente os itens do DFH que apresentaram diferença estatística significativa na comparação entre Grupo 1 e Grupo 2. Isto porque a grande quantidade de itens do protocolo avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984) inviabilizaria este tipo de exame e consistente interpretação posterior das evidências.

Em ambos os delineamentos utilizou-se a estatística paramétrica *ANOVA 1-Fator* e o teste *Post-Hoc* de *Bonferroni* (quando aplicável), considerando sempre o nível de significância menor ou igual a 0,05. Segue-se o detalhamento dos resultados obtidos a partir dos procedimentos supracitados, utilizados de forma semelhante para o Grupo 1 e o Grupo 2.

4.5.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1):

Primeiramente serão apresentadas as comparações do desempenho obtido nas Escalas clínicas da CPS em função de cada variável do DFH, agrupadas de acordo com a ordem com que a figura foi desenhada. Em seguida serão apresentadas as mesmas comparações, porém considerando-se o agrupamento por sexo da figura no DFH. Em ambos os casos serão apresentados somente os resultados estatisticamente significativos devido à extensão de dados de comparação realizados, o que tornaria inviável sua análise e interpretação.

A Tabela 14 comporta os resultados estatisticamente significativos na comparação entre os itens do DFH (considerando-se a ordem das figuras desenhadas) e as pontuações médias obtidas pelas participantes nas oito Escalas da CPS, verificando a influência de uma sobre a outra em sua realização.

Tabela 14 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G1, n = 37).

Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias na CPS	F	p *			
2ª Figura	Sombreamento nos Cabelos	Escala A	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes	48,00	6,57	0,015		
			Sombreamento nos Cabelos	55,24				
	Olhos (Tamanho)	Escala T		Médios	39,52	3,81	Tendência: 0,059	
				Pequenos / Grandes / Ausentes	35,83			
		Escala O		Médios	56,96	6,14	0,018	
				Pequenos / Grandes / Ausentes	51,42			
		Escala A		Médios	53,96	7,48	0,010	
				Pequenos / Grandes / Ausentes	45,83			
		Escala S		Médios	50,80	5,15	0,029	
				Pequenos / Grandes / Ausentes	43,50			
		Mãos (Tamanho)	Escala O		Médias	58,40	6,59	0,015
					Fora do Padrão – Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	52,95		
	Dedos (Quantidade)	Escala C		Em menor número / Não desenhou dedos	40,58	4,51	0,041	
				Em quantidade normal	44,28			

* As variáveis não comportavam *Teste Post-Hoc*.

Um dado interessante se mostra na Tabela 14: todas as diferenças encontradas nas características de personalidade em função da maneira de representação do DFH ocorreram somente na 2ª Figura desenhada. Lembrando que a segunda figura desenhada tradicionalmente é interpretada como indicativa do relacionamento do indivíduo com pessoas importantes em sua vida (ARTECHE; BANDEIRA, 2006), poder-se-ia pensar que as características de personalidade destacadas influenciam de algum modo estas relações, além das associações com a imagem corporal, tal como serão descritas a seguir. De qualquer maneira, estas informações poderiam se perder caso uma forma mais simplificada de aplicação do DFH fosse adotada (por exemplo, solicitando-se somente uma figura), justificando a forma tradicional de aplicação desta técnica projetiva.

Examinando-se especificamente os dados desta tabela, pode-se notar que o sombreamento dos cabelos na 2ª Figura desenhada pareceu se associar a pontuações mais elevadas na Escala A (Atividade) da CPS. Como foi visto anteriormente, a área dos cabelos está relacionada à esfera da sexualidade, sendo que seu sombreamento poderia indicar conflito de virilidade, ansiedade com relação aos próprios pensamentos ou fantasias (LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984) ou descarga de agressividade (MACHOVER, 1956). A maior pontuação na Escala A indica interesse pessoal em atividades físicas, aplicando-se intensa energia e perseverança para se alcançar o máximo da capacidade própria. Considerando-se a elevada frequência de sombreamento nos cabelos dessa figura em G1, como indicado também pela Tabela 7, uma hipótese que pode ser formulada é a de que as participantes desse grupo apresentavam maior vigor e disponibilidade física e tenderam a descarregar esta energia (ou agressividade) no sombreamento dos cabelos. Além disso, pode-se pensar que estes seriam indicadores de conflitos ou dificuldades em relação aos próprios pensamentos e fantasias, associados a um funcionamento interno mais voltado ao âmbito corporal, seja por compensação, seja por insuficiência de controle psíquico adequado.

A representação dos Olhos em tamanho Médio na 2ª Figura do DFH em G1 pareceu relacionada a maiores médias nas Escalas T, O, A e S da CPS. Estas evidências empíricas sugerem tendência de adequação do contato com o mundo e consigo mesma nas mulheres de G1, na medida em que características de confiança, ordem, energia física e estabilidade emocional se intensificam, considerando-se a caracterização dessas escalas e as propostas interpretativas dessa parte do corpo dadas por algumas estudiosas do DFH (CAMPOS, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; MACHOVER, 1956). Entretanto, características opostas a essas também se fazem presentes neste grupo, que apresentou maior variação no tamanho dos olhos (cerca de 32% de tamanhos pequenos e grandes) em comparação com G2, como foi visto na Tabela 7. Além disso, estas características de personalidade se associaram a esta representação gráfica somente em G1.

Quem desenhou mãos em tamanho Médio na 2ª Figura do DFH apresentou pontuação maior na Escala O da CPS do que quem representou esta parte do corpo em tamanhos variados ou escondendo-a. Apesar da alta frequência do tamanho médio das mãos em G1, como pode ser observado na Tabela 7, a somatória da frequência das diversas variações na representação das mãos nesta figura configurou-se como majoritária. Pode-se pensar, assim, que, para as mulheres do G1, características de personalidade de desorganização, descuido e desleixo se associaram a sentimentos de menos-valia e inadequação nas relações interpessoais, associados a agressividade reprimida e comportamentos impulsivos,

considerando-se as sugestões interpretativas sobre este item avaliativo do DFH (CAMPOS, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; MACHOVER, 1949).

Quem desenhou dedos em quantidade normal na 2ª Figura do DFH teve tendência a pontuar com maior escore a Escala C da CPS do que quem desenhou dedos em menor número ou os omitiu na figura. Remetendo-se à Tabela 7, percebe-se que apenas G1 desenhou dedos em menor quantidade nesta figura, além de tê-los omitido com maior frequência do que o Grupo 2. Este resultado permite a hipótese de que quanto mais intensa a característica da pessoa em rebelar-se contra a sociedade, suas regras e leis, maior sua tendência a não se envolver nas tarefas, mais imaturas suas realizações e possivelmente maior sua insegurança na própria capacidade produtiva e no controle da própria agressividade.

A seguir serão apresentadas as comparações do desempenho obtido por G1 nas Escalas clínicas da CPS em função de cada variável do DFH, agrupadas de acordo com o sexo da figura desenhada. A Tabela 15 apresenta as relações significativas encontradas nestas comparações.

Quem desenhou os olhos na Figura Feminina em tamanho médio obteve maior pontuação na Escala S da CPS, resultado encontrado também na Figura Masculina, que ainda apresentou médias maiores nas Escalas O e A. Algumas dessas características de personalidade também se relacionaram ao tamanho dos olhos quando foi considerada a ordem das figuras desenhadas no DFH, diferindo desta por não ter apresentado relação com a Escala T. Dessa maneira, a hipótese que pode ser levantada sobre este resultado é a de que a variação no tamanho dos olhos, que estaria associada a dependência do ambiente, desconfiança e ensimesmamento, parece ser influenciada por características de instabilidade emocional, falta de energia e falta de cuidados próprios. A presença de olhos em tamanho médio foi maioria dentro desse grupo, como visto na Tabela 9. Entretanto G1 teve maior variação nos tamanhos dos olhos quando comparado a G2, o que torna este resultado passível de atenção.

Tabela 15 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo da figura desenhada (G1, n = 37).

	Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias na CPS	F	p
Figura Feminina	Olhos (Tamanho)	Escala S	Médios	50,48	4,98	0,032
			Pequenos / Grandes / Ausentes	42,90		
	Olhos (Fechados)	Escala T	Fechados / Ausentes	43,50	4,19	0,048
			Abertos	37,70		
		Escala E	Fechados / Ausentes	34,75	8,13	0,007
			Abertos	49,97		
Sapatos (Caract.)	Escala S	Sapato com detalhes	51,63	3,35	0,047*	
		Sapato sem detalhes	49,77			
		Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés	40,57			
Figura Masculina	Sombreamento nos Cabelos	Escala A	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes	47,86	8,31	0,007
			Sombreamento nos Cabelos	55,88		
	Olhos (Tamanho)	Escala O	Médios	57,33	8,37	0,007
			Pequenos / Grandes / Ausentes	51,15		
		Escala A	Médios	54,38	9,25	0,004
			Pequenos / Grandes / Ausentes	45,69		
		Escala S	Médios	51,25	6,72	0,014
			Pequenos / Grandes / Ausentes	43,23		
	Pescoço (Largura)	Escala T	Médio na Grossura	41,25	9,59	0,004
			Fora do padrão: Fino / Grosso / Ausente / Em uma só linha	36,10		
Escala M		Médio na Grossura	32,88	6,34	0,017	
		Fora do padrão: Fino / Grosso / Ausente / Em uma só linha	26,14			
Mãos (Tamanho)	Escala O	Médias	58,40	6,59	0,015	
		Fora do Padrão: Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	52,95			

* *Post-Hoc Bonferroni* = Sapato com detalhes > Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés.

Na Figura Feminina, quem não representou os olhos ou os desenhou fechados teve maiores pontuações na Escala T e menores nas Escalas E da CPS do que quem os desenhou abertos. É importante ressaltar que a representação de olhos fechados foi uma característica própria de G1, não tendo aparecido em G2. Como foi explicado anteriormente, a presença de olhos fechados indicaria maior fechamento do indivíduo em relação ao ambiente, com desejo de fuga dos problemas (CAMPOS, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984). Estas características parecem em sintonia com a menor média encontrada na Escala E em G1, que indica maior introversão e fechamento aos contatos interpessoais. Isto, porém, parece contradizer o significado da maior média na Escala T obtido em G1 (confiança e crença na honestidade das pessoas), exigindo novas investigações para explicação plausível.

Tomando-se para análise as várias possibilidades de caracterização de Sapatos na Figura Feminina e os resultados médios na Escala S, notou-se que as mulheres de G1 que desenharam sapatos com detalhes (maior média) diferiram significativamente na Escala S daquelas mulheres que não representaram pés (ou desenhos nos quais não foi possível uma caracterização dos sapatos). Como foi discutido anteriormente, são vagas as explicações dadas pelos estudiosos do DFH em relação ao significado de pés e de sapatos, entendendo apenas existir associações com sexualidade ou obsessividade (quando com detalhes). Mesmo que as participantes de G1 não tenham, em sua maioria, enfatizado detalhes nos sapatos, as que assim o fizeram pareceram tender a maior estabilidade emocional e conseqüentemente melhor adaptação à realidade do que as que desenharam sapatos sem detalhes ou que não representaram os pés no desenho.

Quem sombreou os cabelos na Figura Masculina do DFH em G1 obteve média de pontos maior na Escala A da CPS do que quem não os sombreou ou não os representou. Este resultado foi semelhante ao encontrado quando considerada a ordem das figuras desenhadas, sendo que as mesmas hipóteses feitas anteriormente podem ser aqui retomadas, evitando-se repetição desnecessária.

A representação de pescoço com largura média na Figura Masculina pareceu relacionada a maiores escores tanto na Escala T quanto na Escala M da CPS. Apesar de esta característica ter sido majoritária neste grupo, a somatória de representações em larguras de pescoço fora desse padrão (fino, grosso) atingiu frequência superior a metade da amostra, como foi visto na Tabela 9, devendo ser considerada com maior atenção. A partir desse resultado, hipotetiza-se que aspectos de desconfiança (Escala T) ou de maior sensibilidade (feminilidade – Escala M) estejam influenciando estas participantes de G1 a comportamentos conduzidos mais pelos instintos ou, compensatoriamente, mais voltados à censura e ao

moralismo.

Quem desenhou mãos em tamanho médio na Figura Masculina obteve maior pontuação na Escala O da CPS do que quem as desenhou em tamanho fora do padrão. Este resultado assemelhou-se ao anteriormente encontrado e discutido no momento da análise do DFH em função da ordem de representação das figuras desenhadas, podendo ser aqui retomado.

4.5.2. Grupo de comparação (G2):

Primeiramente serão apresentadas as comparações do desempenho obtido nas escalas clínicas da CPS em função de cada variável do DFH, agrupadas de acordo com a ordem com que a figura foi desenhada. Na Tabela 16 encontram-se os resultados estatisticamente significativos desta relação efetuada.

Em G2, o desenho de orelhas na 1ª Figura do DFH foi acompanhado por média maior na pontuação da Escala T da CPS. Esta evidência significativa apontou para possível associação entre indicador de passividade (presença de orelhas) e características de confiança em outras pessoas.

As mulheres de G2 que desenharam mais Linhas em grossura Média tiveram escores menores na Escala A da CPS do que aquelas que variaram o padrão de grossura na 2ª Figura desenhada no DFH. Vale ressaltar, como visto na Tabela 7, que este grupo apresentou maior variação na grossura das linhas do que G1, apesar da grossura média ser a característica majoritária. A princípio, percebe-se uma contrariedade entre as interpretações isoladas dessas variáveis, visto que a Linha Média é entendida como o padrão esperado de representação gráfica (significando equilíbrio emocional e mental) e as menores pontuações na Escala A que indicam menor nível de energia, de resistência e de disponibilidade para a realização de trabalhos (ou seja, tendendo a dificuldades de ordem mental e emocional). Contudo, considerando-se a variação da grossura das linhas, especialmente quando Grossa, percebe-se uma sintonia entre uma das possíveis interpretações desse item (manifestação de energia, vitalidade, iniciativa, decisão, constância, confiança em si), tal como teorizado por Lourenço Van Kolck (1984), com o sentido dos maiores escores na Escala A da CPS (energia, vitalidade, resistência), explicado por Costa (2003).

Tabela 16 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G2, n = 41).

Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias na CPS	F	p*	
1ª Fig.	Orelhas	Escala T	Presença	45,00	7,23	0,011
			Ausência	40,00		
2ª Figura	Qualidade do Grafismo (Linha)	Escala A	Média	49,41	8,91	0,005
			Fina / Grossa	56,25		
	Sombreamento nos Cabelos	Escala S	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes	50,63	4,09	0,050
			Sombreamento nos Cabelos	45,11		
	Nariz (Tamanho)	Escala A	Médio	52,05	4,29	0,045
			Fora do Padrão – Pequeno, Grande, Só Narinas, Omissão	43,33		
	Mãos (Tamanho)	Escala O	Médias	51,30	6,59	0,014
			Fora do Padrão – Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	56,64		
	Dedos (Quantidade)	Escala T	Em menor número / Não desenhou dedos	38,80	5,03	0,031
			Em quantidade normal	43,77		
		Escala O	Em menor número / Não desenhou dedos	56,80	4,22	0,047
			Em quantidade normal	51,94		
Escala S		Em menor número / Não desenhou dedos	45,20	4,55	0,039	
		Em quantidade normal	50,77			

* As variáveis não comportavam *Teste Post-Hoc*.

O sombreamento nos cabelos da 2ª Figura do DFH se associou a pontuações menores na Escala S da CPS. Isto faz pensar que, para as mulheres que não buscavam CPE, o sombreamento nos cabelos do desenho (que representa aspectos de sexualidade, conflitos com a virilidade ou ainda ansiedade com relação aos próprios pensamentos ou fantasias, de acordo com LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984) pareceu se relacionar a características de instabilidade emocional, com vivências de pessimismo, insegurança e depressão. Entretanto, é importante notar que este grupo teve frequência menor desta característica no desenho quando

comparado a G1.

Desenhar nariz em tamanho médio na 2ª Figura pareceu ser o padrão das participantes que obtinham as maiores pontuações na Escala A da CPS, enquanto a ausência de representação de nariz ou a sua representação em outros tamanhos fora do padrão se relacionou a escores inferiores nessa escala. Considerando-se o significado de cada um dessas variáveis, percebe-se a sintonia das mesmas entre si, indicando possível relação entre potência, afirmação pessoal e confiança com aspectos de intensa energia, vitalidade e disposição para atividades.

A representação de Mãos, na 2ª Figura, em tamanhos diversos ou escondidas pareceu associada a maiores pontuações na Escala O da CPS quando comparada à produção de mulheres de G2 que as desenharam em tamanho Médio. Pode-se supor, a partir desses dados, que o desenho de mãos no tamanho médio esperado, que significaria maior adequação no contato com o meio e sentimentos menos intensos de inabilidade nas relações interpessoais, esteja associado a menor obsessividade, menor organização e menor senso de precaução.

Quem desenhou dedos em quantidade normal na 2ª Figura teve a tendência a pontuar mais nas Escalas T e S da CPS e menos na Escala O. Torna-se interessante perceber que estas características de personalidade (avaliadas pela CPS) se associaram com a quantidade de dedos desenhados em G2. Tal dado permite levantar a hipótese de que quanto menor o senso de ordem (obsessividade) e quanto maior a estabilidade emocional, a confiança nas outras pessoas e a adequação no contato com a realidade, mais à vontade a pessoa parece estar com sua capacidade produtiva e na sua habilidade de lidar com meio em que vive.

A seguir (Tabela 17) serão apresentadas as comparações do desempenho obtido nas escalas clínicas da CPS em função de variáveis do DFH (agrupadas de acordo com o sexo das figuras representadas), considerando-se somente os resultados estatisticamente significativos.

Ao considerar o sexo da figura desenhada, detectou-se relação significativa entre a qualidade do grafismo na Figura Masculina e a Escala A da CPS. Este resultado se assemelhou ao encontrado na 2ª Figura do DFH quando a análise considerou a ordem das figuras desenhadas. Desta forma, não se faz necessária a reprodução das hipóteses interpretativas destes sinais, pois, como já explicado previamente, a grande maioria das figuras masculinas foi desenhada em segundo lugar.

Tabela 17 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando o sexo da figura desenhada (G2, n = 41).

Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias na CPS	F	p	
Figura Masculina	Qualidade do Grafismo (Linha)	Média	49,54	6,68	0,014	
		Fina / Grossa	55,46			
	Sombreamento nos Cabelos	Escala S	Não Sombrou Cabelos / Cabelos Ausentes	50,63	4,09	0,050
			Sombreamento nos Cabelos	45,11		
	Orelhas (Tamanho)	Escala T	Não desenhou orelhas	39,14	3,39	0,044 ^a
			Orelhas Médias	44,32		
			Fora de padrão: Grande ou Pequena	44,40		
		Escala O	Não desenhou orelhas	54,00	3,33	0,047 ^b
			Orelhas Médias	54,14		
			Fora de padrão: Grande ou Pequena	46,20		
	Orelhas (Sob os Cabelos)	Escala T	Desenhou orelhas sem ser sob os cabelos	44,56	7,22	0,011
			Orelhas sob cabelos / Não desenhou orelhas	39,44		
	Orelhas	Escala T	Presença	44,33	6,97	0,012
			Ausência	39,14		
	Mãos (Tamanho)	Escala O	Médias	51,30	6,55	0,014
			Fora do Padrão: Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	56,64		
	Dedos (Quantidade)	Escala T	Em quantidade normal	43,77	5,03	0,031
			Em menor número / Não desenhou dedos	38,80		
		Escala O	Em quantidade normal	51,94	4,22	0,047
Em menor número / Não desenhou dedos			56,80			
Escala S		Em quantidade normal	50,77	4,55	0,039	
		Em menor número / Não desenhou dedos	45,20			
Figura Feminina	Escala S	Sapato com detalhes	49,00	5,55	0,008 ^c _d	
		Sapato sem detalhes	46,57			
		Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés	57,50			
	Escala P	Sapato com detalhes	46,67	3,18	Tendência: 0,053 ^e	
		Sapato sem detalhes	45,79			
		Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés	54,00			

(continua) Tabela 17 – *Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias nas Escalas da CPS em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando o sexo da figura desenhada (G2, n = 41).*

Post-Hoc Bonferroni:

^a Não desenhou orelhas < Tamanho Médio

^b Fora do Padrão < Tamanho Médio

^c Não desenhou pés / Não assinalou características > Sapato com detalhes

^d Não desenhou pés / Não assinalou características > Sapato sem detalhes

^e Não desenhou pés / Não assinalou características > Sapato sem detalhes

A presente análise da produção gráfica de G2 identificou também relação entre sombreamento nos cabelos da Figura Masculina do DFH e pontuações menores na Escala S da CPS. Este resultado foi igual ao encontrado quando considerada a ordem das figuras, não justificando a replicação atual de suas possibilidades interpretativas.

Menores pontuações na Escala T da CPS pareceram se associar diretamente à omissão de orelhas na Figura Masculina ou à sua representação escondida sob os cabelos. Por sua vez, a representação de orelhas nesta figura (no geral) e em tamanho médio (especificamente) se associou a maiores médias nesta escala da CPS. Isto leva a pensar em uma associação entre aspectos de desconfiança no contato interpessoal com a omissão de orelhas (ou sua camuflagem por debaixo dos cabelos), apesar de sua ausência ser muito comum. Já a maior pontuação na Escala O da CPS se relacionou ao desenho das orelhas em tamanho médio quando comparado aos tamanhos fora do padrão (pequeno, grande). Lourenção Van Kolck (1984) compreende que o tamanho “Grande” das orelhas pode estar associado à suscetibilidade a ofensas e resistência a autoridades, enquanto o tamanho “Pequeno” representaria sentimentos de inferioridade e sensibilidade a críticas, podendo-se supor, a partir desses resultados, a associação destes aspectos com características de falta de meticulosidade, de cuidado e de precaução.

Para G2, ao contrário de G1, as maiores pontuações na Escala O da CPS se associaram a desenhos de mãos fora do padrão, ou seja, omitidas, escondidas ou em outros tamanhos que não o médio. Considerando-se que este grupo representou, em sua maioria, mãos em tamanho médio na Figura Masculina (Tabela 9), pode-se fazer uma hipótese semelhante a já discutida anteriormente (ordem das figuras). Em outras palavras, pode-se pensar que aspectos de menor meticulosidade, organização ou precaução estejam relacionados a maior adequação no contato e na manipulação do ambiente, com menores sentimentos de inabilidade nas relações

interpessoais.

Tal como na análise pela ordem das figuras, o desenho de dedos em quantidade normal na Figura Masculina relacionou-se a pontuações maiores nas Escalas T e S da CPS e menores na Escala O. Novamente as hipóteses então levantadas podem ser retomadas, não justificando sua reapresentação neste momento.

Quem não desenhou pés ou não teve presença do sapato assinalada na Figura Feminina obteve maior pontuação na Escala S do que as mulheres de G2 que desenharam sapatos com ou sem detalhes. Houve ainda diferenciação nas pontuações obtidas na Escala P, sendo que quem não desenhou pés ou não teve característica do sapato assinalada obteve maior pontuação nesta escala do que quem desenhou sapatos sem detalhes. A ausência de pés pode ser entendida, de acordo com alguns estudiosos do DFH (CAMPOS, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984), como insegurança em estar no mundo e em relacionar-se com outras pessoas. Este sinal se associou, aparentemente de modo contraditório, a evidência na CPS (escala P) de características de maior estabilidade emocional, otimismo, generosidade e empatia com os demais. Estes indicadores exigiriam exploração sistemática adicional ao presente estudo, ultrapassando suas metas inicialmente propostas, sugerindo necessidade de revisão de possibilidades interpretativas para partes do DFH.

4.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL (DFH) E SATISFAÇÃO (ESIC)

Assim como no tópico anterior deste trabalho, objetivou-se analisar se a maneira de expressão gráfica da imagem corporal (dinâmica inconsciente) apresentaria influências na auto-avaliação da satisfação com a imagem corporal (dinâmica consciente). Para tanto, verificou-se, em G1 e em G2, possíveis associações entre o desempenho obtido na técnica objetiva da ESIC e o padrão de realização dos diferentes itens do DFH (tanto em seu agrupamento de acordo com a ordem das figuras desenhadas, quanto pelo agrupamento de acordo com o sexo da figura). Como já realizado anteriormente, foram escolhidos para esta análise somente os itens do DFH que apresentaram diferença estatística significativa na comparação entre G1 e G2 devido à grande quantidade de itens deste instrumento (protocolo de LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984).

Em ambos os delineamentos utilizou-se a estatística paramétrica *ANOVA 1-Fator* e o teste *Post-Hoc* de *Bonferroni* (quando aplicável). Considerou-se sempre o nível de significância menor ou igual a 0,05. Segue-se o detalhamento dos resultados obtidos a partir

dos procedimentos supracitados, utilizados de forma semelhante em G1 e em G2.

4.6.1. Grupo de mulheres em espera de CPE (G1):

Primeiramente serão apresentadas as comparações do desempenho obtido nos fatores da ESIC em função das variáveis examinadas do DFH, agrupadas de acordo com a ordem com que a figura foi desenhada. Em seguida serão apresentadas as mesmas comparações, porém considerando-se o agrupamento por sexo da figura no DFH.

A Tabela 18 apresenta as associações significativas encontradas entre o desempenho nos fatores da ESIC e a representação dos itens do DFH no Grupo 1, a partir do agrupamento em função da ordem das figuras desenhadas.

Tabela 18 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando a ordem das figuras desenhadas (G1, n = 37).

	Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias ESIC	F	p*
1ª Figura	Dedos (Quantidade)	Fator 1	Em menor número / Não desenhou dedos	52,88	4,82	0,035
			Em quantidade normal	62,29		
		Fator 2	Em menor número / Não desenhou dedos	18,88	10,69	0,002
			Em quantidade normal	25,81		
2ª Figura	Orelhas	Fator 1	Presença	64,36	5,13	0,030
			Ausência	54,48		
	Mãos (Tamanho)	Fator 2	Médias	25,87	5,06	0,031
			Fora do Padrão – Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	20,73		
	Dedos (Quantidade)	Fator 1	Em menor número / Não desenhou dedos	53,11	6,35	0,016
Em quantidade normal			63,61			

* As variáveis não comportavam Teste *Post-Hoc*.

As participantes de G1 que desenharam os dedos na 1ª Figura do DFH em quantidade normal (cinco dedos) obtiveram pontuações maiores nos fatores 1 e 2 da ESIC, e as que assim

o fizeram na 2ª Figura tiveram tendência a pontuar com maior escore o fator 1 da ESIC do que as participantes que tenderam a omitir a representação de dedos ou desenhá-los em menor quantidade. Considerando-se que as mulheres de G1 tiveram uma tendência maior a omitir ou reduzir o número de dedos nas figuras quando comparadas às de G2, tais resultados fazem pensar na associação entre insatisfação com a aparência e preocupação com o peso corporal com a produção de DFH sugestivos de infantilidade e de vivências de dificuldades no contato com o ambiente.

Quem desenhou orelhas na 2ª Figura do DFH obteve pontuação maior no Fator 1 da ESIC do que as participantes que omitiram esta parte do corpo em tal figura, que foram a maioria, como visto na Tabela 7. Mesmo que este resultado aponte uma relação entre omissão da orelha e insatisfação com a própria aparência, não é possível oferecer maior explicação sobre esta hipótese, visto que a falta de representação de orelhas é algo bastante comum e até mesmo esperado nas figuras do DFH.

As mulheres de G1 que desenharam mãos em tamanho Médio na 2ª Figura do DFH apresentaram pontuação maior no fator 2 do que aquelas que representaram esta parte do corpo em outros tamanhos ou omitindo-a (parcela majoritária do grupo). Isso leva a pensar que a representação das mãos em tamanho médio, proporcionado ao resto do corpo, estaria associada a menor preocupação com o peso corporal, provavelmente indicando maior equilíbrio na relação com a própria identidade e imagem corporal. De modo inverso, a omissão de mãos ou sua representação em tamanhos desproporcionais pareceu associar-se a maior insatisfação com o peso, denotando possível conflito com a imagem corporal.

A seguir serão apresentados os resultados significativos das análises de variância do desempenho de G1 nos fatores da ESIC em função de variáveis do DFH, agrupadas de acordo com o sexo da figura desenhada. Estes resultados encontram-se na Tabela 19.

Tabela 19 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo das figuras desenhadas (G1, n = 37).

	Variável Independente	Variável Dependente	Características do DFH	Médias ESIC	F	p
Figura Feminina	Olhos (Tamanho)	Fator 1	Médio	60,89	4,21	0,048
			Pequenos / Grandes / Ausentes	51,00		
	Dedos (Quantidade)	Fator 1	Em menor número / Não desenhou dedos	52,94	5,31	0,027
			Em quantidade normal	62,70		
		Fator 2	Em menor número / Não desenhou dedos	19,29	9,22	0,005
			Em quantidade normal	25,80		
Figura Masculina	Olhos (Tamanho)	Fator 2	Médio	21,17	3,85	Tendência: 0,058
			Pequenos / Grandes / Ausentes	25,85		
	Orelhas (Tamanho)	Fator 1	Não desenhou orelhas	54,91	3,23	Tendência: 0,052*
			Orelhas Médias	59,67		
			Fora de padrão: Grandes ou Pequenas	70,80		
	Orelhas	Fator 1	Presença	63,64	3,88	Tendência: 0,057
			Ausência	54,91		
	Mãos (Tamanho)	Fator 2	Médias	25,87	5,06	0,031
			Fora do Padrão: Grandes, Pequenas, Omissão Simples, Nos Bolsos, Atrás das Costas	20,73		
	Dedos (Quantidade)	Fator 1	Em menor número / Não desenhou dedos	53,06	5,72	0,022
Em quantidade normal			63,11			

* *Post-Hoc Bonferroni* = Não desenhou orelhas < Fora do padrão

Quem desenhou os olhos da Figura Feminina em tamanho médio obteve maior pontuação no Fator 1 da ESIC, enquanto quem assim o fez na Figura Masculina obteve menor pontuação no Fator 2. A partir desses resultados pode-se pensar na relação entre a representação proporcionada do tamanho dos olhos (que simboliza adequação no contato com o ambiente) com maior satisfação com a auto-imagem, porém com aumento da preocupação com o peso corporal. Este resultado, aparentemente contraditório, pode ser entendido como um apego ao controle do peso enquanto tentativa de adequação ao meio sócio-cultural. Dessa

maneira, o inverso também poderia ser depreendido, ou seja, que a representação dos olhos em tamanho fora do padrão se associa a maior insatisfação consigo mesma e menor preocupação com o próprio peso.

A ausência de representação de orelhas na Figura Masculina do DFH se associou a menores escores no Fator 1 da ESIC em relação a representações de orelha em tamanhos fora do padrão (pequeno, grande) e em relação à presença de orelhas no geral. A princípio e teoricamente, isto indicaria uma relação entre insatisfação com a própria aparência e a omissão de orelhas (sem interpretação simbólica associada). Entretanto, como já foi discutido anteriormente, tal característica é comum e até mesmo esperada nas figuras do DFH, não sendo encontradas hipóteses plausíveis para este achado.

As mulheres de G1 que desenharam mãos em tamanho médio na Figura Masculina obtiveram maior pontuação no Fator 2 da ESIC do que quem as desenhou em tamanho fora do padrão. Este resultado assemelhou-se ao encontrado durante análise do DFH a partir da ordem das figuras desenhadas (2ª Figura), já discutido anteriormente.

Na Figura Masculina, a representação dos dedos em quantidade esperada relacionou-se a maior média no Fator 1 da ESIC, semelhante ao encontrado na Figura Feminina, que ainda teve esta característica relacionada a maior escore no Fator 2. No G1, como já considerado previamente, a frequência de omissões de dedos ou de representações dos mesmos em menor número foi maior que no G2. Assim, pode-se supor uma relação entre aspectos de insegurança interna com maior insatisfação com a aparência e maior preocupação com o peso dentre as participantes de G1.

4.6.2. Grupo de comparação (G2):

Primeiramente serão apresentadas as comparações do desempenho obtido nos fatores da ESIC em função de variáveis do DFH, agrupadas de acordo com a ordem com que a figura foi desenhada. Na Tabela 20 encontram-se os resultados estatisticamente significativos desta análise realizada.

Tabela 20 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se a ordem das figuras desenhadas (G2, n = 41).

Variável Independente		Variável Dependente	Características do DFH	Médias ESIC	F	p*
1 ^a Fig.	Qualidade do Grafismo (Linhas)	Fator 2	Média	25,38	3,74	Tendência: 0,060
			Fina / Grossa	20,75		

* As variáveis não comportavam Teste *Post-Hoc*.

Como pode ser percebido na Tabela 20, somente a grossura da linha traçada na 1^a Figura do DFH se relacionou ao fator 2 da ESIC, embora apenas como tendência à significância estatística. Este achado difere fortemente do obtido em G1, no qual os vários fatores dessa escala mostraram possuir alguma associação com classificações dos itens dos desenhos. Sobre este resultado atual pode-se apenas supor certa relação entre preocupação com o peso com sentimentos de insegurança, incapacidade e de esforço em manter o equilíbrio da personalidade. Cabe ainda a ressalva de que este resultado de tendência significativa foi aqui exposto apenas como contraposição aos resultados obtidos em G1.

Finalmente, a Tabela 21 representa a relação entre os fatores da ESIC com os itens do DFH representados por G2, considerando o sexo da figura desenhada.

Tabela 21 – Análise da variância (ANOVA 1-Fator) das pontuações médias na ESIC em relação aos itens do DFH que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre G1 e G2, considerando-se o sexo das figuras desenhadas (G2, n = 41).

Variável Independente		Variável Dependente	Características do DFH	Médias ESIC	F	p
Figura Feminina	Qualidade do Grafismo (Linha)	Fator 2	Média	25,60	6,01	0,019
			Fina / Grossa	19,73		
	Sapatos (Características)	Fator 2	Sapato com detalhes	22,57	3,39	0,044*
Sapato sem detalhes			23,36			
Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés			30,67			
Fig. Masc.	Nariz (Tamanho)	Fator 1	Médio	63,92	4,03	Tendência: 0,052
			Fora do Padrão – Pequenos, Grandes, Só Narinas, Omissão	81,00		

Fig. Masc. = Figura Masculina

* *Post-Hoc Bonferroni* = Sapato com detalhes < Não assinalou nenhuma característica / Não desenhou pés

Esta Tabela 21 mostra como as mulheres de G2 que desenharam Linhas em grossura Média na Figura Feminina do DFH tiveram escores maiores no fator 2 da ESIC do que as mulheres que variaram o padrão de grossura das linhas. Este resultado é parecido com o encontrado no agrupamento de dados pela ordem das figuras desenhadas, reforçando estes achados, que antes pareciam duvidosos. Hipotetiza-se, assim, que maior preocupação com o peso corporal esteja relacionada a sentimentos de insegurança e de esforço egóico na manutenção do equilíbrio da personalidade.

As mulheres que não representaram os pés ou não definiram características dos sapatos (na Figura Feminina) tiveram maior pontuação no Fator 2 da ESIC relativamente a mulheres de G2 que desenharam sapatos com detalhes. Entende-se, a partir desse resultado, que maior preocupação com o próprio peso corporal pareceu se associar a maior investimento nesta área corporal dos pés, talvez a enfeitando de modo compensatório.

A variação no tamanho do Nariz ou a ausência de sua representação na Figura Masculina relacionou-se a maior pontuação no fator 1 da ESIC. Este dado curioso aponta para possível associação entre maior satisfação com a própria aparência com flexibilidade no modo de representar o nariz, que, a princípio, estaria a simbolizar elementos regressivos da personalidade e a própria agressividade. Este dado, no entanto, exigiria investigações complementares para sua adequada interpretação. Aliás, esta parcimônia foi largamente apontada como necessária neste trabalho, visto que indicadores isolados pouco podem sustentar hipóteses consistentes e válidas sobre a complexidade da dinâmica psíquica humana.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou identificar variáveis psicológicas que poderiam estar associadas ao processo de busca de procedimentos cirúrgicos estéticos em mulheres saudáveis. Para tanto, foram definidos específicos critérios de inclusão e de exclusão de voluntárias ao trabalho, alcançando-se adequado nível de controle das variáveis possivelmente influentes no tema em investigação, chegando-se à composição de um adequado Grupo Clínico (G1) equivalente a seu Grupo Comparação (G2), ambos com mulheres saudáveis e funcionalmente adaptadas a seu contexto sócio-cultural.

As participantes do Grupo Comparação foram selecionadas na tentativa de se obter uma equivalência sócio-demográfica com o grupo de mulheres que estavam buscando CPE (Grupo Clínico). Isto foi comprovado pelas análises estatísticas pertinentes, possibilitando a comparação entre os grupos em sua avaliação de personalidade e de imagem corporal.

Definida a amostra com mulheres saudáveis, balanceadas em dois grupos de semelhantes características sócio-demográficas, pode-se examinar a questão central deste estudo: por quê certas mulheres submetem-se a riscos inerentes da cirurgia plástica em busca de padrões estéticos corporais? A questão financeira foi controlada ao se tomar como local de pesquisa uma instituição pública (Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas – FMRP/USP) que não cobra honorários por suas consultas e cirurgias (por ser vinculada ao SUS) e que é relativamente aberta à população de Ribeirão Preto/SP e região (limitada somente pela grande fila de espera e pela eventual falta de indicação cirúrgica de alguns casos, que nem entram na lista de pacientes). Sendo assim, justifica-se a indagação, que inicialmente impulsionou este trabalho, sobre quais são as motivações psicológicas inerentes a este processo. Certamente, fatores diversos estão associados a esta decisão e a esta escolha de comportamento.

O uso de instrumentos de medida objetiva para a avaliação de características psíquicas, tal como realizado neste estudo, tem como vantagem a padronização das variáveis avaliativas, diminuindo a possibilidade de interferência na aplicação ou na interpretação dos resultados associada ao nível de conhecimento ou experiência do avaliador (SARWER *et al.*, 1998). A utilização de instrumentos psicométricos para a investigação dos aspectos psicológicos de pessoas que buscam CPE, de acordo com a literatura da área (ALAGÖZ *et al.*, 2003; BABUCCU *et al.*, 2003; FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005; ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998; VARGEL; ULUSAHIN, 2001), apontou para menores índices (ou ausência) de psicopatologia nestes pacientes, em relação aos estudos que utilizaram técnicas avaliativas clínicas (em especial, entrevista não estruturada).

Por sua vez, as técnicas projetivas de avaliação de personalidade e de imagem

corporal, como também utilizadas neste trabalho, apesar de não proporcionarem dados tão sistematizados quanto os instrumentos objetivos, possibilitam, por isso mesmo, enriquecimento informativo sobre seu objeto de investigação devido a seu olhar clínico e aprofundado, especialmente sobre a dinâmica inconsciente. Para o presente trabalho foi utilizada a técnica projetiva gráfica do DFH, seguindo-se as premissas de Machover (1949), sendo que os desenhos foram classificados de acordo com o protocolo avaliativo desenvolvido por Lourenção Van Kolck (1984).

Considerando-se este cuidado tomado na composição de ambos os grupos e com o controle de variáveis, pode-se pensar, como já exposto anteriormente, que os resultados encontrados nas escalas de avaliação de personalidade e de auto-imagem corporal, assim como na técnica projetiva gráfica do DFH, podem auxiliar na compreensão da dinâmica psíquica de mulheres em busca da CPE. Este posicionamento metodológico é imprescindível para a compreensão desta temática e foi adotado no presente trabalho, dado que uma das críticas contundentes da revisão da literatura científica sobre os estudos que abordavam a dinâmica psicológica e possíveis psicopatologias de solicitantes de CPE seria a ausência de um adequado grupo controle e de comparação de evidências empíricas.

De acordo com Sarwer *et al.* (1998) este limite ocorreu nas pesquisas das décadas de 1950 até cerca de 1980, sendo que atualmente este cuidado metodológico parece estar sendo adotado mais sistematicamente, como encontrado nos trabalhos de Özgür, Tuncali e Gürsu (1998), Vargel e Ulusahin (2001) e de Ferraro, Rossano e D'Andrea (2005). Entretanto, ainda nos últimos anos, diversos estudos não têm adotado grupos controle para análise apurada dos resultados. Muitas vezes as pesquisas sobre esta temática tomam os padrões normativos dos instrumentos utilizados como grupo de comparação, como fizeram Ribeiro *et al.* (1992 e 1995), Ishigooka *et al.* (1998), Magrini (2000), Meningaud *et al.* (2001), Alagöz *et al.* (2003) e Babuccu *et al.* (2003). Denota-se, portanto, que aspectos metodológicos das pesquisas da área ainda podem comprometer a clareza de suas evidências, bem como a possibilidade de generalização de seus resultados.

Dentro das possibilidades do atual estudo, cabe retomar aqui as principais características dos dados relativos ao perfil geral de desempenho de G1 e de G2 na CPS, na ESIC e no DFH. Embora com pequenas diferenças de desempenho, estes dois grupos apresentaram resultados condizentes com o padrão típico de produção de adultos saudáveis, de acordo com as normas oferecidas por cada instrumento (respectivamente: COSTA, 2003; FERREIRA; LEITE, 2002; PASIAN; OKINO; SAUR, 2004). Ou seja, estes dados apontaram características de personalidade compatíveis a um perfil adaptado e normal para a

funcionalidade psíquica das mulheres avaliadas, indicando sua preservada dinâmica interna e saúde mental, de acordo com as possibilidades informativas de tais instrumentos de avaliação.

Estudos de algumas décadas atrás, especialmente os que utilizavam entrevistas clínicas não padronizadas para a avaliação pré-operatória de pacientes que queriam se submeter a uma CPE, chegavam a encontrar índices de 70% de psicopatologia nestes indivíduos, comumente descritos como depressivos, narcisistas ou passivo-dependentes (SARWER *et al.*, 1998) ou ainda como possuindo imagem corporal negativa, baixa auto-estima, ansiedade, instabilidade emocional e até mesmo transtornos psiquiátricos como a Dismorfia Corporal (FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005; ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998). A utilização de entrevistas clínicas nestes estudos pareceu ter contribuído para a reduzida sistematização metodológica e baixa consistência em seus resultados, além de ter possibilitado a perda ou a indevida interpretação de informações relevantes (SARWER *et al.*, 1998).

Apesar do presente trabalho também ter utilizado uma entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, esta objetivou primordialmente a reunião de dados sócio-demográficos para caracterização da amostra, não objetivando, em si, uma avaliação psicológica. Para tanto, foram utilizados, como anteriormente explicado, instrumentos específicos de avaliação objetiva e projetiva da personalidade e da imagem corporal, cujos resultados, de uma maneira geral, contrapuseram-se aos clássicos resultados da literatura que identificavam, especialmente entre as décadas de 50 e 80 do século XX, altos índices de psicopatologia dentre as pacientes que buscavam alguma CPE.

Diversos outros estudos sobre a temática da modificação estética por meio de procedimentos cirúrgicos não focalizaram diretamente a caracterização de personalidade de quem os procura e solicita. Tenderam a se delinear como investigações de ordem mais geral, avaliando a auto-estima e a qualidade de vida, ou de maneira mais específica, examinando diagnósticos de psicopatologias de acordo com as classificações psiquiátricas atuais (ALAGÖZ *et al.*, 2003; FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005; MENINGAUD *et al.*, 2001; ÖZGÜR; TUNCALI; GÜRSU, 1998; VARGEL; ULUSAHIN, 2001). Em sua maioria não encontraram grandes diferenças entre o desempenho de solicitantes de CPE com seu grupo de comparação, declinando de hipóteses da presença maciça de transtornos psiquiátricos nestes pacientes de CPE.

Dessa forma, o presente trabalho reforça estudos anteriores que afirmam que a busca de procedimentos cirúrgicos de natureza estética têm sido feita com maior frequência por indivíduos normais. Isto pode estar também relacionado à popularização da CPE, bem como a maior oferta de profissionais qualificados e à redução de seu custo (MÉLEGA, 2002;

VARGEL; ULUSAHIN, 2001).

Associadas a estas variáveis externas, foi possível identificar aspectos da dinâmica psíquica de mulheres que se mostraram associadas à busca de CPE, contrapondo-se as evidências encontradas em G1 e em G2. A utilização de dois instrumentos de avaliação considerados objetivos (CPS e ESIC) no presente trabalho teve o intuito de investigação de características de personalidade e do nível de satisfação com a imagem corporal que possivelmente estariam associados à busca de CPE. Seus resultados evidenciaram características de funcionamento psíquico adaptado nas mulheres que aguardavam CPE, diferindo, no entanto, em alguns marcadores de personalidade e de insatisfação com a imagem corporal em relação a seu respectivo Grupo Comparação. Neste sentido, as mulheres que buscavam Lipoaspiração e/ou Mamoplastia Adicional apresentaram-se mais sensíveis e mais desconfiadas aos contatos interpessoais, assim como mais insatisfeitas com a própria aparência do que as mulheres que não procuravam modificações estéticas cirúrgicas. Cabe ressaltar que tais características não devem ser atribuídas a mecanismos defensivos suscitados pela situação de avaliação, visto que as participantes foram devidamente esclarecidas que a participação no estudo não teria quaisquer implicações com sua aceitação ou recusa para a realização do procedimento cirúrgico, compromisso reforçado pelos esclarecimentos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Não foram encontrados, na literatura da área, estudos nacionais ou internacionais sobre o uso da CPS numa população como a presentemente estudada, de solicitantes de CPE. Dessa maneira, foi difícil comparar os atuais resultados com outros já disponíveis sobre o uso desse instrumento objetivo de avaliação de personalidade. Dentro deste contexto, as atuais evidências podem se constituir em contribuição relevante para a investigação do tema em foco.

A utilização da ESIC com o objetivo de avaliação de solicitantes de CPE também não foi encontrada na literatura da área, provavelmente por ser um instrumento relativamente novo em nosso meio (FERREIRA; LEITE, 2002; LEITE, 1999). Esta técnica objetiva de avaliação psicológica foi utilizada para a investigação de diferenças de satisfação com a imagem corporal entre mulheres obesas e não obesas (FERREIRA; LEITE, 2002; LEITE, 1999) e entre pessoas com diferentes classes de IMC (SAUR, 2007). Desse modo, pode-se pensar mais uma vez que os resultados do presente trabalho vêm contribuir para a ampliação do conhecimento científico relativo ao conteúdo estudado e da utilização desta escala psicológica no nosso meio sócio-cultural.

A primeira consideração que pode ser feita sobre a utilização do DFH no presente

trabalho é a que diz respeito sobre a tão criticada subjetividade de sua classificação, que dependeria, supostamente, da maneira pessoal do examinador em avaliar o material. Esta é uma crítica válida, porém somente como alerta à necessidade de amplo conhecimento e experiência do psicólogo para a avaliação do DFH. Como tem sido visto neste e em outros trabalhos que prezam pelo aprimoramento constante das técnicas de avaliação psicológica, dando-se destaque ao uso do DFH (ALMEIDA, 2003; GOTTSFRITZ, 2007; PERES; SANTOS, 2006; SAUR, 2007), tal subjetividade pode ser contornada por meio de eficiente treinamento técnico, tendo sido encontrado alto índice de concordância entre examinadores independentes quando tais cuidados são tomados. No presente estudo, estes índices assumiram, no total das mulheres avaliadas, os valores de 94,8% de concordância para a 1ª Figura e de 94,4% para a 2ª Figura, indicando que foi alcançada a precisão necessária nas classificações do DFH, comprovando a possibilidade da avaliação fidedigna deste instrumento.

A segunda consideração pode ser feita no que concerne à comparação da produção entre a primeira e a segunda figuras desenhadas no DFH, pois estudos dos últimos anos têm demonstrado pouca ou nenhuma diferença entre as mesmas (PASIAN; OKINO; SAUR, 2004; SAUR, 2007). No presente estudo a comparação das duas produções também foi realizada e poucas diferenças mostraram-se significativas, denotando grande semelhança e equivalência na produção de cada participante, tal como encontrado pelos estudos anteriormente citados. No entanto, o que se observou neste trabalho foi que a comparação entre primeira e segunda figuras desenhadas auxiliaram claramente na validação interna dos indicadores do DFH. Além disso, em algumas situações, as produções das mulheres avaliadas diferenciaram-se apenas na segunda figura humana desenhada que, simbolicamente, traria o sentido das relações interpessoais. Justifica-se, portanto, a aplicação completa do DFH, ou seja, a solicitação de dois desenhos de figura humana (um de cada sexo), com sua posterior classificação pelos critérios sistematizados por sistemas específicos de análise desta técnica projetiva, garantindo sua precisão técnica.

No atual trabalho, foram seguidas a aplicação e a classificação do DFH de Machover (1949) conforme apresentado por Lourenção Van Kolck (1984), utilizando-se ambas as figuras como material informativo. Pode-se observar que foram poucos os itens que diferenciaram significativamente a primeira e a segunda figura desenhada pelas mulheres, chamando a atenção que eles diziam respeito, no geral, a caracteres representativos de cada sexo. Dessa maneira, optou-se por adotar também o agrupamento dos indicadores da produção do DFH não pela ordem com que os desenhos foram realizados, mas sim de acordo com o sexo da figura representada, tal como proposto do Gottsfritz (2007). Esta pareceu ser

uma proposta atual e interessante de avaliação dos desenhos do DFH, oferecendo possibilidades informativas mais específicas e úteis ao tipo de tema em foco.

Apesar de suas possibilidades informativas, várias são as críticas em relação ao sistema avaliativo de Machover (1949) para DFH. Por exemplo, Swensen⁹ (1957, *apud* ARTECHE; BANDEIRA, 2006), avaliou diferentes pesquisas que utilizavam este método e concluiu que as hipóteses dessa autora sobre o DFH não podiam ser sustentadas, pois os resultados eram contraditórios. Contudo, Roback¹⁰ (1968, *apud* ARTECHE; BANDEIRA, 2006) aprofundou a revisão deste pesquisador e verificou diferenças metodológicas nos estudos avaliados, concluindo que, na verdade, nenhuma afirmação a favor ou contra o sistema avaliativo de Machover poderia ser realizada. Por sua vez, em estudo recente e realizado em nosso contexto sócio-cultural, Saur (2007) utilizou o sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984) - que é baseado no de Machover - e concluiu que ele não pareceu suficientemente adequado para a identificação e a diferenciação de características de representação da imagem corporal de pessoas com diferentes IMC.

No presente estudo, no entanto, que também utilizou o sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984), seguindo as premissas de Machover, os resultados podem ser considerados como evidências das possibilidades projetivas e das ricas informações clínicas do DFH. Isto se deve não somente ao número de diferenças estatísticas significativas encontradas entre os grupos avaliados, mas também pela qualidade dessas diferenças, sendo as interpretações desses indicadores do DFH (de acordo com a teoria psicodinâmica) condizentes aos resultados obtidos por meio das duas técnicas objetivas de avaliação psicológica.

Neste sentido, poder-se-ia dizer que alguns indicadores do DFH que apresentaram diferença de representação entre G1 e G2 possuem associação a conteúdos de desconfiança interpessoal (Escala T da CPS) e de maior sensibilidade no enfrentamento das situações cotidianas (Escala M da CPS), além de maior insatisfação com a própria aparência (Fator 1 da ESIC), tal como observados nas participantes do Grupo Clínico. Utilizando como base as interpretações fornecidas pelos diferentes estudiosos desta técnica projetiva gráfica (BUCK, 2003; CAMPOS, 2000; LEVY, 1991; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984; MACHOVER, 1949), alguns indicadores podem ser pensados como ilustração dessas semelhanças de informações entre os sinais das várias técnicas psicológicas utilizadas, validando suas

⁹ SWENSEN, C.H. Empirical evaluations of Human Figure drawings. **Psychological Bulletin**, vol. 54, n° 6, p. 431-466, 1957.

¹⁰ ROBACK, H. Human Figure Drawings: Their utility in the clinical psychologist's armamentarium for personality assessment. **Psychological Bulletin**, vol. 70, n° 1, p. 1-19, 1968.

hipóteses interpretativas subjacentes. Exemplos de indicadores do DFH que se confirmaram pelas demais técnicas usadas foram: “Olhos”, que podem representar aspectos de vigilância, alerta e fechamento interpessoal, o “Tórax” e o “Assinalamento de Seios”, que podem se associar a conteúdos de inferioridade e conflitos com a própria sexualidade e beleza corporal, bem como “Mãos” e “Pés”, bastante atrelados a sentimentos de (in)capacidade e (in)habilidade de enfrentamento do mundo externo ou interno.

Entretanto, não se pode deixar de considerar que, em alguns momentos do presente estudo, os resultados a partir do DFH pareceram inconsistentes. Exemplo deste contexto seriam as evidências de dificuldade de enfrentamento do ambiente e de desconfiança nas participantes de G2 (por exemplo, na análise do “Tipo de Linha”, das “Articulações”). Deve-se, lembrar, contudo, que a avaliação projetiva evidencia tendências subjetivas inconscientes (pensamentos, fantasias, sentimentos, desejos) e não exatamente as manifestações expressas delas, minimizando a importância de índices isolados do DFH. Isto não pode ser compreendido como desvalorização do uso projetivo do DFH na premissa de Machover. No entanto, estas contradições empíricas e teóricas, na verdade, fortalecem a necessidade de mais investigações sobre esta técnica, em especial sobre o sistema avaliativo de Lourenção Van Kolck (1984) antes de considerá-lo como completamente eficiente e eficaz na avaliação de aspectos de personalidade e de auto-imagem corporal.

A partir da análise do DFH presentemente realizada pôde-se inferir que, de modo geral, as mulheres que buscam CPE (Mamoplastia Adicional e/ou Lipoaspiração) apresentaram sinais de sentimentos de menos-valia e de insegurança mais intensos em relação ao próprio potencial produtivo, parecendo defensivamente mais absortas em si mesmas e assim enfrentando as situações da vida de maneira mais imatura e evitativa. Apresentaram, ainda, indícios de sentimentos de inadequação nos relacionamentos interpessoais associados a comportamentos impulsivos e agressividade reprimida, projetivamente tendendo a perceber o ambiente como hostil, apresentando-se desconfiadas e retraindo-se nos contatos sociais. Por estas características, pareceram tender a manterem-se alertas diante do ambiente, dependendo das experiências visuais e do *feedback* alheio, apresentando sinais de preocupações associadas à beleza corporal.

Em contrapartida, o G2 sinalizou, em sua produção gráfica no DFH, maior tendência à adequação no contato com o ambiente e consigo mesmas do que as participantes de G1. As mulheres que não buscavam CPE evidenciaram, dentro das possibilidades informativas do DFH, características de confiança, disposição e auto-afirmação. Neste sentido, sinalizaram maior habilidade nas interações pessoais, controlando melhor os próprios impulsos e tendendo

a apresentarem menos conflitos com a própria sexualidade e feminilidade.

Paralelamente a esta complexa rede de fatores intrínsecos associados à busca da CPE, as teorias subjetivas de natureza sociocultural tentam explicar a formação da imagem corporal pela influência dos ideais, das expectativas e das experiências sociais compartilhadas por determinado grupo (HEINBERG, 1996). Nas sociedades ocidentais, nosso grupo de referência cultural, o belo é preconizado como sinônimo de bom, sendo a magreza corpórea valorizada e o seu oposto, a obesidade, intensamente rejeitada. Este padrão de beleza tende a ser vigente no momento atual, estimulando as mulheres a alterarem seus corpos para conseguirem alcançar este modelo. Com base neste tipo de concepção, pode-se pensar que as mulheres foram aceitando cada vez mais os ideais de magreza preconizados pela sociedade, passando a ter como meta um corpo esbelto, podendo sentir, como consequência, maior rejeição de sua própria imagem corporal (FERREIRA; LEITE, 2002). Estes fatores, por sua vez, podem estar associados à procura de estratégias de eliminação do excesso de peso. Nesta expectativa, a técnica cirúrgica de Lipoaspiração entra em cena como método possível para se esculpir as formas corporais, retirando gorduras localizadas que permanecem mesmo após tratamentos regulares de emagrecimento.

Na mesma linha de tentar atender às expectativas sociais, a literatura científica aponta um crescente desejo das mulheres pelo aumento do volume das mamas para obter uma aparência estética mais próxima ao padrão cultural de beleza feminina corrente (mamas volumosas). Neste sentido, a cirurgia plástica da Mamoplastia Adicional, realizada por bons profissionais, possui a capacidade de criar uma ilusão anatômica com o intuito de agradar os sentidos visuais (HOUSMAN, 1990).

O aumento das mamas pode ser desejado por uma variedade de razões, sendo que, atualmente, a maior procura por este procedimento acontece com fins puramente estéticos, sem que existam quaisquer anomalias nas mamas que necessitem de reparação. Segundo Housman (1990), a cirurgia de aumento de mamas tem o potencial de diminuir sentimentos de timidez e de inadequação pessoal, melhorando assim os relacionamentos interpessoais. Esta linha de achados também foi recentemente comprovada por estudos que mostraram que as pacientes vivenciam a Mamoplastia Adicional como um meio de aumentar sua atratividade e melhorar sua imagem pessoal (FERRARO; ROSSANO; D'ANDREA, 2005). Housman (1990) ainda cita diversos estudos mostrando que mulheres que procuravam a realização de Mamoplastia Adicional sentiam-se envergonhadas com suas mamas pequenas, sendo que, após a cirurgia, elas melhoravam consideravelmente suas relações pessoais e sexuais, denotando maior aceitação do próprio corpo. De qualquer maneira, não somente considerando

os aspectos de sexualidade sobre os quais a cirurgia de aumento das mamas parece favorecer, a realização deste procedimento, por menor que seja a modificação decorrente, parece proporcionar elevado nível de satisfação das pacientes com o resultado, ultrapassando até mesmo a satisfação do próprio cirurgião que realizou o procedimento (HOUSMAN, 1990).

Tendo por base estas considerações da literatura específica de cirurgias plásticas estéticas, bem como o referencial psicodinâmico, buscou-se integrar e aprofundar as possibilidades interpretativas das atuais evidências empíricas relativas aos dados da CPS, da ESIC e do DFH. Desta forma, poder-se-ia pensar que as mulheres que buscaram alguma CPE apontaram peculiaridades de personalidade e de insatisfação com a própria aparência que podem estar associadas ao desejo de modificarem seu relacionamento com o ambiente, vivenciado como ameaçador. Diante da impossibilidade de alterar esta imagem interna angustiante, almejavam mudar aspectos concretos e considerados negativos na própria aparência corporal, de modo a compensar os sentimentos de fragilidade interna para lidar com a realidade externa, buscando novos recursos pessoais de enfrentamento. Em outras palavras, poder-se-ia pensar na existência de sentimentos pessoais de inadequação que provocam conflitos internos, necessitando projetá-los no ambiente externo ou localizá-los em determinada parte concreta do próprio corpo na tentativa de facilitar seu enfrentamento (CAPER, 2002). Entretanto, se este mecanismo defensivo serve como alívio imediato a tais angústias internas, por outro lado traz como consequência a sensação de incômodo consigo mesmo (agora focalizado em alguma parte do corpo) e de ameaça (de rejeição e de não aceitação de si) por parte do ambiente.

Parece sensato ponderar que estas estratégias defensivas de organização psíquica (ZIMERMAN, 1999) favoreceriam o esforço de transformação em algo concreto do que antes era subjetivo. Desta forma, o indivíduo poderia enfrentar agora, com atitudes também concretas (como buscar alguma CPE) o que anteriormente parecia impossível de ser modificado (sentimento de insatisfação e percepção de incapacidade para adequado relacionamento com o outro).

Se o ambiente estava sendo percebido como persecutório, talvez devido à projeção de uma ameaça interna (sentida como localizada em algum ponto da aparência física), uma modificação estética cirúrgica no foco de seu incômodo (corpo), por sua vez, poderia ser buscada por estes indivíduos com a expectativa de proporcionar mudança em sua relação com o ambiente e em seus contatos pessoais, diminuindo sua desconfiança nos mesmos. Este desejo ocorreria em nível inconsciente, sendo que, neste plano interno, diferentes consequências poderiam advir após a realização de uma CPE. Estes resultados possíveis a

partir das CPE, na verdade, seriam dependentes das próprias condições psíquicas e da estruturação de personalidade deste indivíduo, ultrapassando obviamente as questões anatômicas e corporais concretas.

Uma destas possíveis conseqüências da CPE seria o alcance desejado de uma modificação na relação de confiança-desconfiança com o ambiente e com os outros, não somente devido à concreta mudança corporal, mas a sua conseqüente modificação na imagem corporal interna, com a diminuição dos sentimentos de inadequação pessoal e, assim, com a diminuição da projeção dos aspectos considerados negativos. Como explica Capisano (1992), modificações no próprio corpo favorecem mudanças no psiquismo, e, assim sendo, conseqüentemente são favorecidas alterações na imagem corporal interna. Estes mecanismos parecem ocorrer com os pacientes que se apresentam bastante satisfeitos após a realização de uma CPE e conseguem se beneficiar deste procedimento, vivenciando conseqüente aumento de sua auto-estima e a melhoria em suas relações pessoais e profissionais. Se alcançados estes resultados, os ganhos psicológicos justificam a realização deste tipo de procedimento médico cirúrgico (RIBEIRO *et al.*, 1992). Desta forma, ficariam fortalecidas as finalidades das CPE, segundo Pitanguy (1992), que seriam: a harmonização do corpo com o psiquismo, visando estabelecer um equilíbrio interno que permita ao indivíduo se reencontrar e se reestruturar para se sentir suficientemente tranqüilo com sua própria imagem e com o ambiente que o cerca.

Outra possibilidade de desdobramento da CPE seria o não saneamento dos conflitos psíquicos na interação com o ambiente e com os outros, tal como desejado, possivelmente associado a maior intensidade de aspectos ameaçadores (agressivos) internos ou a outras dificuldades no funcionamento psíquico destes indivíduos. Este pode ser o caso de pacientes que não se sentem satisfeitos com os resultados da cirurgia realizada, mesmo que tecnicamente tenha ocorrido como esperado pelo médico, já que a expectativa inconsciente do paciente não foi alcançada (ADAMSON; STRECKER, 2002). Provavelmente estes seriam indivíduos com alguma disfunção na dinâmica psíquica e que passariam, após a experiência da CPE, a buscar incessantemente novos procedimentos médicos para modificação de suas características corporais, sem, no entanto, alcançarem a satisfação esperada. Este tipo de comportamento estaria associado ao diagnóstico de Dismorfia Corporal (CASTLE; HONIGMAN; PHILLIPS, 2002; VARGEL; ULUSAHIN, 2001).

As atuais considerações analíticas, entretanto, constituem-se em explorações preliminares do tema no contexto sócio-cultural contemporâneo, tomando-se como base os resultados encontrados no presente estudo. Dessa maneira, precisariam ser examinadas em

novas investigações científicas que considerassem, por exemplo, o pós-operatório dos indivíduos que realizaram a desejada CPE, ultrapassando as possibilidades desta atual pesquisa.

Além disso, o presente estudo avaliou somente mulheres, sendo estas de alta escolaridade (acima de nove anos de estudo). Mesmo que a população feminina seja majoritária na procura de procedimentos estéticos na atualidade, em especial de CPE, e que esta intervenção cirúrgica requeira certo nível de escolaridade (na tentativa de garantir adequado nível de orientação e de cuidados pré e pós-operatórios), não se pode deixar de pensar que o foco neste tipo de mulheres de alta escolaridade traga um limite para a possível generalização das atuais evidências empíricas.

Outra configuração específica do atual estudo e que precisa ser lembrada é o fato de serem inclusas apenas as Mamoplastias Adicionais e as Lipoaspirações, dentro da diversidade de tipos de CPE realizadas em diferentes áreas corporais e com objetivos específicos de modificação corporal. Certamente esta diversidade técnica, não incluída nesta atual pesquisa, poderia evidenciar outras tantas variáveis como relevantes ao processo de busca de uma CPE, sendo praticamente impossível dar conta da multiplicidade de motivações pessoais vinculadas a estes procedimentos médicos. Além do mais, foram avaliadas somente pacientes de uma instituição médica pública, o que circunscreve as possibilidades de aplicação das atuais evidências empíricas. Mulheres que buscam CPE no âmbito da clínica particular, por exemplo, podem vivenciar experiências sócio-culturais e específicas de natureza diversa, limitando as possibilidades de generalização dos atuais achados. Na verdade, estas limitações informativas atuais funcionam como estímulo a ampliações nesta linha de investigação científica, de preferência com grupos mais diversificados e mais numerosos de participantes, para que uma compreensão mais profunda do presente tema possa ser alcançada.

Finalizando, os resultados do presente trabalho evidenciaram aspectos de normalidade das mulheres solicitantes de CPE (Mamoplastia Adicional e Lipoaspiração), ao mesmo tempo em que apontaram peculiaridades em suas características de personalidade e em seu nível de satisfação com a imagem corporal. Desta forma, pode-se notar que as mulheres de G1 sinalizaram maior sensibilidade e sinais de desconfiança nos contatos interpessoais, associados a maior insatisfação com a própria aparência. Estes conteúdos internos devem ser considerados no momento de avaliação das candidatas a CPE, acompanhando-as ao longo de todo um processo de atendimento global, de modo a evitar desentendimentos na relação médico-paciente e auxiliar as pacientes a enfrentarem melhor as mudanças psicológicas decorrentes da modificação em sua aparência corporal.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹¹

- ABELL, S.; HORKHEIMER, R.; NGUYEN, S. Intellectual evaluations of adolescents via Human Figure Drawings: An empirical comparison of two methods. **Journal of Clinical Psychology**, vol. 54, n° 6, p. 811-815, 1998.
- ABEP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>>. Acesso em: 18/05/2005.
- ADAMSON, P.A.; STRECKER, H.D. Patient Selection. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 26, p. 431-435, 2002.
- ALAGÖZ, M. S.; BASTERZI, A. D.; UYSAL, A. Ç.; TÜZER, V.; ÜNLÜ, R. E.; SENSÖZ, Ö.; GÖKA, E. The Psychiatric View of Patients of Aesthetic Surgery: Self-Esteem, Body Image, and Eating Attitude. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 27, p. 345-348, 2003.
- ALCHIERI, J.C.; NORONHA, A.P.P.; PRIMI, R. **Guia de Referência: Testes Psicológicos Comercializados no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.
- ALMEIDA, G. A. N. **A imagem corporal em mulheres: aspectos psicossociais e a cirurgia de restrição gástrica**. 2003. 183 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- ALVES, I. O Teste Goodenough-Harris em pré-escolares paulistanos. **Boletim de Psicologia**, vol. 80, n° 33, p.40-52, 1981.
- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica**. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

¹¹ De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: Novas Contribuições**. Trad. Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ARTECHE, A. X.; BANDEIRA, D. R. O Desenho da Figura Humana: Revisando mais de um século de controvérsias. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**, vol. 22, p. 133-156, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- BABUCCU, O.; LATIFOGLU, O.; ATABAY, K.; ORAL, N.; COSAN, B. Sociological Aspects of Rhinoplasty. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 27, p. 44-49, 2003.
- BERSCHIED, E; WALSTER, E.; BOHRNSTEDT, G. The happy American body: A survey report. **Psychology Today**, vol. 7, p.119, 1973.
- BROOKS, R. EuroQol: the current state of play. **Health Policy**, vol. 37, p. 53-72, 1996.
- BUCK, J. N. **H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa**. Técnica projetiva de desenho manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.
- CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 32^a Ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 110 p.
- CAPER, R. **Tendo Mente Própria**: Uma visão kleiniana do *self* e do objeto. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002, 244 p.
- CAPISANO, H. F. Imagem Corporal. In: MELLO-FILHO, J. **Psicossomática Hoje**, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992. Capítulo 17, p 179-191.
- CAPRARA, G. V.; BARBARANELLI, C.; HAHN, R.; COMREY, A. L. Factor Analyses of the NEO-PI-R Inventory and the Comrey Personality Scales in Italy and the United States. **Personality and Individual Differences**, vol. 30, p. 217-228, 2001.

CASH, T.F. **User's Manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire**. Norfolk, VA: Old Dominion University, 1994.

CASH, T. F.; WINSTEAD, B. A.; JANDA, L. H. Body image survey report: the great American shape-up. **Psychology Today**, vol. 20, p. 30-44, 1986.

CASTLE, D.J.; HONIGMAN, R.J.; PHILLIPS, K.A. Does Cosmetic Surgery improve psychosocial wellbeing?. Clinical Update. **The Medical Journal of Australia**, n. 176, p. 601-604, 2002.

COMREY, A. L. **CPS: Escala de Personalidade de Comrey** (Manual). Tradução, Adaptação e Padronização Aroldo Rodrigues. São Paulo: Ed. Vetor, 2ª edição, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Testes Psicológicos. Brasília: CFP, fev. 2004. Suplemento Especial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **PSI: Jornal de Psicologia**. São Paulo: CRP/SP, vol. 77, n. 141 (jul/set), 2004.

_____. **Resolução nº 10/2005**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/legislacao/resolucoes.cfm?ano=2005>>. Acesso em: 27/04/2008.

COOPERSMITH, S. **Coopersmith self-esteem adult preview kit**. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, 1986.

COSTA, F. R. **CPS: Escala de Personalidade de Comrey** (Manual). São Paulo: Ed. Vetor, 2ª edição rev., 2003.

COX, M. **Desenho da Criança**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. **Técnicas Projetivas Gráficas: Por que sim? Por que não?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CURI, M. Cirurgia plástica estética e reparadora: em busca de beleza e bem-estar gênese e evolução da ciência-arte. In: CURI, M. **Sua Imagem, Sua Escolha**. São Paulo: Ed. É Realizações, 2005. Disponível em: <http://www.erealizacoes.com.br/editora/imagem_escolha/trecho.htm> Acesso em: 17/05/2007.

DAG, I. Symptom check list (SCL-90-R): a reability and validity study (in Turkish). **Turkish Journal of Psychiatry**, vol. 2, p. 5-12, 1991.

DAHLSTROM; G. W.; WELSH, G. S.; DAHLSTROM, E. L. **An MMPI handbook**. Minneapolis, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1972.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia Usando SPSS para Windows**. Tadução Lorí Viali. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006, 608 p.

DEGORATIS, L. R. **SCL-90**: administration, scoring and procedure manual-I for the revised version. Johns Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit: Baltimore, MD, 1977.

DOGAN, O.; DOGAN, S. **Manual of body self relations questionnaire** (in Turkish). Publications of Cumhuriyet University, 1992.

DORAN, E. M. **Bodies of Beverly Hills**. Disponível em: <<http://www.bodiesofbeverlyhills.com>>. Acesso em: 06/04/2008.

EM ALTA: Brasil realizou mais de meio milhão de plásticas em 2003. **JC Online**: Saúde & Estética, publicado em 18.11.2004. Disponível em: <http://jc.uol.com.br/2004/11/18/not_77700.php>. Acesso em: 23/05/2005.

EMOFF PRODUÇÕES. Mercado Brasileiro de Cirurgia Plástica Cresce Cerca de 24%. **Notícias**. Publicado em 05/11/2006. Disponível em: <<http://www.thebeauty.com.br/noticias.asp?id=65&page=3>>. Acesso em: 14/05/2007.

- FERRARO, G. A.; ROSSANO, F.; D'ANDREA, F. Self-Perception and Self-Esteem of Patients Seeking Cosmetic Surgery. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 29, p. 184-189, 2005.
- FERREIRA, M. C.; LEITE, N. G. M. Adaptação e Validação de um Instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. **Avaliação Psicológica**, vol. 2, p. 141-149, 2002.
- FINGER, C. Brazilian Beauty. **The Lancet**, vol. 362, November 8, p. 1560, 2003.
- FREITAS, F. A.; NORONHA, A. P. P. Clínica-Escola: Levantamento de Instrumentos Utilizados no Processo Psicodiagnóstico. **Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 9, nº 1, p. 87-93, 2005.
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychology Medicine**, vol. 9, p. 273-279, 1979.
- GLASS, C. R.; MERLUZZI, T. V.; BIEVER, J. L.; LARSEN, K. H. Cognitive assessment of social anxiety: development of a self statement questionnaire. **Cognitive Therapy and Research**, vol. 6, p. 37-55, 1982.
- GOKDOGAN, F. **Level of body image satisfaction**. 1988. Dissertação (Mestrado). Ankara University Faculty of Social Sciences. Department of Psychological Services in Education, Ankara, Turquia, 1988.
- GOODENOUGH, F. L. **Measurement of intelligence by drawings**. New York: World Book Company, The House of Applied Knowledge, 1926.
- GOTTSFRITZ, M. O. **O Desenho da Figura Humana e o Teste R-1 em Adultos Não Alfabetizados**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- HAKME, F. Aumento Mamário. In: MÉLEGA, J.M. (ed.). **Cirurgia Plástica – Fundamentos e Arte: Cirurgia Estética**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Capítulo 39, p. 563-579.

- HAMMER, E. F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Tradução E. Nick. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- HEINBERG, L.J. Theories of body image disturbance: Perceptual, development, and sociocultural factors. In: THOMPSON, J.K. (org.). **Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.
- HILL, G.; SILVER, A. G. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. **Psychosomatic Medicine**, vol. 12, p. 345-352, 1950.
- HILSI, N. Validity of BDI in psychiatric patients (in Turkish). **Journal of Psychology**, vol. 21, p. 118-126, 1988.
- _____. Validity of BDI in university students (in Turkish). **Journal of Psychology**, vol. 23, p. 3-11, 1989.
- HOUSMAN, S. B. Psychosocial Aspects os Plastic Surgery. In: McCARTHY, J. G. (ed.). **Plastic Surgery: General Principles**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1990, Vol. 1, Capítulo 3, p. 113-138.
- HOVARDAOGLU, S. **The study of reability and validity of body cathexis scale**. 1990. Tese (Bacharelado), Ankara, Gazi University Institute of Social Science, 1990.
- HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R. Desenho da Figura Humana. In: CUNHA J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 507-512.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B5es_no_Brasil> Acesso em 20/05/2007.
- ISHIGOOKA, J.; IWAO, M.; SUZUKI, M.; FUKUYAMA, Y.; MURASAKI, M.; MIURA, S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, vol. 52, p. 283-287, 1998.

- JACKSON, L. A. Physical Attractiveness – A Sociocultural Perspective. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (ed.). **Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice**. New York (NY): The Guilford Press, 2002, Cap. 2, p. 13-21.
- JOINER JR., T. E. Does Breast Augmentation Confer Risk of or Protection From Suicide? **Aesthetic Surgery Journal**, September / October, p. 370-375, 2003.
- JOLLES, I. A study of the validity of some hypotheses for the qualitative interpretations of the HTP for children of elementary school age. I. Sexual Identifications. **Journal of Clinical Psychology**, vol. 8, p. 113-118, 1952.
- KARATAS, S. C. **Factors influencing life satisfaction**. 1988. Dissertação (Mestrado). Hacettepe University Institute of Social Sciences. Ankara, Turquia, 1988.
- KARON, B. P. The clinical interpretation of the Thematic Apperception Test, Rorschach, and other clinical data: A reexamination of statistical versus clinical prediction. **Professional Psychology: Research and Practice**, vol, 31, n° 2, p. 230-233, 2000.
- KLASSEN, A.; JENKINSON, C.; FITZPATRICK, R.; GOODACRE, T. Patient's health related quality of life before and after aesthetic surgery. **British Journal of Plastic Surgery**, vol. 49, p. 433-438, 1996.
- KOPPITZ, E. M. **El dibujo de la Figura Humana em los niños**. Buenos Aires: Guadalupe, 1984.
- LEITE, N. G. M. **Insatisfação com a Imagem Corporal em Mulheres Obesas e Não Obesas**. 1999. 70 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Psicologia. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1999.
- LEVY, S. Desenho projetivo da figura humana. In: HAMMER, E. F. (ed). **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. SP: Casa do Psicólogo, 1991, p. 61-85.
- LILIENFELD, S. O.; WOOD, J. M.; GARB, H. N. The scientific status of projective techniques. **Psychological Science in the Public Interest**, vol. 1, p. 27-66, 2000.

LINN, I.; GOLDMAN, I. B. Psychiatric observations concerning rhinoplasty. **Psychosomatic Medicine**, vol. 11, p. 307-315, 1949.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. L. **Testes Projetivos Gráficos** no Diagnóstico Psicológico. São Paulo: EPU, 1984.

MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure**: A method of personality investigation. Springfield: C. C. Thomas, 1949.

_____. Drawing of the Human Figure: a Method of Personality Investigation. In: ANDERSON, H.H.; ANDERSON, G.L. (orgs.) **An Introduction to Projective Techniques**. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1956, p 341-369.

MAGRINI, S. F. **A Dinâmica de Personalidade em Pacientes Submetidas a Cirurgia Plástica Redutora da Mama**. 2000. 184 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, s.n., 2000.

MEEHL, P. E. The dynamics of 'structured' personality tests. **Journal of Clinical Psychology**, vol. 1, p. 296-303, 1945.

MÉLEGA, M. P. Aspectos Psicológicos do Paciente em Cirurgia Plástica. In: MÉLEGA, J. M. (ed.) **Cirurgia Plástica - Fundamentos e Arte**: Princípios Gerais, Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Capítulo 22, p. 221-227.

MENDELSON, B.K.; WHITE D.R.; MENDELSON, M.J. **Manual for the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults**. Manuscrito não publicado, Concordia University, Montreal, 1997-98.

MENINGAUD, J-P.; BENADIBA, L.; SERVANT, J-M.; HERVE, C.; BERTRAND, J-C.; PELICIER, Y. Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: multicentre prospective study. **Journal of Cranio-Maxilofacial Surgery**, vol. 29, p. 177-180, 2001.

- MEYER, G. J.; KURTZ, J. E. Advancing personality assessment terminology: Time to retire 'Objective' and 'Projective' as personality test descriptors. Guidelines Editorial. **Journal of Personality Assessment**, vol. 87, n° 3, p. 223-225, 2006.
- MONTGOMERY, S. A.; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. **British Journal of Psychiatry**, vol. 134, p. 382-389, 1979.
- NAGLIERI, J. A.; MC NEISH, T.; BARDOS, A. **DAP:SPED – Draw-A-Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance**. Austin, Texas: Pro. Ed., 1991.
- NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, vol. 16, p. 134, 1961.
- NORONHA, A. P. P.; OLIVEIRA, A. F.; COBÊRO, C.; PAULA, L. M.; CANTALICE, L. M.; CASTRO GUERRA, P. B.; MARTINS, R. M. M.; FELIZATI, R. Instrumentos Psicológicos mais Conhecidos por Estudantes do Sul de Minas Gerais. **Avaliação Psicológica**, vol. 2, p. 151-158, 2002.
- NORONHA, A. P. P.; PRIMI, R.; ALCHIERI, J. C. Instrumentos de Avaliação mais Conhecidos / Utilizados por Psicólogos e Estudantes de Psicologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n° 3, p. 390-401, 2005.
- OFFMAN, H. J.; BRADLEY, S.J. Body Image of Children and Adolescents and Its Measurement: An Overview. **Canadian Journal of Psychiatry**, vol. 37, august, p. 417-422, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Código Internacional de Doenças: CID-10**. 10ª rev., 1998.
- ÖZGÜR, F.; TUNCALI, D.; GÜRSU, K. G. Life Satisfaction, Self-Esteem, and Body Image: A Psychosocial Evaluation of Aesthetic and Reconstructive Surgery Candidates. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 22, p. 412-419, 1998.

- PASIAN, S. R.; OKINO, E. T. K.; SAUR, A. M. Padrões normativos do desenho da figura humana em adultos. In: VAZ, C. E.; GRAEFF, R. L. (orgs.). **Técnicas Projetivas: Produtividade em Pesquisa**. III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos – Trabalhos Completos. 2004, p.59-66.
- PERES, R. S. O Desenho da Figura Humana de Machover aplicado em andarilhos de estrada. **Psicologia: Teoria e Prática**, vol. 4, nº 1, p. 81-92, 2002.
- PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Contribuições do Desenho da Figura Humana para a Avaliação da Imagem Corporal na Anorexia Nervosa. **Medicina, Ribeirão Preto**, vol. 39, nº 3, julho / setembro, p. 361-370, 2006.
- PITANGUY, I. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In: MELLO-FILHO, J. (org.). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992. Cap. 25, p. 264-272.
- PRUZINSKY, T; CASH, T.F. Understanding Body Image – Historical and Contemporary Perspectives. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (ed.). **Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice**. New York (NY): The Guilford Press, 2002, Cap. 1, p. 3-12.
- RIBEIRO, S.F.M.; 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 da Universidade de São Paulo**. São Paulo, vol. 47, número 6, p. 290-294, 1992.
- RIBEIRO, S. F. M.; FERREIRA, M. C.; TUMA JR., P.; JACQUEMIN, A.. Avaliação Psicológica Pré-Operatória de Pacientes Submetidas a Ritidoplastia. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo, vol. 50, p. 17-21, 1995, Suplemento Especial.
- ROBACK, H. Human Figure Drawings: Their utility in the clinical psychologist's armamentarium for personality assessment. **Psychological Bulletin**, vol. 70, nº 1, p. 1-19, 1968.

SARWER, D. B.; WADDEN, T. A.; PERTSCHUCK, M. J.; WHITAKER, L. A. The Psychology of Cosmetic Surgery: a Review and Reconceptualization. **Clinical Psychology Review**, Vol. 18, nº 1, pp. 1-22, 1998.

SAUR, A. M. **Imagem corporal: auto-satisfação e representação psíquica em Desenhos da Figura Humana**. 2007. 246p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SBCP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. Número De Cirurgias Plásticas Não Registra Aumento Em 2004. **SBPC**: Press Releases. Disponível em: <<http://www.cirurgiaplastica.org.br/publico/novidades02.cfm>>. Acesso em 14/05/2007.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: As energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SECORD, P. F.; JOURARD, S. M. The eating attitude scale tests. The appraisal of body cathexis. Body cathexis and the self. **Journal of Consulting Psychology**, vol. 17, p. 343-347, 1953.

SHAFER, A. B. Factor Analyses of Big Five Markers with the Comrey Personality Scales and the Howarth Personality Tests. **Personality and Individual Differences**, vol. 26, p. 857-872, 1999.

SISTO, F. F. **O desenho da Figura Humana – Escala Sisto**. São Paulo: Vetor, 2006.

SLADE, P. D. What is Body Image? **Behaviour Research and Therapy**, vol. 32, nº 5, p. 497-502, 1994.

SWENSEN, C.H. Empirical evaluations of Human Figure drawings. **Psychological Bulletin**, vol. 54, nº 6, p. 431-466, 1957.

- TANTLEFF-DUNN, S.; GOKEE, J. L. Interpersonal Influences on Body Image Development. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (ed.). **Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice**. New York (NY): The Guilford Press, 2002, Cap. 13, p. 108-116.
- TAVARES, M. Validade Clínica. **Psico-USF**, vol. 8, nº 2, julho / dezembro, p. 125-136, 2003.
- TIGGEMANN, M. Media Influences on Body Image Development. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (ed.). **Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice**. New York (NY): The Guilford Press, 2002, Cap. 11, p. 91-98.
- TOLEDO, L. S.; GIOVANNETTI, M. Lipoaspiração e Lipoenxertia nas Deformidades do Abdômen, Dorso e Flancos. In: MÉLEGA, J.M. (ed.). **Cirurgia Plástica – Fundamentos e Arte: Cirurgia Estética**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Capítulo 44, p. 629-638.
- TURAN, N.; TUFAN, B. **Coopersmith self-esteem inventory**. Apresentado no XIV National Psychiatry and Neurological Science Congress, Gülhane, Ankara, Turquia, 1988.
- VALLADARES, R.; MOHERDAUI, B.; JAGGI, M.; BRASIL, S. Mudança Radical. **Revista Veja**. São Paulo: Ed. Abril, 14 de julho, p 84-93, 2004.
- VARGEL, S.; ULUSAHIN, A. Psychopathology and Body Image in Cosmetic Surgery Patients. **Aesthetic Plastic Surgery**, vol. 25, p. 474-478, 2001.
- VILLEMOR-AMARAL, A. E.; PASQUALINI-CASADO, L. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. **Psico-USF**, vol. 11, n. 2, p. 185-193, jul./dez., 2006.
- WECHSLER, S. M. **O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras**. Campinas: Impressão Digital do Brasil, 3ª edição, 2003.
- ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.



APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar, como voluntária, da pesquisa “AUTO-IMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE NA BUSCA POR CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA”, realizada como atividade do Mestrado da psicóloga *Ana Beatriz Sante*, sob a orientação da Profª. Dra. Sonia Regina Pasian, no Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa será realizada com mulheres que aguardam atendimento no Ambulatório de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, e com mulheres que não querem fazer cirurgia plástica.

Esta pesquisa pretende estudar alguns sentimentos, idéias e características do jeito de ser das pessoas que querem fazer cirurgia plástica estética. Para entender essas características das pessoas, as voluntárias passarão por avaliação psicológica individual, de duração aproximada de uma hora e meia, realizando as seguintes atividades:

- responder a perguntas sobre história de vida e sobre tratamentos médicos;
- responder a perguntas sobre a maneira habitual de sentir e de pensar e sobre a satisfação com a própria aparência física;
- realizar desenhos.

Este estudo possui a finalidade de pesquisa, portanto, os dados obtidos serão utilizados em publicações científicas, sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

A pesquisa não oferece riscos relevantes à saúde, sendo que a pessoa precisará apenas dedicar seu tempo para realizar as atividades referidas, sem outras implicações. Como benefício essa pesquisa poderá trazer conhecimento sobre a dinâmica psicológica das mulheres que buscam por Cirurgia Plástica Estética.

Para as pessoas que desejarem, a pesquisadora se compromete a conversar sobre os dados coletados nessa avaliação psicológica individual, combinando uma data específica para essa atividade.

Diante dessas informações, declaro que:

- 1) estou aceitando voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- 2) se desejar, poderei deixar de participar do estudo a qualquer momento;
- 3) se não concordar em participar deste estudo ou interromper minha participação, minha possibilidade de ter outros atendimentos no serviço médico não será prejudicada.

Tendo clareza dessas informações, assino o presente termo, declarando meu consentimento livre e esclarecido para esta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200__.

Nome por extenso da participante

Assinatura da participante

Assinatura da Pesquisadora

- *Ana Beatriz Sante* – Psicóloga e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCLRP-USP).

- *Profª. Dra. Sonia Regina Pasian* – Docente do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

CONTATOS:

Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico – Departamento de Psicologia e Educação – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – Universidade de São Paulo.

- Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre – Ribeirão Preto (SP) – CEP: 14.040-901
- Fones: 3602.3821 / 3602.3785
- E-mail: a_sante@hotmail.com / srpasian@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO
PROTOCOLO AVALIATIVO DO DFH

(LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1984)

Foi estabelecida uma caracterização dos itens que compõem o protocolo avaliativo formulado por Lourenção Van Kolck (1984) com o intuito de alcançar uma precisão entre avaliadores mais acurada, diminuindo a margem de variações nas classificações. Esta lista também pode ser encontrada no trabalho de Saur (2007), que a utilizou nos casos de itens com certo nível de complexidade operacional ou com definição pouco clara na literatura, contornando eventuais dúvidas dos avaliadores sobre como considerá-los na representação gráfica da figura humana. Segue-se a definição considerada para a classificação de alguns desses itens.

I. Aspectos Gerais:

I.1) Posição da folha: Diz respeito à maneira com que o indivíduo utilizou a folha que lhe foi apresentada, ou seja, se a manteve na posição vertical ou se a virou, adotando a posição horizontal.

I.2) Localização na página: Indica onde predominantemente a figura foi desenhada tomando-se a folha como campo total de representação. Os quadrantes referem-se aos desenhos feitos nas bordas do papel, sendo o ‘Primeiro Quadrante’ o canto superior direito, ‘Segundo Quadrante’ o canto inferior direito e assim sucessivamente, adotando o sentido horário.

I.3) Tamanho em relação à folha: Indica a proporção que um desenho ocupa no todo que é a folha de papel. O desenho é considerado ‘muito pequeno’ quando ocupa aproximadamente de 1/64 a 1/128 da folha, ‘pequeno’ quando equivale de 1/16 a 1/32 da folha, ‘médio’ quando ocupa 1/3, 1/4, 1/6 ou 1/8; ‘grande’ quando ultrapassa metade da folha e ‘muito grande’ quando ocupa quase toda a folha. Para ajudar nessa classificação, Lourenção Van Kolck (1984) propôs um crivo de medidas montado em folha transparente.

I.4) Qualidade do Grafismo: Refere-se ao tipo de linha e traço utilizados na realização das figuras. O tipo de linha está associado à firmeza e pressão do traço, ou seja, uma linha ‘grossa’ corresponde a uma linha firme e feita com força (marcando o papel), uma linha ‘média’ corresponde a uma linha de intensidade média e a linha ‘fina’ corresponde à realizada em intensidade bem leve, quase apagada. Já o tipo de traço pode ser classificado como ‘contínuo’ quando sem interrupções, de ‘avanço e recuo’ quando feito com muitos traços, num movimento de vai-e-vem com o lápis, ‘interrompido’ quando fragmentado e ‘trêmulo’ quando com pequenas ondulações.

I.5) Resistências: Dizem respeito a rejeições sobre a tarefa, em intensidades diferentes:

- *Negação:* Diz respeito ao sujeito que, mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, negou-se a desenhar o solicitado, não completando a avaliação;
- *Resistência para desenhar:* Observação da dificuldade do sujeito ao desenhar, por exemplo por meio de comentários contrários à tarefa ou ao seu desempenho. Queixas iniciais são esperadas, então este item somente deve ser marcado quando as reclamações são insistentes e prejudicam a dinâmica da realização do desenho;
- *Não completamento da figura:* Significa que o sujeito começou a desenhar e, em determinado momento, “desistiu” e resolveu apresentar seu desenho como acabado, mesmo faltando elementos a serem desenhados;
- *Ausência de uma figura:* O indivíduo só fez um dos desenhos solicitados.

I.6) Tema:

- *Estereótipos:* São os desenhos “clichês”, como palhaços, múmias, feiticeiras, personagens de desenhos animados, caricaturas, etc.
- *Figura mais jovem / de idade aproximada / mais velha:* Figuras consideradas ‘mais jovens’ seriam aquelas com aparência infantil ou de adolescente, correspondendo a uma faixa etária de até 18 anos. De ‘idade aproximada’ seriam as figuras de adultos e as consideradas ‘mais velhas’ seriam a com imagem correspondendo a pessoas acima de 60 anos de idade.
- *Desenho pedagógico:* Feito com poucas linhas, de forma esquemática (“desenho palito”).

II) Aspectos formais:

II.8) Movimento: Para que seja considerada a presença de movimento no desenho é necessário uma representação acentuada e clara do mesmo (como, por exemplo, uma pessoa correndo e um “rastros” de vento desenhado).

II.9) Perspectiva: É considerado 'perfil-frente' quando alguma parte notável do corpo tenha sido desenhada de perfil concomitantemente a outra desenhada de frente. No caso do desenho todo estiver de frente e os pés de perfil, é considerado ainda assim um desenho 'todo de frente'.

II.10) Transparência: Ocorre quando a realidade visual não é alcançada, ou seja, quando partes do contorno do corpo podem ser vistas através da roupa.

II.11) Seqüência:

- *Normal:* Quando o desenho é iniciado da parte superior para a parte inferior do corpo, seguindo a seqüência do corpo humano (cabeça – pescoço – tronco – braços – pernas).
- *Invertida:* O desenho é realizado da parte inferior (pés) para a superior (cabeça).
- *Confusa:* Quando as partes do corpo são desenhadas em seqüência aparentemente aleatórias e alternadas, dando a impressão de confusão.
- *Bilateral, parcelada:* Quando desenha primeiro todo um lado do corpo e depois o outro.

II.13) Linha Mediana: Sua presença é marcada por alguma linha vertical visível ao longo do corpo, como se fosse um eixo de ajuda para desenhar o corpo.

II.14) Articulações: Foi considerada presente quando foi feita alguma 'dobra' e/ou linha angulosa nos locais correspondentes às articulações do corpo humano, como cotovelos, joelhos, pulsos, etc.

II.15) Anatomia interna: Sua presença foi entendida quando havia explicitação no desenho de órgãos, tecidos e/ou ossos do corpo humano.

II.16) Pormenores: São considerados os detalhes em volta da figura humana que não fazem parte da mesma (por exemplo, animais, plantas, elementos de paisagem, etc).

II.17) Complementos:

- *Linha no solo:* Um traçado logo abaixo dos pés da figura desenhada. Não deve ser considerada quando o indivíduo utiliza a margem do papel como apoio para o desenho.
- *Paisagem:* Corresponde à representação de uma situação paisagística, um contexto ambiental (por exemplo, uma pessoa na praia).
- *Outra figura:* Quando o indivíduo desenha duas figuras numa mesma folha de papel. Neste caso, a classificação é feita na melhor produção dentre os dois desenhos; se forem muito diferentes ou muito iguais, escolhe-se a primeira produção (primeiro desenho feito).
- *Apoio para figura:* Presença de um amparo externo. Classificado quando a pessoa está apoiada numa parede ou num poste, por exemplo.

II.19) Indicadores de conflitos:

- *Correções e retoques:* Consideradas em sua frequência e classificadas quando numerosas. O uso moderado da borracha também é indicativo de correção no desenho. É necessário recorrer à folha de registro da produção onde foram feitas as observações sobre esse comportamento.
- *Sombreamento:* É considerado sombreamento quando há um preenchimento mais acentuado em alguma parte da figura, tornando essa região mais escurecida em função do uso contínuo do lápis naquela região.
- *Borraduras:* Ocorre quando se usa exageradamente a borracha, deixando o papel e o desenho com o aspecto de “sujo”.

III) Aspectos de conteúdo:

III.22) Cabeça: O tamanho da cabeça é avaliado em função de sua proporção com o tronco. Dessa maneira, seguindo-se as proporções estabelecidas pelo próprio corpo humano, uma cabeça em tamanho ‘médio’ deve ser aquela levemente menor e menos larga do que o tronco desenhado pelo indivíduo. Cabeças ‘grande’ ou ‘muito grande’ ultrapassam os limites do tronco desenhado, enquanto ‘pequena’ ou ‘muito pequena’ configuram-se como bem menores do que o tronco.

III.23) Cabelos: Foi padronizado que cabelos ‘curtos’ seriam aqueles com comprimento acima da linha do ombro, cabelos ‘médios’ na altura do ombro e cabelos ‘longos’ abaixo da linha do ombro.

III.24) Rosto: Pinturas ou linhas extras correspondem à representações de covas, rugas, sardas ou pintas.

III.26) Olhos:

- *Sem pupila:* Foi considerado quando qualquer formato de olho desenhado (excluindo-se o formato circular) não apresentasse em seu meio uma “bolinha”, como se estivesse oco.
- *Só um círculo:* Refere-se ao desenho de um olho no formato circular e sem pupila.
- *Pupila sem a órbita:* Classificado quando o olho foi representado apenas por um ponto preenchido, sem nenhuma forma ao seu redor.
- *Fechado:* Foi considerado quando desenhado por uma linha horizontal apenas ou quando, mesmo em outro formato, indicasse claramente que as pálpebras não estivessem abertas.
- *Pestanas:* Foi considerada quando havia a representação de cílios também, não somente de pestanas.

III.28) Boca: O tamanho da boca sempre é avaliado em relação ao tamanho da cabeça, dos olhos e do nariz.

- *Boca para cima:* Representada na posição côncava, dando a impressão de que a figura está sorrindo.

- *Boca para baixo*: Representada na posição convexa, dando a impressão de que a figura está triste ou aborrecida.
- *Boca cerrada*: Geralmente representada por um traço reto horizontal, dando a impressão de que a figura está sisuda, emburrada.
- *Lábios*: Diferenciam-se da boca, pressupondo mais de um traço desenhado ao redor da mesma, configurando-se a porção “carnuda” dela (o que então vai definir se são finos, médios ou grossos).

III.30) Pescoço: O item pomo de adão refere-se ao popular “gogó”, protuberância de localização central no pescoço, típica de homens.

III.31) Tronco: Devido à dificuldade operacional em contextualizar o item “lacuna”, recomendou-se que este item não fosse utilizado nas avaliações.

III.35) Cintura:

- *Linha da cintura como um traço*: Classificada quando, para delimitar a divisão entre tronco e pernas, o sujeito desenhou uma linha horizontal no local da cintura.
- *Cinto comum*: Sem muitos adereços, o cinto foi representado como delimitador da divisão entre tronco e pernas.

III.39) Braços:

- *Estendidos para o ambiente*: Quando representados ligeiramente abertos em relação à linha do tronco.
- *Pendentes ao longo do corpo*: Quando representados mais paralelos à linha do tronco, voltados no sentido longitudinal.

III.41) Dedos:

- *Sem a palma da mão*: Classificado quando o desenho dos dedos foi feito imediatamente após a extremidade distal do braço, dando a impressão de que não existia a mão propriamente dita.
- *Dedos palito*: Desenhados em um só traço.
- *Dedos pontudos*: Representados com as extremidades afinadas.
- *Dedos em garra*: Tais como os ‘dedos pontudos’, porém geralmente representados curvados, mais sugestivos de aspectos agressivos e amedrontadores.

III. 43) Pés:

- *Sapato com detalhes:* Considerado quando representado com saltos, fivelas, cadarços ou outros adereços.

III. 44) Roupas:

- *Traje comum completo:* Representação de pelo menos duas peças principais do corpo da figura, cobrindo o tronco e as pernas. No caso de vestidos, estes também eram assinalados nesta categoria a menos que fossem ‘decotados’ (sugerindo sensualidade) ou longos, cheios de detalhes (sugerindo um traje de noite), já que estes possuíam categorias específicas para cada um deles.
- *Traje comum incompleto:* Representação de apenas uma peça de roupa desenhada (por exemplo, só uma blusa ou só uma saia), sem poder afirmar se houve representação de outra peça de roupa.
- *Ausência parcial de roupa:* Classificada quando claramente foi ilustrado o desenho de uma peça de roupa junto a uma intencional ausência de roupa em outra parte do corpo (por exemplo, o desenho de um homem de *shorts* sem a representação de uma blusa, aparecendo os músculos do peitoral).
- *Ausência total de roupa:* Assinalada quando a figura foi representada totalmente nua.

**APÊNDICE C – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL**

Nome: _____ IMC: _____ Data de Aplicação: ___/___/___

Fator 1: Avaliação e/ou grau de satisfação com a própria aparência

Fator 2: Preocupação com o peso

Fator 1			
Questões	Pontos Brutos	Questões	Pontos Invertidos
1		5	
2		7	
4		8	
9		13	
10		20	
11		<i>Sub-Total</i>	
15			
16			
17			
19			
23			
24			
25			
<i>Sub-Total</i>			

Fator 2			
Questões	Pontos Brutos	Questões	Pontos Invertidos
6		3	
12		14	
<i>Sub-Total</i>		18	
		21	
		22	
		<i>Sub-Total</i>	

Total Fator 2 = _____

Total Fator 1 = _____

Médias e desvios padrões nas subescalas de imagem corporal dos indivíduos classificados como obesos e não obesos pelo IMC (FERREIRA; LEITE, 2002):

Escala	Obesos (IMC > 30)		Não Obesos (IMC < 30)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Fator 1	47,9	16,7	66,2	12,0	6,92	<0,001
Fator 2	14,5	4,7	24,6	7,0	8,78	<0,001

Resultados / Avaliação:

Fator 1:

Fator 2:

APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

RESPOSTAS SOBRE DESEJO / BUSCA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA

“Tem desejo de realizar Cirurgia Plástica Estética? Se sim – Motivos:”

Participante	Resposta
G1-L01	Estética, sentir mais bonita. (?) Lipo.
G1-L02	Satisfação pessoal.
G1-L03	Estética. (?) Perda de peso, perfil melhor.
G1-L04	Para mim, para revisar uma coisa minha, para melhorar para mim mesmo. Vou fazer lipo no culote, um pouco no joelho, eu disse que queria a barriga e ele brincou para ir na Psiquiatria. E mais para frente pretendo colocar silicone.
G1-L05	Tirar papada do queixo. É uma característica do meu pai, que eu herdei. Quando eu era magrinha não aparecia, mas depois fui engordando e ele foi inchando e aparecendo, eu acho feio.
G1-L06	Tenho culote e eu detesto, vou comprar calça jeans e nenhuma serve, e eu detesto! Eu gosto de uma calça e não posso comprá-la. Já tentei fazer dieta, mas nada. Não entra nenhuma calça na minha perna, é muito grossa, então gostaria de tirar. Ele falou que uma lipo ia resolver, nem era cirúrgico.
G1-L07	Plástica na barriga, eu já tive lá, fui analisada e eles me pediram para fazer RPG. Eu fiz, fiquei esperando, no meio do caminho tive outro filho, então foi bom eu não ter feito. Ainda tenho vontade de fazer plástica. Falaram que não ia ser plástica, ia ser uma mini-plástica.
G1-L08	Tenho uma cicatriz que eu gostaria de retirar, e também tenho vontade de retirar os culotes. (?) O que enche mais meu saco é a cicatriz, então aproveitando queria arrancar o culote. (?) A uma cirurgia de apêndice, e não ficou direito e teria que fazer mesmo.
G1-L09	Eu queria tirar culote, na época eu tinha feito uma dieta e tava bem, mas agora eu tive neném de novo... Reduzir culote e abdômen.
G1-L10	Eu procurei mais, é o culote que me incomoda, é lipo de culote. Mas também vai fazer um pouquinho na parte inferior do abdômen. Mas é mesmo o culote, já fiz ginástica, hidroginástica, caminhada e massagens, e nada adiantou, mas não tirou a gordura localizada. Mas não tenho desejo de cortar a barriga, não, seria só em último caso.
G1-L11	Por trabalhar com música, na noite, as gordurinhas laterais não saem de jeito nenhum, então... para usar roupa de palco, que é mais cavada, precisar estar tudo OK.
G1-L12	Lipo. Abomino os pneuzinhos, eu olho para quadril que não tem pneu e fico péssima. Mas tem o risco da pele não aderir, então tenho que pensar se é lipo ou se vai precisar de cirurgia mesmo. Se me manter magra, talvez eu não encare porque eles também avisaram que talvez não fique tão bom.
G1-L13	Nunca fui satisfeita com meu corpo. Para culote, parte interna e externa. A época da vida que eu fiquei mais gorda é agora, mas desde pequena eu tinha perna grossa e não gostava. Antes eu já tive tratamento estético de massoterapia, mesoterapia, etc., eletrolipoforese, drenagem... Mas já paguei médico endocrinologista para me dar remédio e fazia ginástica, tudo isso quando estava magra, e nunca estava satisfeita. Fazia isso escondido da família, e se eu fosse pagar cirurgião ou a cirurgia eles iam ficar sabendo. Agora que eu não tenho mais eles me vigiando, consegui ficar na fila do HC.
G1-L14	Lipoaspiração de bumbum e perna, e tenho vontade de tirar essas bochechas. (?) A bochecha porque vai ficando caidinho, incomoda um pouquinho. E o biquíni, devido a esses nódulos muito acentuados que eu tenho, tenho vergonha de colocar biquíni.
G1-L15	Quando procurei o HC, pedi para fazer a lipo no abdômen e no culote. (?) Primeiro porque me incomoda o meu culote, hoje em dia ele já diminuiu um pouco porque faço de tudo: caminho, faço sessão de drenagem linfática, tudo... E a barriguinha, porque não sai de jeito nenhum. Eu tinha 109 de quadril e agora estou com 106, diminuiu um pouco, e acho ainda muito desproporcional, porque em cima eu sou fininha.
G1-L16	Vou fazer lipo. Sempre pratiquei muita atividade física, e depois que entrei no hospital, acumulou mestrado, consultório, passei a realizar muitas atividades sentadas, sedentária, mesmo, e acumulou gordura em locais que não estou conseguindo perder.
G1-L17	Reduzir quadril e aqui atrás, é a única coisa que eu queria é isso. (?) Por incomodar, mesmo.
G1-M01	Prótese de mama, vontade por ter pouco seio. Não uso biquíni perto dos outros, tenho vergonha. Minhas irmãs têm seio e eu nasci com pouquinho, não saio sem sutiã “turbinado”.

G1-M02	Seios pequenos. Acho meus seios muito pequenos e queria aumentá-los. Sou a ovelha negra da família. (Pq?) Porque todas na minha família têm os seios bem fartos e eu fiquei na miséria.
G1-M03	Colocar silicone, questão de estética. Vou colocar roupa, acho que não fica legal, que poderia ser maior. A gente sempre quer melhorar mais e mais...
G1-M04	Pôr silicone.
G1-M05	Colocar silicone, porque não tenho peito.
G1-M06	Pôr silicone, é horrível não ter peito.
G1-M07	Prótese no seio, mis estético mesmo. Eu tive dois filhos e amamentei, então eles ficaram flácidos.
G1-M08	Para melhorar um pouco a aparência, mamoplastia adicional.
G1-M09	Mamoplastia de aumento, por estética, mesmo.
G1-M10	Colocar prótese, agora não tem mais nada, acabou tudo depois da gravidez. (?) Motivo estético, mesmo.
G1-M11	Melhora estética, mesmo. (?) Prótese de mama.
G1-M12	Prótese de mama, para acabar com minha dor de cabeça de roupa, não acho roupa, é muito difícil. Quando resolvi, eu tinha ido comprar um biquíni e fiquei duas horas escolhendo um que me servisse. Minha mãe brincou: “põe silicone”, e então eu fui atrás.
G1-M13	É mais estética, de colocação de silicone nos seios. (?) É mais estética, mesmo, vê que tá faltando, não tenho.
G1-M14	Tô buscando o aumento da mama por colocação de prótese. (Pq?) Eu acho que é de satisfazer o ego, é para mim, eu me sentiria melhor. Eu me olho no espelho e acho que falta. É para se sentir mais bonita, aquela sensação de poder.
G1-M15	Quero colocar prótese de silicone. (?) Depois de amamentar, a gente fica toda decaída, é para melhorar, mesmo.
G1-LM01	Pós-amamentação, depois de ter duas filhas ficou flácido, com excesso de pele.
G1-LM02	Agora, pós-gestação, eu sempre quis, tenho o sonho de colocar silicone, pois eu sempre tive vontade por meu seio ser pequeno, e ainda mais agora depois da gestação e amamentação, ele ficou menor e mais flácido. Lipo acho que não, mas é mais colocar silicone. Nem foi por moda, sempre quis, desde que vi que o seio não ia mais crescer. O médico que indicou lipo.
G1-LM03	É uma coisa que me incomoda, tem roupa que não dá para usar. Hoje em dia você vai na balada, antigamente ninguém tinha peito, mas hoje em dia todo mundo tem, e você fica parecendo “anormal”. Colocar prótese e tirar pneuzinhos por lipo.
G1-LM04	Manter a forma, preocupação com a forma, esta preocupação fútil, mesmo, e para ficar bem psicologicamente também, é uma questão médica que também me fará ficar bem comigo mesma. (?) Cirurgia de mama, prótese no seio, e lipoaspiração, que eu ainda não decidi se eu vou fazer, se fizer vai ser tudo junto. (?) Medo da anestesia geral, também fiquei sabendo que tem risco de embolia cerebral, conheço gente que morreu voltando para casa, depois de tudo ter dado certo. Então eu questiono se vale a pena correr este risco.
G1-LM05	Duas cirurgias, a primeira é silicone, para aumentar a mama, porque eu sempre quis, pois em casa minha mãe tem grande mas eu e minha irmã saímos com seios pequenos, não sei o que aconteceu. Não é nada que eu sinta vergonha para tirar a roupa, nem nada, mas eu sempre quis. E a outra é a barriga, gordura localizada. Não é outra coisa que me incomoda muito, mas talvez incomode mais que as mamas. Eu sei que sou magra, não me acho gorda, nem nada. É a mesma coisa em casa, minha mãe tem um biótipo e minha avó tem outro, e eu puxei para minha avó. Desde pequena ela me colocava para fazer abdominal para não ter a mesma barriga que ela, que vai formando uma gordura localizada embaixo do umbigo, que vai ficando feio com o tempo. Minha mãe não quer que eu faça, mas eu nunca gostei.
G2-01	Só parte estética, pôr silicone no seio. É muito pequeno, só para dar mais volume.
G2-02	É mais para coisas que me incomodam há um tempo, por exemplo bolsa debaixo dos olhos, mas não é para agora, mas vai chegar um momento que vou fazer. Outro que tenho vontade mas não sei se tenho coragem, é o de aumentar o bumbum.
G2-04	Vaidade, mesmo. (?) Eu fiz uma cirurgia o ano passado, eu retirei o útero, e a cicatriz não ficou muito como eu gostaria. Ficou como uma papadinha mais em cima, então se um dia eu puder tirar, eu tiro.
G2-05	Orelha, gostaria de mudar, mas não é nada urgente, nada que me incomode. (?) Eu tenho vontade de fazer também do nariz, mas não é estética. Tem médico que me fala que tem que fazer e outros, não. (?) Desvio de septo.
G2-14	Na barriga, por causa da gravidez, mas não é algo que seja... se eu conseguisse gratuitamente, eu faria, mas nunca faria, disporia de dinheiro para fazer uma plástica.

G2-20	Gostaria de tirar a barriga, para me sentir bem comigo mesma. Mas não sei se teria coragem. Que ótimo seria fazer redução de estômago...
G2-26	Da mama, aumento. (?) Aparência, melhorar a aparência, das roupas não ficarem tão... dá mais feminilidade...
G2-27	Mais para mudar minha auto-estima mesmo. É abdômen e mento (?) Cirurgia plástica, mesmo.
G2-31	Pálpebra caída. (?) De uma forma geral, a gente vai envelhecendo, a fisionomia vai ficando mais... velha, vai ficando... sei lá, dá aparência de tristeza, vai caindo, mesmo.
G2-34	Abdômen. (?) Queria tirar as gordurinhas.
G2-36	Eu queria fazer no nariz, tirar osso. (?) Pra cirurgia? Porque eu acho que fica feio no rosto, eu queria um nariz mais delicado, mas puxei pro meu pai.
G2-38	Se eu tiver um dia dinheiro e saúde, sim, numa boa. (?) Eu acho mesmo que é estética, o nosso corpo muda com o passar do tempo, mas não tenho desejo nem de aumentar nem de tirar não. (?) Por exemplo, se eu fosse para tirar, bumbum, peito, colocar isso aí. (?) No momento, no nariz, são tantas, bem, mas o objetivo depende do que você pode fazer no momento, porque plástica não tem um preço acessível.
G2-40	Queria fazer lipo, barriga, coxas. (?) Para melhorar o corpo, deixar do jeito que eu quero.

G1 = Grupo Clínico

G2 = Grupo Comparação

L = Lipoaspiração

M = Mamoplastia de aumento



ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 14 de setembro de 2005

Ofício nº 2567/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“AUTO-IMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE NA BUSCA POR CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 210ª Reunião Ordinária realizada em 12/09/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8649/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANA BEATRIZ SANTE
PROFª DRª SONIA REGINA PASIAN(Orientadora)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP
Depto. de Psicologia e Educação
Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico-CPP
Em mãos

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA¹²

Protocolo n°: _____ **Data:** ____ / ____ / ____ **Tempo Total:** _____

1) Nome Completo: _____

2) Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 3) Idade: _____

4) Local de Nascimento: _____

5) Residência: _____

6) Estado Civil: _____ 7) Ocupação: _____

8) Nível de Escolaridade:

() Básico (até 4ª série)

() Fundamental (até 8ª série)

() Ensino Médio

() Universitário

() Incompleto

() Completo

9) Religião: _____

10) Consultas de Cirurgia Plástica anteriores? Não () Sim ()

Se sim:

a) Quando? _____

b) Por quê? _____

11) (Ainda) Tem desejo de realizar Cirurgia Plástica Estética? Não () Sim ()

Se sim:

a) Motivos: _____

b) Está, atualmente, buscando atendimento ou tomando providências para realizar cirurgia plástica estética? Não () Sim ()

Se sim:

a) Quais providências? _____

b) Onde? _____

12) Consultas e tratamentos de Psicologia ou Psiquiatria anteriores? Não () Sim ()

Se sim:

a) Quando? _____

b) Por quê? _____

c) Conseqüências _____

13) Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

¹² Adaptado de Özgür *et al.* (1998) e Mélega (2002).

ANEXO C – AVALIAÇÃO DO NÍVEL ECONÔMICO

Critério de Classificação Econômica Brasil¹³

Protocolo nº: _____

Data: ____ / ____ / ____

Sistema de Pontos

Posse de itens

	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30 – 34	1
A2	25 – 29	5
B1	21 – 24	9
B2	17 – 20	14
C	11 – 16	36
D	6 – 10	31
E	0 – 5	4

Total de Pontos: _____ **Classe:** _____

¹³ ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – www.abep.org.br. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 – IBOPE.

ANEXO D – INQUÉRITO ABREVIADO¹⁴
DESENHO DA FIGURA HUMANA (TÉCNICA DE MACHOVER)

Protocolo n^o: _____

Data: ____ / ____ / ____

I. Primeira Figura:

- 1) Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

- 2) Qual a sua idade?

- 3) Está triste ou alegre? Por quê?

- 4) O que mais deseja e o que mais detesta?

II. Segunda Figura:

- 1) Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

- 2) Qual a sua idade?

- 3) Está triste ou alegre? Por quê?

- 4) O que mais deseja e o que mais detesta?

¹⁴ Baseado em Lourenção Van Kolck (1984).

**ANEXO E – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO
DESENHO DA FIGURA HUMANA – TÉCNICA DE MACHOVER¹⁵**

Protocolo n^o: _____

Data da Aplicação: _____

Aspectos a analisar	Figuras		Observação/Interpretação
	Primeira	Segunda	
D) Aspectos gerais dos desenhos			
I.1 Posição da Folha:			
1) Vertical			
2) Horizontal			
I.2 Localização na página:			
1) Centro			
2) 1 ^o quadrante			
3) 2 ^o quadrante			
4) 3 ^o quadrante			
5) 4 ^o quadrante			
6) Metade superior			
7) Metade inferior			
8) Metade direita			
9) Metade esquerda			
10) Figura em diagonal			
I.3 Tamanho em relação à folha:			
1) Muito grande			
2) Grande			
3) Médio			
4) Pequeno			
5) Muito pequeno			
I.4 Qualidades do grafismo:			
1) Linha grossa			
2) Linha média			
3) Linha fina			
4) Traço contínuo			
5) Traço avanço-recuo			
6) Interrompido			
7) Trêmulo			
I.5 Resistências:			
1) Negação			
2) Resistência para desenhar			
3) Não completamento da figura			
4) Ausência de uma figura			
II) Aspectos formais do desenho da figura humana			
II.6 Tema:			
1) Estereótipo			
2) Figura mais jovem			
3) Figura de idade aproximada			
4) Figura mais velha			
5) Desenho pedagógico			

¹⁵ Adaptado de Lourenção Van Kolck (1984).

II.7 Postura:			
1) Em pé			
2) Sentada			
3) Outra			
II.8 Movimento:			
1) Estática			
2) Em movimento			
II.9 Perspectiva:			
1) Toda de perfil			
2) Perfil-frente (em partes da figura)			
3) Toda de frente			
4) Toda de costas			
5) Erros sérios no perfil do rosto			
II.10 Transparências:			
1) Presença			
2) Ausência			
II.11 Seqüência:			
1) Normal			
2) Invertida			
3) Confusa			
4) Bilateral, parcelada			
5) Interrupções p/ insistir em determinada área			
II.12 Simetria:			
1) Normal			
2) Exagerada			
3) Com distúrbios			
II.13 Linha mediana:			
1) Presença			
2) Ausência			
II.14 Articulações:			
1) Presença			
2) Ausência			
II.15 Anatomia Interna:			
1) Presença			
2) Ausência			
II.16 Pormenores:			
1) Abundância			
2) Presença moderada			
3) Ausência			
II.17 Complementos:			
1) Presença de linha no solo			
2) Ausência de linha no solo			
3) Paisagem			
4) Outra figura			
5) Apoio para a figura			
6) Dizeres, versos, rabiscos sem significado, formas impróprias junto a figura.			
II.18 Proporções:			
1) Certa harmonia			
2) Ausência de proporções			
3) Proporção exageradamente cuidada			

II.19 Indicadores de conflitos:			
1) Correções e retoques			
2) Sombreamento			
3) Borraduras			
4) Omissões			
II.20 Ordem das figuras:			
1) Próprio sexo			
2) Sexo Oposto			
II.21 Tratamento diferencial:			
1) Figura maior e mais elaborada			
2) Figura menor e menos elaborada			
3) Caso misto			
II9) Aspectos do conteúdo			
III.22 Cabeça:			
1) Muito grande			
2) Grande			
3) Média ou normal			
4) Pequena			
5) Muito pequena			
III.23 Cabelos:			
1) Ausência			
2) Compridos			
3) Médios			
4) Curtos			
5) Abundantes			
6) Normal quanto à quantidade			
7) Escassos			
8) Bem cuidados			
9) Desordenados			
10) Destacados da cabeça			
11) Sombreamento			
III.24 Rosto:			
1) Pintura ou linhas extras			
2) Sombreamento no interior			
3) Sombreamento no contorno			
4) Queixo bem pronunciado			
5) Omissão dos traços fisionômicos			
6) Acentuação dos mesmos			
III.25 Bigode e barba:			
1) Presença de bigode			
2) Presença de barba			
III.26 Olhos:			
1) Grandes			
2) Médios			
3) Pequenos			
4) Fechados			
5) Sem pupila			
6) Pestanas			
7) Sobrancelha			
8) Só um círculo			
9) Pupila sem a órbita			
10) Sombreamento no contorno ou no interior			
11) Omissão			

III.27 Nariz:			
1) Grande			
2) Médio			
3) Pequeno			
4) De perfil em cabeça de frente			
5) Em um só traço			
6) Narinas em lugar do nariz			
7) Narinas em ênfase			
8) Borradura no contorno ou no interior			
9) Omissão			
III.28 Boca:			
1) Grande			
2) Média			
3) Pequena			
4) Para cima			
5) Para baixo			
6) Cerrada			
7) Dentes			
8) Lábios grossos			
9) Lábios médios			
10) Lábios finos			
11) Lábios em arco de cupido			
12) Língua, palito, cigarro etc			
13) Sombreamento ou borradura no contorno ou interior			
14) Omissão			
III.29 Orelha:			
1) Grande			
2) Média			
3) Pequena			
4) Brincos			
5) Bem detalhada			
6) Distorção na forma			
7) Sombreamento no contorno ou no interior			
8) Sob os cabelos			
9) Omissão simples			
III.30 Pescoço			
1) Comprido			
2) Médio			
3) Curto			
4) Delgado ou fino			
5) Médio na grossura			
6) Grosso			
7) Colar ou outra jóia			
8) Linha cortando-o			
9) Pomo de Adão			
10) Decote em V			
11) Distorção na forma			
12) Contorno duplo			
13) Sombreamento no contorno ou no interior			
14) Omissão			

III.31 Tronco:			
1) Formato normal			
2) Oval ou elíptico			
3) Redondo			
4) Retangular e/ou quadrangular			
5) Triangular e/ou trapézio			
6) Duplo trapézio			
7) Distorção na forma			
8) Linhas arredondadas			
9) Linhas angulosas			
10) Lacuna			
11) Só da cintura para cima			
12) Omissão			
III.32 Tórax:			
1) Grande			
2) Pequeno			
3) Pêlos			
4) Sombreamento			
5) Contorno duplo			
III.33 Ombros			
1) Grandes			
2) Proporcionados			
3) Pequenos			
4) Sombreamento			
III.34 Seios:			
1) De frente			
2) De perfil			
3) Mamilo			
4) Sombreamento			
5) Pequenos			
6) Grandes			
7) Apenas assinalados			
III.35 Cintura:			
1) Grande			
2) Proporcionada			
3) Pequena ou apertada			
4) Sombreamento			
5) Linha da cintura como um traço			
6) Cinto comum			
III.36 Cadeiras e Nádegas:			
1) Grandes			
2) Proporcionadas			
3) Pequenas			
4) Sombreamento			
III.37 Zona Genital:			
1) Genitais assinalados			
2) Genitais representados			
3) Sombreamento na região			
III.38 Abdômen:			
1) Sombreamento no interior			

III.39 Braços:			
1) Longos			
2) Médios			
3) Curtos			
4) Finos			
5) Médios na grossura			
6) Grossos			
7) Estendidos para o ambiente			
8) Voltados para trás do corpo			
9) Voltados para a frente			
10) Um para trás outro para a frente			
11) Pendentes ao longo do corpo			
12) Flexionados para cima			
13) Um para cima outro para baixo			
14) Traçado em uma linha apenas			
15) Cruzados no peito			
16) Na horizontal, em ângulo reto			
17) Cortados			
18) Mão na cintura			
19) Sombreamento ou borradura			
20) Omissão			
III.40 Mãos:			
1) Grandes			
2) Médias			
3) Pequenas			
4) Luvas			
5) Sombreamento no contorno ou interior			
6) Atrás das costas			
7) Nos bolsos			
8) Atrás de objetos			
9) Omissão simples			
III.41 Dedos:			
1) Sem a palma da mão			
2) Encerrados por uma linha			
3) Como palitos			
4) Como garras			
5) Em pétala			
6) Compridos			
7) Pontudos			
8) Arredondados			
9) Cuidadosamente articulados			
10) Mutilados			
11) Em maior número			
12) Em menor número			
13) Punho cerrado			
14) Unhas			
15) Sombreamento			
III.42 Pernas:			
1) Longas			
2) Médias			
3) Curtas			
4) Finas			

5) Médias na grossura			
6) Grossas			
7) Em uma linha só			
8) Sombreamento no interior ou no contorno			
9) Ocultas em traje de noite			
10) Ausentes ou incompletas por não dar o papel			
11) Omissão simples			
III.43 Pés:			
1) Grandes			
2) Médios			
3) Pequenos			
4) Distorção na forma			
5) Sombreamento no contorno ou interior			
6) Dedos			
7) Omissão por não dar o papel			
8) Omissão simples			
9) Sapato com detalhes			
10) Sapato sem detalhes			
11) Sapatos com sombreamento ou borradura			
III.44 Roupa:			
1) Traje de noite			
2) Traje de praia ou esporte			
3) Comum incompleto			
4) Comum completo			
5) Vestido decotado			
6) Uniforme ou fantasia			
7) Meia			
8) Bolsos			
9) Botões			
10) Gravata			
11) Calça com vinco			
12) Calça com vistas			
13) Sombreamento ou borradura no contorno da roupa			
14) Sombreamento da blusa, camisa ou paletó			
15) Sombreamento da saia ou calça			
16) Sombreamento da barra da saia ou calça			
17) Ausência			
18) Ausência parcial			
19) Roupa interior			
III.45 Acessórios:			
1) Chapéu			
2) Chapéu muito grande			
3) Chapéu na ausência de outra peça			
4) Cigarro ou cachimbo			
5) Revólver			
6) Bengala ou guarda-chuva			
7) Adornos			
8) Objetos na mão			
9) Acentuação dos acessórios em detrimento do essencial da roupa			

ANEXO F – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL
(FERREIRA; LEITE, 2002)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL (FERREIRA; LEITE, 2002)

Este questionário contém uma série de afirmativas sobre como as pessoas pensam, sentem ou se comportam. Você será solicitada a indicar a extensão em que cada uma das afirmativas se refere a você, pessoalmente. Leia cada uma das afirmativas cuidadosamente e decida o quanto ela está de acordo com você. Use a escala abaixo para dar suas respostas, marcando um **X** no número que melhor expressa sua opinião sobre cada uma das afirmativas.

Exemplo:	1	2	3	4	5
Eu frequentemente estou de bom humor	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

Se você discordar totalmente da afirmação deve marcar o 1 e se concordar totalmente, deve marcar o 5. Os outros números devem ser usados para os julgamentos intermediários. Não há respostas certas nem erradas, e assim, você apenas deve dar aquela resposta que mais se adapte a você. Responda sinceramente a todos os itens.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Não discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

1 - Gosto do modo como apareço nas fotografias	1	2	3	4	5
2 - Tenho uma aparência tão boa quanto a maioria das pessoas	1	2	3	4	5
3 - Estou tentando mudar meu peso	1	2	3	4	5
4 - Gosto do que vejo quando me olho no espelho	1	2	3	4	5
5 - Se eu pudesse, mudaria muitas coisas na minha aparência	1	2	3	4	5
6 - Estou satisfeita com meu peso	1	2	3	4	5
7 - Gostaria que minha aparência fosse melhor	1	2	3	4	5
8 - Gostaria de ter uma aparência semelhante a de outras pessoas	1	2	3	4	5
9 - Pessoas da minha idade gostam da minha aparência	1	2	3	4	5
10 - As outras pessoas acham que eu tenho boa aparência	1	2	3	4	5

Continua ⇒

1	2	3	4	5			
Discordo totalmente	Discordo em parte	Não discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente			
11 - Sinto-me feliz com minha aparência			1	2	3	4	5
12 - Sinto que meu peso está na medida certa para minha altura			1	2	3	4	5
13 - Sinto vergonha da minha aparência			1	2	3	4	5
14 - Estar acima do meu peso me deprime			1	2	3	4	5
15 - Minha aparência contribui para que eu seja paquerada			1	2	3	4	5
16 - Acho que eu tenho um corpo bom			1	2	3	4	5
17 - Sinto-me tão bonita quanto eu gostaria de ser			1	2	3	4	5
18 - Estou sempre preocupada com o fato de poder estar gorda			1	2	3	4	5
19 - Tenho orgulho do meu corpo			1	2	3	4	5
20 - Sou uma pessoa sem atrativos físicos			1	2	3	4	5
21 - Estou fazendo dieta atualmente			1	2	3	4	5
22 - Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais			1	2	3	4	5
23 - Meu corpo é sexualmente atraente			1	2	3	4	5
24 - Gosto de minha aparência quando me olho sem roupa			1	2	3	4	5
25 - Gosto da maneira que as roupas caem em mim			1	2	3	4	5

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)