

Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas

Rui Maia Diamantino
(Organizador)



 **Atena**
Editora

Ano 2019

Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas

Rui Maia Diamantino
(Organizador)



 **Atena**
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C749	Conhecimento e diversidade em psicologia [recurso eletrônico] : abordagens teóricas e empíricas / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF. Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-732-1 DOI 10.22533/at.ed.321192319 1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. I. Diamantino, Rui Maia. CDD 150
Elaborado por Maurício Amormino Júnior CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Esta publicação apresenta a diversidade da Psicologia não somente quanto ao objeto de interesses de pesquisa como, também, nas abordagens que embasam as investigações. Nesse sentido, a filosofia heideggeriana comparece com colaborações diversas tais como a filosofia em si e as questões contemporâneas articuladas ao âmbito do trabalho nas organizações. Quanto a estas, a discussão sobre o diagnóstico organizacional, presente em um dos estudos, faz o contraponto com o olhar fenomenológico, enriquecendo a discussão sobre a natureza do trabalho.

Verifica-se, também, a busca de embasamento em Piaget e Kohlberg, cada qual na sua perspectiva em torno do desenvolvimento moral. Visa-se, com isso, discutir aspectos da educação, sendo que, de Piaget e seus princípios da formação do pensamento, propõe-se uma discussão sobre o objeto abstrato da matemática.

A avaliação psicológica também é tratada aqui no campo do comportamento da estética cirúrgica buscando uma interface com a Medicina, qual seja, os aspectos psicológicos que estão implicados nos processos de mudanças da imagem corporal e a necessidade de avaliação prévia e *a posteriori* dos possíveis efeitos dos procedimentos cirúrgicos. Esse é um tema bastante atual e que abrange uma esfera multidisciplinar.

O estudo da infância e das políticas públicas também comparecem neste volume, propondo contribuições para a sociedade e a cidadania desde os anos iniciais dos indivíduos, centradas na importância do brincar (que é coisa muito séria na Psicologia). A Psicologia na educação é aqui considerada como capaz de produzir potência nos ambientes onde se processa o aprendizado, respeitando a condição da criança em seu desenvolvimento físico e mental.

A atuação hospitalar, vista como meio de atendimento humanizado e não apenas centrada no modelo biomédico, ou seja, visando os sintomas do corpo como indicativo de adoecimento, é discutida sob o ponto de vista de duas experiências que mostram a importância da subjetividade no campo do acolhimento em saúde. Em ambos os relatos, o atendimento hospitalar vai além do ponto de vista fisiológico da demanda hospitalar para focar as lentes sobre o sujeito que sofre, sobretudo psiquicamente.

Finalmente, destaca-se a contribuição sobre o conceito e a representação em ciência por estudantes que iniciam sua vida universitária, experiência colhida na Universidade de Buenos Aires. Trata-se de uma substancial discussão que traz aportes diversos e cotejos de caráter epistemológico a partir da questão sobre o que afinal, é ciência.

Com esta diversidade de temas, reafirma-se o caráter amplo da Psicologia, sua abrangência de saberes e práticas. Que essa diversidade possa ser de proveito ao leitor e à leitora deste volume.

Bons estudos, boa leitura!

Rui Maia Diamantino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPREENSÕES SOBRE O INFINITO MATEMÁTICO	
Cristina Cavalli Bertolucci	
DOI 10.22533/at.ed.3211923191	
CAPÍTULO 2	14
DEL CAMBIO CONCEPTUAL A LA RE-ESTRUCTURACIÓN REPRESENTACIONAL: ESTUDIO DE CASO A PARTIR DE LA NOCIÓN DE CIENCIA QUE POSEEN LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	
Mariela Genovesi	
DOI 10.22533/at.ed.3211923192	
CAPÍTULO 3	29
EXISTÊNCIA E FINITUDE DA MORTE COMO HORIZONTE DE SINGULARIZAÇÃO À TÉCNICA COMO FIM DO TEMPO	
Paulo Victor Rodrigues da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3211923193	
CAPÍTULO 4	36
A PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA E A DES-MEDIDA DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE	
Elina Eunice Montechiari Pietrani	
DOI 10.22533/at.ed.3211923194	
CAPÍTULO 5	48
MUDANÇAS DO COMPORTAMENTO EMPRESARIAL ATRAVÉS DO DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	
Diana Sara Soligo	
Jaqueline Paholski	
Jaqueline Samara Oliveira Alba	
Juliana Antônia Partichelli Santin	
Cristina Ribas Teixeira	
Nadine Teixeira Piloni Fabiani	
Patrícia Di Francesco Longo	
Gisele Maria Tonin da Costa	
Lisiane Borges da Silva	
Antoniéle Carla Stephanus Flores	
DOI 10.22533/at.ed.3211923195	
CAPÍTULO 6	60
O BRINCAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA E A SUA GARANTIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS	
Caroline Marques da Silva	
Roseli Fernandes Lins Caldas	
DOI 10.22533/at.ed.3211923196	

CAPÍTULO 7	75
AMBIENTE SOCIO MORAL E A CONSTRUÇÃO DA MORALIDADE NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Heloisa Braga Santos Ana Cláudia Saladini	
DOI 10.22533/at.ed.3211923197	
CAPÍTULO 8	87
A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM PROFISSIONAIS DA ÁREA	
Gabriela Carolina de Assis Rodrigues Sandra Fernandes de Amorim	
DOI 10.22533/at.ed.3211923198	
CAPÍTULO 9	110
PSICOLOGIA DA SAÚDE: O ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA SALA DE OBSERVAÇÃO DE UMA UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR	
Cali Rodrigues de Freitas Cybele Carolina Moretto	
DOI 10.22533/at.ed.3211923199	
CAPÍTULO 10	124
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: AS DIFERENÇAS ENTRE URGÊNCIA MÉDICA E URGÊNCIA SUBJETIVA	
Priscila Borges Lyons Rui Maia Diamantino	
DOI 10.22533/at.ed.32119231910	
CAPÍTULO 11	136
TERAPIA PERIPATÉTICA DE GRUPO: UMA SITUAÇÃO CLÍNICA	
Demétrius Alves de França	
DOI 10.22533/at.ed.32119231911	
SOBRE O ORGANIZADOR	139
ÍNDICE REMISSIVO	140

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM PROFISSIONAIS DA ÁREA

Gabriela Carolina de Assis Rodrigues

Universidade Presbiteriana Mackenzie

São Paulo - SP

Sandra Fernandes de Amorim

Universidade Presbiteriana Mackenzie

São Paulo - SP

INTRODUÇÃO: Cirurgias plásticas estéticas vêm sendo cada mais procuradas atualmente em todo o mundo, inclusive no Brasil. Questões relacionadas à autoestima, bem como a busca por atender a um padrão de beleza preconizado socialmente são aspectos correlacionados ao índice crescente deste procedimento. Para Copetti e Copetti (2005), o acompanhamento psicológico pré-operatório é de importância significativa no sentido de o paciente poder compartilhar suas motivações e expectativas em relação à cirurgia. Já no pós-operatório, o acompanhamento psicológico é relevante no sentido de abordar a ansiedade do paciente, a reelaboração da imagem corporal e averiguar se a intervenção cirúrgica correspondeu ao que era esperado. Aspectos ligados à imagem corporal, autoestima e autoconceito se fazem presentes nesta situação cirúrgica e são reportados casos de procura excessiva e/ou indevida por procedimentos estéticos. **Objetivo Geral:** Investigar qual a opinião, para médicos cirurgiões, sobre a avaliação

psicológica em pacientes que realizaram ou que se candidatam a cirurgias plásticas estéticas. **Método:** A amostra foi composta por cinco médicos com experiência de, no mínimo, cinco anos na realização de cirurgias plásticas estéticas. Os dados coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas foram codificados, categorizados e analisados segundo uma metodologia qualitativa. **Principais resultados:** Os profissionais entrevistados reconhecem que aspectos emocionais interferem na decisão dos pacientes em buscar cirurgias estéticas. Entretanto, o enfoque do profissional se dá mais no sentido de compreender a necessidade do cliente em operar, segundo seus anseios mais imediatos, e não no intuito de entender qual o real desejo do paciente, subjetivamente. Os entrevistados reportaram sintomas como “labilidade emocional” em sua clientela, mas, por vezes, de forma algo superficial. Em alguns casos, há contra indicação da cirurgia e, somente em situações específicas e de maior complexidade, encaminhamento para profissionais de saúde mental. Profissionais com tempo de experiência maior parecem mais sensibilizados no que se refere às condições emocionais dos clientes. **Conclusão:** A avaliação psicológica de pacientes candidatos a cirurgias plásticas ainda é tema pouco abordado, tanto por estudos na área, quanto na prática diária dos profissionais. Há uma percepção, entre os

entrevistados deste estudo, acerca da importância de fatores emocionais diversos que estão implicados neste procedimento. Contudo, esta constatação se dá de forma algo superficial, baseada em sintomas que os pacientes apresentam eventualmente ou em casos específicos em que há presença de condições psíquicas mais complexas no pré ou pós-operatório. A avaliação psicológica como pré-requisito em pacientes candidatos a cirurgias com finalidade estética ainda não ocorre de maneira corriqueira na amostra pesquisada, mesmo que a condição emocional do paciente seja percebida como fator relevante no pré e pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Plástica Estética; Psicologia; Autoestima.

1 | INTRODUÇÃO

A princípio, este tema me trouxe curiosidade no ano passado, após um membro da família ter realizado uma dupla cirurgia estética, sendo que na época essa pessoa havia dado à luz apenas seis meses antes. Na ocasião, a situação me trouxe questionamentos sobre até onde o ser humano seria capaz de ir para se sentir dentro do padrão de beleza estipulado pela sociedade.

De acordo com a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), em um estudo realizado em 2013, sobre os números de cirurgia plástica ao redor do mundo, o Brasil se encontra em segundo lugar no ranking deste tipo de procedimento cirúrgico, atrás somente dos Estados Unidos. Essa pesquisa deixa evidente o aumento da procura por cirurgias plásticas reparadoras e estéticas na atualidade, sendo que alguns desses procedimentos visam reparar alguma função, ou corrigir deformidades, podendo trazer também uma melhora ao aspecto físico; já outros ocorrem somente por questões puramente estéticas e têm o intuito de melhorar a aparência física do paciente. Tais cirurgias são consideradas “eletivas”, ou seja, são aquelas em que se consegue programar a data mais conveniente para se realizar o procedimento cirúrgico e não ocorrem, necessariamente, por razões de saúde.

Um dos principais motivos pelos quais as cirurgias plásticas e estéticas vêm sendo mais procuradas em nossa sociedade atualmente, é a questão da autoestima, que pode ser considerada a avaliação que uma pessoa faz de si mesma, segundo Hutz e Zanon (2011, apud ROSENBERG, 1989). Outro fator de peso que influencia a procura por tais procedimentos é o padrão de beleza instituído na atualidade, que faz com que cada vez mais pessoas tentem se encaixar em tal padrão. Portanto, pode-se perceber que a pressão externa, imposta pelos padrões de beleza e a mídia, acabam gerando insegurança nas pessoas quanto à sua aparência física e também no que se refere à sua autoestima, fazendo com que procurem se enquadrar fisicamente, para assim se sentirem bem consigo mesmas.

Com o aumento numérico de cirurgias plásticas e estéticas no Brasil nos últimos anos, poderia se supor que haveria, também, um aumento na preocupação em avaliar a condição psicológica de tais pessoas que realizam esses procedimentos, algo que

já é realizado em cirurgias de mudança de sexo, nas quais o indivíduo precisa passar por um período mínimo de dois anos em psicoterapia a fim de realizar o procedimento.

A importância do atendimento psicológico em pacientes de cirurgias plásticas e estéticas seria no sentido de acompanhar o antes e depois da cirurgia, considerando os fatores emocionais que levaram a pessoa a recorrer a tal procedimento, e também no momento pós-operatório em que o indivíduo passa por um momento de mudança na autopercepção do próprio corpo, bem como, ainda, em relação ao resultado da intervenção cirúrgica, que nem sempre pode ser positivo, podendo acarretar maior insatisfação com o próprio corpo, afetando a autoestima do paciente. Outra razão importante, no que se refere à psicoterapia para pacientes de cirurgias estéticas, seria para identificar um possível Transtorno Dismórfico Corporal, que, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), está classificado no grupo dos Transtornos Somatoformes com o dígito 300.7. Neste quadro, o sintoma mais marcante diz respeito a uma preocupação imaginária sobre um defeito na aparência da pessoa, por ela mesma. Caso tal transtorno fosse identificado precocemente, poder-se-ia encaminhar seu portador para o devido tratamento.

Considerando os dados apresentados, este trabalho tem a finalidade de aprofundar tais elementos, analisar as motivações relacionadas à procura de uma transformação corporal e seus efeitos na vida do indivíduo, na ótica dos profissionais da área.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Diferença entre cirurgia plástica e cirurgia estética

A cirurgia plástica reparadora tem por objetivo corrigir alguma lesão deformadora, “defeito” congênito ou adquirido, ou quando há um déficit funcional parcial ou total, sendo considerada tão necessária quanto qualquer outra intervenção cirúrgica. Essa cirurgia tem também como objetivo aprimorar ou recuperar as funções perdidas, podendo ser realizada por meio da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas dessas cirurgias são: reconstituição de mama após tratamento de câncer de mama, sequelas em queimaduras de 3º grau, cirurgia bariátrica, entre outras. Já a cirurgia plástica estética tem como objetivo melhorar a aparência física do paciente, sem o propósito primário de melhorar no estado de saúde, além de ter como objetivo corrigir alguma deformidade na ótica do indivíduo. Não há o prejuízo no aspecto funcional; ademais, este procedimento não tem a opção de ser realizado pelo SUS. Algumas dessas cirurgias são: implante de prótese de silicone na mama, ou nos glúteos, alterar o tamanho e/ou formato do nariz, amenizar rugas da idade, retirada de excesso de pele e tecido adiposo do corpo, entre outras.

Segundo Gilman (1999), pacientes de cirurgias plásticas estéticas deveriam ser chamados de clientes pelo fato de não estarem doentes – uma vez que a cirurgia

não tem uma indicação médica – , e sim por essas pessoas optarem por realizar tal procedimento por questões puramente estéticas. Para Baroudi (2010), em cirurgias estéticas são operados pacientes e não pessoas doentes que necessitam, de fato, de uma intervenção. Indivíduos que passam por tal intervenção cirúrgica são pessoas saudáveis que querem melhorar sua imagem e obterem melhora emocional e de autoestima.

Segundo Baroudi (2010), nas últimas quatro décadas os médicos vêm usando um sistema de cirurgias combinadas em apenas um ato operatório, porém para isso é necessário seguir rigorosamente certas regras e condutas. Apesar disso, existem médicos que não seguem estes procedimentos, o que tem gerado um número significativo de acidentes cirúrgicos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), o cirurgião plástico é um especialista, pois após terminar a graduação do curso de Medicina, este profissional é obrigado a fazer residência em cirurgia geral por dois anos, para nos próximos três anos se especializar em cirurgia plástica. Já o “cirurgião estético” é um médico com qualquer especialidade, portanto não adquire o mesmo treinamento. A Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) não reconhecem a atuação de médicos “cirurgiões estéticos”. Relacionando tais informações – no que se refere ao número de acidentes cirúrgicos com a existência de médicos que se consideram cirurgiões, porém que não têm treinamento o suficiente para isso – é possível supor que boa parcela dos acidentes causados nessa área sejam provocados por médicos que não possuem experiência o suficiente para tal procedimento. Com isso, pode-se cogitar que existam médicos, e até pessoas que aleguem serem médicos (porém que são somente impostores ou profissionais mal preparados) que cobram um preço mais acessível a uma determinada população, mas que não têm conhecimento o suficiente para tal ato e que, inclusive, podem se utilizar de materiais não específicos para o procedimento, gerando acidentes cirúrgicos.

Para Baroudi (2010), uma cirurgia estética se diferencia também de uma cirurgia comum no quesito da duração. A primeira tem um tempo de duração considerado satisfatório de até quatro horas; se o ato operatório durar mais que seis horas, é o anestesista que determina se o procedimento continua ou não. Já a segunda demanda um tempo mais extenso no ato operatório, por geralmente envolver questões mais sérias, e até de risco, para a saúde do paciente.

2.2 Padrão de beleza

De acordo com Camargo et al (2011, apud JODELET, 2001) a representação social é uma forma de conhecimento que é elaborada e partilhada socialmente com a finalidade de construir uma realidade comum. Essa representação conduz as relações sociais e as ações, o que determina um sistema de pré-decodificação da realidade que determinará as ideias e os comportamentos do senso comum.

As representações sociais têm um importante papel de elaboração do modo coletivo de ver o corpo, que propaga modelos de pensamento e comportamento em relação ao mesmo, o que também envolve aspectos estéticos e da saúde corporal (Camargo et al, 2011, apud JODELET et al, 1982).

Segundo Camargo et al (2011, apud JODELET, 1994) o padrão de pensamento produz representações sociais que são compartilhadas socialmente e, por isso, determinam o modo de sentir e se relacionar com o próprio corpo.

Para Camargo et al (2011, apud ANDRIEU, 2006) beleza é uma qualidade atribuída ao corpo segundo alguém ou uma sociedade. A percepção do belo ou do feio é condicionada por questões de gostos e escolhas subjetivas.

Atualmente é possível observar uma crescente discussão a respeito do corpo e da saúde, porém também é possível notar contradições em alguns discursos sobre tais temas, como por exemplo, orientações médicas, a publicidade em torno dos alimentos, a relação da mídia com a estética corporal e opiniões do senso comum. Pode-se perceber que a sociedade moderna impõe, sobre as pessoas, na modernidade, uma “ditadura da magreza”, que é reforçada pela mídia. É possível constatar tal fato em modelos, em comerciais e em filmes. Esse modelo imposto às pessoas gera uma obsessão nos indivíduos em relação à alimentação e à estética do corpo, o que torna possível observar o aumento de cirurgias plásticas estéticas e também o aumento de pessoas que frequentam academias. Portanto, atualmente, a questão de saúde física vem sendo confundida com a estética corporal, o que traz contradições para algumas pessoas que querem se manter saudáveis, mas se sentem coagidas pelo modelo de beleza midiático.

Segundo Schilder (1935, p. 128) “a beleza deve ser relacionada com o modelo postural do corpo. Quando consideramos a beleza da figura humana, percebemos imediatamente que o interesse estético certamente se relaciona intimamente com o interesse pelo sexo”. A beleza é fenômeno social, e o corpo humano é o primeiro objeto das artes plásticas e da pintura, provocando impulsos sexuais nas pessoas sem satisfazê-los, mas permitindo que desfrutem deles.

2.3 Imagem corporal

Para Schilder (1935, p. 11), “entende-se por imagem corporal a figuração de nosso corpo formada em nossa mente; ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. A imagem corporal começa a ser formada desde o nascimento, sendo fatores essenciais para isso a dor e o controle dos membros. O primeiro por determinar o que queremos perto do ego, e o que queremos distante, e o segundo por serem essenciais as impressões visuais que influenciam o esquema corporal, pelo fato de a imagem corporal poder ser alterada por percepções visuais. O desenvolvimento do esquema corporal ocorre em paralelo com o desenvolvimento sensório-motor, pois ao longo do desenvolvimento psíquico o movimento e a ação levam a uma melhor

orientação a respeito do corpo. Segundo Schilder (1935, p.102) “a imagem corporal, em seu resultado final, é uma unidade. Mas esta unidade não é rígida, e sim passível de transformação. E todos os sentidos estão sempre colaborando para a criação do esquema corporal”.

Segundo o mesmo autor, o modelo postural do corpo é estável por pouco tempo, por ser alterado imediatamente. Na vida psíquica há sempre tendências novas formando unidades e, a partir disso, vem a modificação e a destruição da antiga unidade. Sendo assim, é possível observar que, para haver a reconstrução de uma nova imagem, uma reformulação é necessária.

O desejo e a tendência libidinal causam alteração na estrutura da imagem corporal, e nessas atitudes a intenção é modificar a relação espacial do esquema do corpo. A pulsão e o desejo mudam a imagem do corpo, a massa e a gravidade. Tal evidência possivelmente está relacionada com o desejo de pacientes de realizar cirurgias plásticas estéticas, pois estes sentem a necessidade de literalmente mudar seus corpos fisicamente, para poder se adequar com a imagem corporal que tem si mesmos.

Para Schilder (1935, p. 176) “a imagem corporal pode encolher ou se expandir, pode dar partes suas para o mundo externo ou se apoderar de partes dele”. Como exemplos disso, temos a descoloração de cabelos, o uso de maquiagem, a realização de tatuagens e de cirurgias plásticas. O significado de tais modificações pode ser tanto inconsciente quanto consciente. Em casos de pacientes de cirurgias plásticas estéticas é possível cogitar que tais modificações sejam almeçadas conscientemente, já que o indivíduo acredita que seu corpo físico não corresponde à imagem corporal que tem de si, fazendo assim com que procurem por intervenções médicas. Entretanto, muito possivelmente existam outros fatores, estes inconscientes, que determinam esta decisão. No processo de reconstrução do modelo do corpo existe a construção e destruição, que são ligadas às necessidades, conflitos e energia da personalidade total. Durante a construção a tendência é de cristalizar unidades e ter ausência de mudança. Já na reconstrução é ter um fluxo contínuo, uma mudança permanente.

2.4 Autoestima

Para Hutz e Zanon (2011, apud BRANDEN, 1994), a autoestima é presente em todos indivíduos na maneira de pensar e sentir em relação a si mesmo, e é importante pois é a causa da capacidade do ser humano reagir ativa e positivamente às oportunidades. Segundo Felicissimo (2013, apud ROSENBERG et al, 1995), a formação da autoestima é relacionada ao aspecto cognitivo – os pensamentos sobre algo em específico – e o aspecto afetivo, que é determinante para a atitude, seja ela positiva ou negativa, em relação ao objeto. Para o mesmo autor (Felicissimo, 2013, apud LYSAKER et at, 2008) o conceito de autoestima pode ser definido como construto singular ou global, refletindo o senso pessoal de seu merecimento.

Segundo Franco (2009, apud SANTOS, 2003) a autoestima é construída na relação com as pessoas da mesma cultura, já que os contextos socioeconômicos, culturais, familiares e escolares influenciam na maneira de agir do indivíduo. Portanto, a autoestima pode ser considerada como um fenômeno social e está ligada às relações da pessoa ao longo da vida.

Para Hutz e Zanon (2011, apud ROSENBERG, 1989), autoestima é uma autoavaliação que o indivíduo faz e a mantém, o que implica um sentimento ou atitude de valor, de aprovação ou repulsa, e se a pessoa se considera capaz ou bem-sucedida. Algumas pessoas que têm baixa autoestima se dedicam a comportamentos delinquentes como uma forma de retaliação contra a sociedade e como uma forma de aumentar a autoestima.

Acrescentam os mesmos autores (Hutz e Zanon, 2011, apud KERNIS, 2005), autoestima é uma representação de um aspecto avaliativo do autoconceito e está dentro de um conjunto de pensamentos e sentimentos em relação a si mesmo. Portanto, a autoestima é uma representação social dos sentimentos de autoavaliação. A autoestima é relacionada positivamente à satisfação com a vida, mas também pode se correlacionar negativamente com depressão. Em complemento, segundo Hutz e Zanon (2011, apud HEWITT, 2009) a autoestima em nível satisfatório pode indicar saúde mental, habilidades sociais e bem-estar, além de poder surgir do reconhecimento positivo de pares e pessoas consideradas significativas; a baixa autoestima, contudo, está relacionada com ansiedade social, humor negativo, transtornos alimentares e ideação suicida.

Para Avelar e Veiga (2013), quanto mais baixa for a autoestima de um indivíduo, maior é a probabilidade dessa pessoa avaliar como ruim sua aparência física, e tentar melhorá-la com intervenções cosméticas, com a intenção de melhorar sua autoestima. Portanto, pode-se presumir que pacientes de cirurgias plásticas estéticas, possivelmente, apresentem baixa autoestima, procurando tal intervenção como uma forma de aumentar a autoestima, com o propósito de se sentir melhor consigo mesmo, podendo até trazer melhoras à saúde mental. Pode-se hipotetizar que a autoestima é associada negativamente com preocupação com a aparência, pois pessoas com baixa autoestima se preocupam mais com a aparência; e é associada positivamente com um enfoque vaidoso, pois pessoas com alta autoestima apresentam uma atitude positiva em relação a si e a sua aparência física.

Segundo Ferraz e Serralta (2007, apud TEIXEIRA; GIACOMANI, 2002) autoestima é referente a autoavaliação do indivíduo. Já para Mendes et al (2012, apud GOÑI; FERNÁNDEZ, 2009) autoestima remete ao apreço que cada pessoa sente por si mesma, o que faz referência à afetividade. Segundo Mendes et al (2012, apud MOSQUERA, STOBÄUS, 2008) autoestima é um construto da personalidade que tem fundamento na imagem que a pessoa tem de si mesma, que é construída com base no que os outros comentam de como a veem, e como o indivíduo se percebe, podendo aceitar ou não essas informações, considerando que quanto mais real, mais

positivo, e quanto mais irreal, mais distorcido.

2.5 Transtorno dismórfico corporal – DSM IV

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), o Transtorno Dismórfico Corporal está classificado no grupo dos Transtornos Somatoformes com o dígito 300.7, em que os sintomas são caracterizados com a preocupação de um defeito imaginário ou exagerado na aparência física.

A característica principal do Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com a aparência física, onde se é imaginado um defeito, ou, então, caso haja de fato alguma anomalia, existe uma preocupação excessiva com a mesma. Tal preocupação gera sofrimento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou então em áreas importantes da vida da pessoa. A preocupação não pode ser explicada por outro transtorno mental como, por exemplo, a Anorexia, em que o indivíduo sente insatisfação com a forma e tamanho de seu corpo.

A maior parte das pessoas com esse Transtorno apresenta um sofrimento bem acentuado sobre a suposta deformidade, chegando a ter a vida contornada por pensamentos acerca do defeito imaginado, podendo inclusive levar o indivíduo a evitar situações públicas por medo ou desconforto, o que pode prejudicar a vida social e atividades rotineiras por conta dessa ansiedade excessiva (AMARAL, 2001)

Alguns dos indivíduos que sofrem desse Transtorno e que possuem recursos financeiros, optam por intervir em suas supostas deformidades com cirurgias plásticas e estéticas, como uma maneira de esconder, ou então de “ajustar” seu corpo da maneira que gostaria que fosse. Porém, o problema que pode vir a se apresentar é quanto ao resultado dessas cirurgias, que podem resultar em algo muito distinto do que o indivíduo imaginou, gerando um conflito ainda maior sobre o “defeito”. Isso pode criar uma “eterna” busca do corpo perfeito que, na verdade, é imaginado na consciência do indivíduo e que, não necessariamente, é possível de se alcançar, o que faz a pessoa realizar cirurgias seguidas de mais cirurgias tentando se adequar a imagem formada em sua mente.

2.6 Avaliação psicológica em pacientes de cirurgias plásticas

A avaliação psicológica em cirurgias plásticas e estéticas é muito importante como diferencial para analisar um possível Transtorno Dismórfico Corporal, além de ser de extrema importância no acompanhamento do preparo e no pós-operatório da intervenção cirúrgica. Porém, não é uma prática obrigatória em todas cirurgias plásticas e estéticas no Brasil, sendo possível observar tal obrigatoriedade somente em cirurgias de mudança de sexo, onde o indivíduo é obrigado a passar por atendimento psicológico por, no mínimo, dois anos para poder realizar tal cirurgia, e na cirurgia bariátrica – ou cirurgia de redução de estômago como é popularmente conhecida

– para a qual é disponibilizada para o paciente, pela Agência Nacional de Saúde (ANS), no mínimo 12 consultas com um psicólogo, por ano de contrato. Contudo, não há obrigatoriedade de acompanhamento psicológico em nenhuma cirurgia plástica estética.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), as cirurgias plásticas estéticas costumam trazer mais descontentamento que as cirurgias plásticas reparadoras, pelo fato de haver maior expectativa do paciente em relação aos resultados do procedimento. Considerando essa informação, pode-se imaginar que haveria uma preocupação por parte dessa comunidade médica em relação à condição psicológica de pacientes de cirurgias estéticas, porém não são todos os médicos cirurgiões que levam em consideração esse fator, o que pode ser muito prejudicial para a saúde mental dos pacientes, dependendo do resultado obtido após a intervenção cirúrgica.

Segundo Copetti e Copetti (2005), a avaliação e o acompanhamento psicológico em pacientes de cirurgias plásticas têm como objetivo traçar os aspectos de personalidade que influenciam na percepção dos resultados obtidos. A autoimagem desses pacientes é abordada tanto do ponto de vista saudável, quanto do narcisismo patológico. Esse conceito é relacionado com aspectos inter e intra-relacionais, sendo que seu desenvolvimento começa na expectativa e desejos dos pais na gestação e, conforme o bebê for tratado por esses pais; este padrão de interação pode, por sua vez, se replicar com relação ao cirurgião plástico. Portanto, tal comportamento precisa ser avaliado e identificado por um profissional da saúde mental, para poder ser reelaborado internamente.

Para Copetti e Copetti (2005), o acompanhamento psicológico pré-operatório é de importância no sentido de o paciente compartilhar suas motivações e expectativas em relação à cirurgia. Em determinados casos também é de importância um acompanhamento com os familiares, pois podem ser ativados sentimentos ambivalentes e ansiedade. Já no pós-operatório, o acompanhamento psicológico é importante no sentido de trabalhar as ansiedades do paciente em relação a possíveis dores da cirurgia, na reelaboração da imagem corporal, na avaliação relativa a se a intervenção cirúrgica correspondeu às expectativas. Durante esse período é de extrema importância o profissional auxiliar o paciente a desenvolver sua “capacidade frente ao negativo”, que é a capacidade de suportar as sensações e emoções desagradáveis.

Segundo Copetti e Copetti (2005), dentro do acompanhamento psicológico em cirurgias plásticas também cabe uma avaliação de possíveis transferências e contratransferências existentes entre o paciente e o médico, que podem ser construídas com base em um conluio patológico narcísico. Além desses casos, também podem ser identificadas possíveis sabotagens inconscientes do paciente, ou então indivíduos que desenvolvem uma compulsão por cirurgias, ou pacientes que realizam a cirurgia escondidos das famílias, entre outras possibilidades.

3 | OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Investigar qual a opinião, para os médicos cirurgiões, sobre a avaliação psicológica em pacientes que realizaram ou que se candidatam a cirurgias plásticas estéticas.

3.2 Objetivos específicos

1. Averiguar qual a importância, para os médicos cirurgiões, da avaliação psicológica em pacientes de cirurgias plásticas estéticas;
2. Avaliar o que os médicos consideram relevante do ponto de vista emocional na realização de cirurgias estéticas.

4 | RELEVÂNCIA

Presume-se que esta pesquisa seja relevante, pois traz um olhar mais atento à maneira com que os médicos cirurgiões estão lidando com as cirurgias plásticas estéticas. Parte-se da hipótese de que exista uma relevância no acompanhamento psicológico para estes pacientes, já que a intervenção cirúrgica traz um impacto tanto no âmbito físico, quanto no psicológico.

5 | MÉTODO

5.1 Tipo de pesquisa

Este estudo utilizou uma metodologia qualitativa, a qual procurou estudar, através da apreensão e interpretação, os fenômenos humanos. A pesquisa qualitativa tem o pesquisador como instrumento fundamental, com um enfoque indutivo e caráter descritivo.

Os pesquisadores usaram o método qualitativo para melhor compreender o comportamento e experiência humana.

“[o método qualitativo] procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usa observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana” (BOGDAN e BIKLEN, 1998 apud VIDIGAL, 2008).

O próprio pesquisador é o instrumento da pesquisa qualitativa, uma vez que se

utiliza de seus sentidos para a coleta de dados. A amostra do estudo foi pequena e proposital, pois os sujeitos foram eleitos individualmente.

“Enquanto os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si, os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser” (HAGUETTE, 1995 apud VIDIGAL, 2008).

Os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas, cabendo a eles capturar esses sentidos e significações, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar as devidas interpretações.

5.2 Sujeitos

A amostra foi feita por conveniência, composta por cinco médicos cirurgiões do convívio pela pesquisadora.

5.3 Critério de inclusão

Os profissionais de saúde selecionados para participar desta pesquisa atuam na área de Medicina Cirúrgica há mais de cinco anos, com experiência na realização de cirurgias plásticas estéticas, especialmente.

5.4 Instrumentos

Entrevista semi-dirigida, elaborada exclusivamente para esta pesquisa, a fim de verificar a relevância de acompanhamentos psicológicos em cirurgias plásticas estéticas.

5.5 Procedimento de coleta de dados

- a) Avaliação do projeto de pesquisa pelo CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (Plataforma Brasil).
- b) Os participantes da pesquisa foram contatados pela pesquisadora através de endereço eletrônico e telefone.
- c) Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa apenas o fizeram após serem informados sobre os propósitos do estudo e mediante assinatura do termo de consentimento informado (em anexo).
- d) As entrevistas foram realizadas em encontro único, em data indicada pelo indivíduo e em local no qual esteja resguardada a garantia de sigilo e privacidade.
- e) A coleta de dados ocorreu através de gravação do depoimento e, caso o entrevistado não concorde com este procedimento, através do registro por

escrito de suas respostas.

5.6 Procedimentos de análise dos resultados

Os dados foram codificados, categorizados e analisados qualitativamente.

5.7 Considerações éticas

Na data da entrevista, o participante foi esclarecido sobre o objetivo e o método do estudo. Foi ressaltado também que todas as informações serão mantidas em absoluto sigilo, sobretudo a identificação dos sujeitos e do local onde será realizada a entrevista. Caso o participante se interessasse, poderia receber um resumo do trabalho com os resultados obtidos, posteriormente. Somente após a assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e a entrega da "Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa" a coleta de dados foi iniciada.

Embora esta pesquisa não envolvesse riscos à integridade física e psicológica dos participantes, foi esclarecido que, caso sentisse necessidade, o participante poderia entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis através do telefone que consta na carta de informação, mesmo fora do horário reservado para a entrevista. Além disto, caso quisesse, poderia, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. Foi ressaltado que poderiam ser realizados encontros extras, caso o contato mobilizasse alguma forma de sofrimento emocional.

6 | RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu com cinco profissionais da área da saúde, mas especificamente, cirurgiões plásticos, que atuam em consultórios particulares. Quanto ao quesito tempo de trabalho apenas dois profissionais atuam como cirurgiões há 10 anos ou menos, e os outros três atuam há mais de 20 anos. Já quanto à formação destes profissionais, apenas dois iniciaram a carreira médica na área da mastologia e, posteriormente, migraram para cirurgias reconstrutoras e estéticas; os demais profissionais iniciaram a carreira médica já na área de cirurgia plástica.

Vale ressaltar a dificuldade encontrada em contatar médicos cirurgiões plásticos, por conta de suas vidas extremamente movimentadas. Foram contatados profissionais que responderam se tinham interesse em participar da pesquisa. Os que aceitaram participar se mostraram bastante atenciosos e disponíveis em esclarecer possíveis dúvidas.

A seguir, para um melhor detalhamento e visualização dos resultados, seguem as tabelas com os 10 tópicos analisados, a partir do questionário inicial para a entrevista.

1) Há quanto tempo realiza cirurgias plásticas estéticas?
Sujeito V: Há mais ou menos 25 anos.
Sujeito L: Há 20 anos.
Sujeito F: Iniciei minha carreira há 2 anos. Mas durante a residência médica (3 anos) atuei bastante na área estética. Portanto, são 5 anos operando.
Sujeito C: Desde 2006.
Sujeito A: Há mais de 30 anos.

2) Você iniciou sua atuação realizando cirurgias plásticas reconstrutoras e estéticas ou somente estéticas?
Sujeito V: Na residência médica prevalecia as reconstrutoras, depois no 2º ano entrava também as estéticas, em maior número.
Sujeito L: Como minha formação é como mastologista, iniciei com reconstrução de mamas e depois cirurgia estéticas.
Sujeito F: Fiz as duas áreas em conjunto. Ambas as áreas são de extrema importância para formação de um cirurgião plástico.
Sujeito C: Comecei com reconstrutoras e estéticas. Em uma proporção mais ou menos de 80% reconstrutoras para 20% estéticas, e hoje em dia é uma proporção de 100% estéticas.
Sujeito A: Ambas.

3) Que tipo de cirurgias estéticas realiza atualmente? Percebe que algum tipo de cirurgia vem sendo mais solicitada atualmente?
Sujeito V: A procura é por lipoaspiração, prótese mamária e abdômen. Sim, a moda do globo reverteu o Brasil para aumento de mamas.
Sujeito L: Mamoplastia, Cirurgia de prótese de mama, Abdominoplastia. A mais solicitada é a cirurgia de prótese de mama.
Sujeito F: Atualmente existem 3 modalidades de cirurgias que são mais procuradas, lipoaspiração, colocação de implantes mamários e rinoplastias. Por eu ter realizado uma subespecialização em nariz, minha demanda maior fica sendo as rinoplastias, porém, faço qualquer procedimento estético.
Sujeito C: A estatística mundial e brasileira é que a maior procura é prótese de mama, seguido de lipoaspiração. Minha maior demanda é de lipoaspiração com abdômen.
Sujeito A: Reconstrução mamária, após tratamento oncológico e cirurgias profiláticas.

4) Qual o perfil de sua clientela sob o aspecto emocional, de forma geral? O que lhe chama atenção nos(as) clientes que o(a) procuram para realizar cirurgias estéticas?
Sujeito V: Paciente que necessitam consertos (melhoras) tanto mais estéticas, pois as reconstrutoras os convênios têm de arcar com os custos.
Sujeito L: São mulheres inseguras quanto à estética.
Sujeito F: A grande maioria dos pacientes é bem decidido, independente financeiramente e de personalidade forte. Eles me procuram por quererem “melhorar” determinada região do corpo e não mudar por completo. Mas sempre há aqueles com labilidade emocional. Estes deve-se dar atenção especial.
Sujeito C: Um percentual grande das pacientes, eu percebo que tem uma insatisfação global, não se restringe somente a aspecto estético. Percebo que tem pacientes que são verdadeiramente infelizes, e julgam que a culpa dessa infelicidade é um problema estético que às vezes é pequeno.
Sujeito A: Um apelo estético acentuado pelo clamor da mídia, jornais, revistas e televisão.

5) Já contraindicou uma cirurgia por constatar alguma condição psicológica não propícia à realização do procedimento cirúrgico?
Sujeito V: Sim, algumas vezes.

Sujeito L: Sim.
Sujeito F: Já contra indiquei várias cirurgias, principalmente quando se diz respeito a nariz. Pacientes às vezes acreditam que a solução dos seus problemas vai ser solucionado com um procedimento cirúrgico, e não é bem assim. Tem que estar ciente de todos os riscos que pode haver e não colocar a felicidade em cima de um possível resultado.
Sujeito C: Já, mais de uma vez, e a mais recente foi no início do ano.
Sujeito A: Sim, rejeito aproximadamente 30% a 40% por distúrbios comportamentais.

6) Já percebeu alguma evolução clínica emocional mais desfavorável após a realização de certa cirurgia? Como lidou com a situação?
Sujeito V: Não, mas para evitar isto o médico tem de fazer um estudo psicológico do paciente, que muitas vezes são distúrbios do comportamento psicológico, e ou focar no corpo frustrações ou anseios e que o corpo não é o responsável. Temos que avaliar cada paciente. Já indiquei muitos a terapia primeiro.
Sujeito L: Sim, tenho que tranquilizar a paciente, com muita conversa, para evitar frustrações quanto ao resultado.
Sujeito F: Sim, há um período para o processo de cicatrização, e tem paciente que não tem paciência em aguardar a evolução natural do quadro, o que gera estress para ele, os acompanhantes e os profissionais. Em casos assim é necessário encaminhá-los para psicólogos e psiquiatras para trabalharmos em conjunto. Quando o procedimento não foi satisfatório, se avalia após o período adequado, informando o paciente sobre a possibilidade de uma outra cirurgia.
Sujeito C: Sim, já tive uma paciente que depois de um mês operada ficou extremamente insatisfeita. Mas nenhuma das reclamações dela era compatível com a cirurgia. E então a encaminhei para o psiquiatra, que entrou com um tratamento medicamentoso, o que teve como consequência o fim de sua insatisfação com a cirurgia.
Sujeito A: Sim, já percebi. Com paciência e muito controle das emoções, encaminho ao psicólogo. Use as ponderações.

7) Quais aspectos emocionais considera importantes no planejamento de uma cirurgia estética?
Sujeito V: Saber a real situação psicológica-emocional de cada paciente. Não podemos prometer o céu.
Sujeito L: Esclarecer qual a real expectativa da paciente em relação ao resultado.
Sujeito F: Eu investigo com meus pacientes durante a consulta a vontade deles de uma operação, em uma faixa de zero a dez. Se titubear ou se a resposta for em torno de 6-7, isto me leva a crer que não há muita insatisfação, então, começo a procurar o porquê o paciente está realmente me procurando. Geralmente existe uma insatisfação interna e não externa.
Sujeito C: A paciente tem que ter uma necessidade real do procedimento estético. Eu percebo que às vezes tem paciente que tem uma visão distorcida do problema dela, e do resultado que pode obter da cirurgia. A paciente tem que estar sem nenhuma labilidade emocional, não pode estar com uma depressão e descompensada, ou com distúrbio de ansiedade, porque só vai ser exacerbado no pós-operatório.
Sujeito A: Pacientes com problemas conjugais, pacientes com distúrbios de forma, dismorfismo, são recomendados ao psicólogo.

8) Acha ser importante a avaliação psicológica formal – por um profissional da área – junto a pacientes candidatos a cirurgias estéticas? Por quê?
Sujeito V: Não, o cirurgião tem de ser preparado para decidir junto ao paciente esta necessidade.
Sujeito L: Sim, pois este profissional pode fazer uma triagem, sobre quais pacientes realmente estão preparadas para a cirurgia, do ponto de vista emocional.

Sujeito F: Em certos casos sim. Pacientes que tem indicação formal para realização de cirurgia, porém, apresenta labilidade emocional. Para estes, só opero com consentimento carimbado do psiquiatra ou do psicólogo.
Sujeito C: Acho que seria importante, mas por outro lado acho que é meio difícil isso acontecer. Já precisei algumas vezes encaminhar pacientes para profissionais, mas nem todos estão preparados para lidar com paciente de cirurgia, seja no pré ou pós-operatório. Considerando que a escolha principal da cirurgia parte do paciente, se tiver uma indicação física, não tem porque negar a cirurgia. Se o paciente tem um distúrbio emocional, e o tratar, teoricamente, depois poderia operar. Mas teria que ser um profissional mais acostumado a lidar com isso, pois é um perfil diferente de paciente.
Sujeito A: Acho que sim, porém não são todos pacientes que aceitam.

9) Conte uma situação marcante, do ponto de vista emocional (considerando uma evolução psicológica muito positiva ou muito negativa) antes ou depois uma cirurgia estética.
Sujeito V: Uma jovem paciente casada, após ter tido o primeiro filho constatava que as mamas continuaram pequenas. Após o aleitamento quis aumentar as mamas. No pós-operatório ela alega estar muito feliz pois pela primeira vez na vida se sentia “mulher”. Veja que a maturidade não lhe deu esta sensação, esta realização, mas a mama é muito importante para a mulher, tanto físico como na psicologia do comportamento sexual, e este depoimento me deu muita alegria e felicidade.
Sujeito L: São várias as situações onde a parte emocional está envolvida. Em alguns casos, verifico que meu trabalho não foi excepcional, mas a paciente encontra-se extremamente satisfeita e feliz, pois estava preparada para o resultado. Em outros casos, onde o trabalho foi extremamente bem feito, a paciente ainda encontra-se insatisfeita esteticamente, pois apresenta um caráter emocional lábil.
Sujeito F: Paciente de 14 anos, com quadro de gigantomastia (mamas muito grandes), já não estava mais indo às aulas, parou de frequentar a natação pois sofria bullying constante. Com consentimento registrado em cartório pelos pais, a operei e após 7 dias, mesmo com as mamas bem inchadas e com pontos, ela chorava de muita emoção. A cena contagiou a equipe inteira, pois podíamos ver a gratidão e a felicidade estampada em seu rosto. Nestas horas que sentimos que todo o sacrifício vale a pena.
Sujeito C: Já tive alguns resultados de mudanças drásticas no emocional da paciente relacionada a cirurgia. Algumas pacientes já disseram que a vida delas mudou, o relacionamento amoroso, e a maneira delas encararem as coisas, porque a insatisfação que tinha com o corpo foi resolvida. E de problemas negativos, eu tive dois casos de pacientes que depois da cirurgia tiveram depressão bastante significativa. Uma delas tratou e o problema foi contornado, mas a outra continua infeliz com o resultado.
Sujeito A: Pacientes com apelo estético exacerbado, problemas de auto imagem alterada.

10) Na sua clientela, de forma geral (em percentual aproximado) quantas pessoas disseram terem se sentido melhor ou pior após o procedimento?
Sujeito V: Sentindo melhores 90%.
Sujeito L: 90% se sentem melhor.
Sujeito F: Como opero muito nariz, a mudança na vida das pessoas é muito visível. O grau de satisfação é enorme. Mas claro, como qualquer profissional, sempre temos resultados ruins ou aquém do esperado. Diria que em torno de 90% dos meus pacientes estão satisfeitos, com a graça de Deus.
Sujeito C: Eu não tenho em número aproximado, mas a imensa maioria das pacientes refere a uma melhora muito grande, inclusive motivacional. E, graças a Deus, tive pouquíssimos dessabores, que consigo enumerar nos dedos de uma mão, de pacientes que reclamaram e acharam que a cirurgia não resolveu o problema delas. Apesar de serem poucos os resultados negativos, tiram o sono quando acontecem.
Sujeito A: A maioria sente-se satisfeita. O termômetro é a indicação de outros pacientes.

7 | DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS

A partir do objetivo desta pesquisa que se voltou para avaliar a importância, para os cirurgiões, de uma avaliação psicológica em pacientes, e também a relevância do ponto de vista emocional em cirurgias estéticas e, frente aos resultados obtidos, passamos aqui a analisar as questões mais relevantes.

Inicialmente, após ser explicada a proposta do projeto e o que a entrevista abarcava, os profissionais se mostraram receptivos a ideia do trabalho. Inclusive um dos profissionais compartilhou que encaminha casos que julga necessária a intervenção de um psicólogo, para um membro de sua família, e que trabalham em conjunto nestes casos.

Vale ressaltar que todos os entrevistados assinaram o termo sendo explicado antes e depois de cada entrevista sobre o sigilo e que em qualquer momento, eles poderiam interromper ou retirar os dados, caso não se sentissem à vontade.

Segundo Copetti e Copetti (2005), o acompanhamento psicológico no pré-operatório cirúrgico é o espaço para o paciente elaborar suas motivações, expectativas, insatisfações e os sentimentos em relação a cirurgia. Já no pós-operatório, são cuidadas as ansiedades do paciente quanto a dor, a espera do resultado final, e ajuda-se o paciente a desenvolver sua capacidade negativa, que é suportar as sensações e emoções incômodas da cirurgia.

Os autores afirmam que, quando é dado o espaço específico ao paciente, para expressar os sentimentos, os resultados da cirurgia são bem melhores recebidos e valorizados. Pode inclusive ser feita uma prevenção em possíveis auto sabotagens dos pacientes, e falsas expectativas dos resultados.

Foi possível notar um consenso entre os profissionais sobre as cirurgias mais solicitadas atualmente. Em primeiro lugar seria a prótese mamária, seguida por abdômen e lipoaspiração, não necessariamente nessa ordem, com a ressalva de cada profissional ser mais procurado por sua especialidade.

Pensando na questão emocional dos clientes dos entrevistados, 4 deles trouxeram que a maior procura de cirurgias estéticas por parte de suas clientelas é por um desconforto em determinada região do corpo. Um dos entrevistados trouxe que um grande percentual de seus clientes o procuram por uma insatisfação global da vida, porém focando tudo na parte estética corporal. Somente um profissional deu atenção, em sua fala, a pacientes com labilidades emocionais, dizendo que nesses casos o cuidado é especial com o paciente. Alguns profissionais usaram em seu discurso palavras como “melhorar” e “consertos”, levando-se a pensar de que o motivo que seus clientes o procuram seria por uma falha que necessita ser consertada, ou então melhorada. Pensando pelo ponto de vista do paciente, talvez seja realmente assim que veja a sua necessidade de uma intervenção cirúrgica, porém a confirmação desta demanda do paciente pelo médico pode levar o cliente a ter como confirmação que, de fato, tem algo de errado em seu corpo que precisa ser “arrumado”.

“A grande maioria dos pacientes é bem decidido, independente financeiramente e de personalidade forte. Eles me procuram por quererem “melhorar” determinada região do corpo e não mudar por completo. Mas sempre há aqueles com labilidade emocional. Estes deve-se dar atenção especial.” (Sujeito F.)

“Um percentual grande das pacientes, eu percebo que tem uma insatisfação global, não se restringe somente a aspecto estético. Percebo que tem pacientes que são verdadeiramente infelizes, e julgam que a culpa dessa infelicidade é um problema estético que às vezes é pequeno.” (Sujeito C.)

De acordo com Aquino (2009, apud LE BRETON, 2007) as intervenções cirúrgicas vêm sendo bastante procuradas por serem vistas como uma forma de resposta a vontade de mudanças no corpo, e de forma imediata. Segundo o autor, as pessoas que buscam cirurgias estéticas, buscam uma mudança na aparência, e é uma forma de mudar suas identidades, refazendo as relações interpessoais. Podendo dizer que é uma operação simbólica imediata. Considerando que uma mudança física é mais fácil que uma mudança interna e comportamental, faz sentido supor que tal público das cirurgias estéticas procura, na realidade, uma forma de mudar a si mesmo, e não sua aparência. Tal fato só reafirma a necessidade de uma avaliação psicológica em pacientes candidatos a tais procedimentos cirúrgicos. Pensando que, uma vez que tal necessidade de mudança tiver sido alcançada, a vontade da cirurgia estética poderia sumir. É importante também considerar que tal suposição talvez não seja condizente com toda essa população, pois pode haver pessoas que não estão buscando uma mudança interna, e estejam de fato insatisfeitas com alguma parte de seu corpo.

Para Aquino (2009, apud GOLDENBERG, 2002, 2007) o corpo tornou-se um capital bastante importante, tanto fisicamente, simbolicamente, economicamente e socialmente, transformando-se em um culto ao corpo, o que pode ser chamado de um estilo de vida na contemporaneidade. Segundo Aquino (2009, apud COSTA, 2004) a mídia teve papel primordial em reforçar a relação do corpo com a constituição da subjetividade, pensando no sentido de propagandas sobre produtos cosméticos relacionando, mesmo que inconscientemente para a população, com o sucesso social. Relacionando tais constatações com a clientela dos entrevistados, faz total sentido, pois mais de um profissional trouxe que são pessoas inseguras quanto sua imagem estética em decorrência de um padrão de beleza imposto pela mídia.

Uma informação surpreendente trazida nesta pesquisa foi que todos os entrevistados disseram negar cirurgias plásticas a pacientes por constatarem condição psicológica não propícia à realização do procedimento cirúrgico. Um dos entrevistados alega informar aos pacientes que a intervenção cirúrgica não será a solução dos problemas. Porém outro entrevistado traz em seu discurso, a possível hipótese levantada, que só nega cirurgias a pacientes que não lhe entregam os exames necessários do check-up do pré-operatório. Não trazendo nenhum motivo que negasse uma cirurgia por algum fator psicológico negativo de algum paciente. Porém o mais surpreendente foi o caso de um dos entrevistados que trouxe que

rejeita aproximadamente de 30% a 40% dos pacientes, por constatar algum distúrbio comportamental.

“Já contraindiquei várias cirurgias, principalmente quando se diz respeito a nariz. Pacientes às vezes acreditam que a solução dos seus problemas vai ser solucionado com um procedimento cirúrgico, e não é bem assim, longe disso... Tem que estar ciente de todos os riscos que pode haver e não colocar a felicidade em cima de um possível resultado.” (Sujeito F.)

Quanto a uma reação emocional desfavorável após a cirurgia, quatro dos profissionais disseram ter presenciado, e houve unanimidade quanto ao encaminhamento a profissionais da saúde mental. Um entrevistado não informa se já encaminhou algum paciente em um pós-operatório não favorável emocionalmente, somente alega conversar com o paciente e o tranquilizar para evitar frustrações quanto ao resultado. Um profissional conta um caso de um paciente que encaminhou ao psiquiatra, e que após tratamento medicamentoso ficou satisfeito com o resultado do procedimento. Um outro profissional avalia com seus pacientes, após o período adequado de recuperação, a possibilidade de outra cirurgia, nos casos em que o paciente continua infeliz com o resultado. Porém somente um dos profissionais, não mencionados acima, trouxe não perceber nenhuma reação emocional negativa após uma intervenção cirúrgica, alegando que é de responsabilidade do médico fazer um estudo do psicológico dos pacientes, percebendo possíveis distúrbios do comportamento psicológico. Este profissional alega também já ter encaminhado pacientes a atendimento psicológico antes do procedimento cirúrgico.

“Não, mas para evitar isto o médico tem de fazer um estudo psicológico do paciente, que muitas vezes são distúrbios do comportamento psicológico, e ou focar no corpo frustrações ou anseios e que o corpo não é o responsável. Temos que avaliar cada paciente. Já indiquei muitos a terapia primeiro.” (Sujeito V.)

“Sim, há um período para o processo de cicatrização, e tem paciente que não tem paciência em aguardar a evolução natural do quadro, o que gera estress para ele, os acompanhantes e os profissionais. Em casos assim é necessário encaminhá-los para psicólogos e psiquiatras para trabalharmos em conjunto. Quando o procedimento não foi satisfatório, se avalia após o período adequado, informando o paciente sobre a possibilidade de uma outra cirurgia.” (Sujeito F.)

“Sim, já tive uma paciente que depois de um mês operada ficou extremamente insatisfeita. Mas nenhuma das reclamações dela era compatível com a cirurgia. E então a encaminhei para o psiquiatra, que entrou com um tratamento medicamentoso, o que teve como consequência o fim de sua insatisfação com a cirurgia.” (Sujeito C.)

Segundo Ferraz e Serralta (2007, apud PORTINARI, 2000) o padrão de beleza imposto na sociedade tem feito com que o mercado de cirurgia plástica tenha crescido. Há pessoas que se sentem tão excluídas da sociedade, esteticamente, que preferem investir financeiramente para poder se sentirem pertencentes e livres da sensação de exclusão. Considerando que investir em algo físico, e que seria feito por outra

pessoa, além de si mesmo, é mais fácil e rápido, faz sentido pensar que há pessoas que preferem investir em cirurgias plásticas, do que em uma psicoterapia, por ser um processo mais longo e que exige total dedicação do indivíduo. Porém há pessoas que não se sentirão satisfeitas após uma intervenção cirúrgica, pois seu desconforto não está no físico e sim no emocional. Portanto é natural que os profissionais desta área percebam pacientes que, mesmo após a cirurgia tão esperada por eles, ainda se sintam insatisfeitos emocionalmente, pois sua real demanda não foi atendida. É de extrema importância que, percebendo isso, o cirurgião encaminhe o paciente a um profissional da saúde mental, para que ele possa elaborar a situação e, gradativamente, se sentir melhor consigo mesmo.

De acordo com Ferraz e Serralta (2007), atualmente a sensação de pertencimento ao padrão de beleza imposto na sociedade é tão relevante para determinadas pessoas, que não o atingir traz sofrimento e angústia aos indivíduos. Por vezes, o ideal e o real são tão distanciados, que a pessoa acaba se perdendo em sua própria imagem, causando danos comportamentais, emocionais e até produtivos. Porém a possibilidade de alcançar o desejo, ou se aproximar dele, é o que move o mercado da cirurgia estética.

Considerando a importância de aspectos emocionais no planejamento dos pacientes em uma cirurgia estética, dois dos profissionais avaliam com seus pacientes a necessidade sentida por eles em realizar o procedimento, sendo que um deles tem um critério de avaliar tal vontade em uma faixa entre zero e dez, se a resposta for igual ou menor a sete, esse profissional tenta entender a real insatisfação do paciente, que, segundo o entrevistado, normalmente é interna. O outro profissional alega ter percebido casos de pacientes que tem uma visão distorcida de seu problema e do possível resultado da intervenção cirúrgica. O entrevistado alega a importância de o paciente não apresentar nenhuma labilidade emocional, como uma depressão, distúrbio de ansiedade ou estar “descompensado”, pois tudo será intensificado no pós-operatório.

Um dos entrevistados alega avaliar a situação psicológica-emocional de cada paciente. Outro profissional diz entender com cada paciente a expectativa quanto ao resultado do procedimento. Já outro entrevistado trouxe usar critérios excludentes na realização de cirurgias, encaminhando ao psicólogo os que se encaixam nesses critérios.

“Pacientes com problemas conjugais, pacientes com distúrbios de forma, dismorfismo, são recomendados ao psicólogo.” (Sujeito A.).

Pensando na importância de uma avaliação psicológica formal em pacientes de cirurgias estéticas, quatro dos entrevistados julgaram ser importante. Um profissional alega achar importante adotar tal procedimento em casos de labilidade emocional, outro profissional acha importante a avaliação como forma de triagem para entender se os pacientes estão preparados emocionalmente para a cirurgia; outro entrevistado diz achar importante a avaliação psicológica, porém diz que não são todos os

pacientes que aceitam. Um dos entrevistados alega achar importante uma avaliação psicológica, mas diz ser algo difícil de acontecer, por achar que nem todos profissionais estão preparados para lidar com pacientes de cirurgia, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. Para esse profissional a escolha da cirurgia parte do paciente, e não havendo contraindicação física ou distúrbio emocional, não há porque negar a cirurgia. No caso de um distúrbio, o paciente depois de tratado pode operar. O único profissional que julga não ser importante uma avaliação psicológica nos pacientes alega que tal decisão tem que ser tomada juntamente ao paciente.

Apesar de um dos entrevistados ter dito achar importante a avaliação psicológica em pacientes de cirurgias estéticas, mas alegar que seria algo difícil de acontecer pela falta de preparo de tais profissionais. Pode se perceber que na realidade esse entrevistado não acha necessária, de fato, a avaliação com um psicólogo, no momento em que diz que considera a escolha principal vinda do paciente. Além de que se o paciente apresentar um distúrbio, e o tratar, não teria porque negar o procedimento cirúrgico.

“Em certos casos sim. Pacientes que tem indicação formal para realização de cirurgia, porém, apresenta labilidade emocional. Para estes, só opero com consentimento carimbado do psiquiatra ou do psicólogo.” (Sujeito F.) (...) “Eu já precisei algumas vezes encaminhar pacientes para profissionais, mas nem todo mundo está preparado para lidar com paciente de cirurgia, seja de pré ou pós-operatório. (...) Então o profissional que vai lidar com o paciente de pré ou pós-operatório tem que estar preparado para esse perfil de paciente. Considerando que a escolha principal da cirurgia parte do paciente, e se tiver uma indicação física, não tem porque dizer que não deve fazer cirurgia. Se o paciente tem um distúrbio emocional, ele trata o distúrbio e, teoricamente, depois poderia operar. Mas teria que ser um profissional mais acostumado a lidar com isso, pois é um perfil diferente de paciente.” (Sujeito C.)

Os entrevistados trouxeram casos de situações marcantes a eles no pré-operatório e no pós-operatório, de pacientes que tiveram uma evolução psicológica muito positiva, ou negativa. O discurso de um dos entrevistados chamou atenção, pelo fato do profissional ter trazido que a vida de seus pacientes melhorou imensamente, ao ponto de ter mudado a maneira de ver as coisas ao redor, e inclusive os relacionamentos amorosos. Tal discurso chamou atenção pelo fato de parecer que o profissional traz a intervenção cirúrgica como “milagrosa”, fator determinante de mudança na vida das pessoas. Pensando em um caso de um paciente que já tem essa visão, e se depara com um profissional que reafirma isso, as consequências emocionais no pós-operatório podem ser bastante perigosas para tal paciente, talvez somente piorando seu quadro psicológico.

Outro profissional trouxe em seu discurso, casos de pacientes que ficam extremamente felizes e satisfeitos com os resultados da cirurgia, mas que ele percebe que seu trabalho não foi excepcional; porém há casos em que o trabalho foi muito bem feito, mas os pacientes não ficam satisfeitos. Para o entrevistado, a diferença

seria na expectativa da intervenção entre cada pessoa, e um possível caráter lábil.

(...)“*Já chorei muito de emoção com algumas pacientes por elas dizerem que a vida delas mudou, que o relacionamento amoroso também, que a maneira delas encararem as coisas mudou, porque resolveu uma insatisfação que tinham com o corpo.*” (Sujeito C.) “*São várias as situações onde a parte emocional está envolvida. Em alguns casos, verifico que meu trabalho não foi excepcional, mas a paciente encontra-se extremamente satisfeita e feliz, pois estava preparada para o resultado. Em outros casos, onde o trabalho foi extremamente bem feito, a paciente ainda encontra-se insatisfeita esteticamente, pois apresenta um caráter emocional lábil.*” (Sujeito L.)

Todos os entrevistados disseram que, em suas clientelas, aproximadamente 90% das pessoas se sentiram melhores depois do procedimento. Apenas dois entrevistados comentaram brevemente sobre casos onde as pessoas se sentiram piores depois do procedimento.

Considerando o tempo de experiência dos entrevistados, relacionando com a avaliação dos aspectos psicológicos e emocionais dos pacientes, pode-se concluir que tanto os profissionais que atuam há pouco tempo, quanto os que atuam há mais de 20 anos, consideram importante avaliar o grau da necessidade, para o paciente, de uma possível intervenção cirúrgica, esclarecer as expectativas em relação ao resultado, e encaminhar para uma avaliação psicológica em determinados casos. O que poderia ser imaginado é que o tempo de atuação interferiria na maneira do profissional ver sua própria área, podendo não levar em conta a possível necessidade de uma intervenção psicológica para determinados pacientes. Um profissional atuante na área há mais tempo poderia relevar possível necessidade, julgando a intervenção cirúrgica como “milagrosa”, assim como também um profissional que atua na área há pouco tempo poderia ter o mesmo pensamento. Porém o que foi concluído nessa pesquisa é que todos os profissionais entrevistados demonstram preocupação com o psicológico e emocional de seus pacientes, apesar de alguns terem se mostrado um pouco mais resistentes do que outros. Contudo, não podemos pressupor que todos os cirurgiões plásticos têm a mesma visão sobre a integração da psicologia nesse meio.

8 | CONCLUSÃO

Frente ao material coletado e a proposta de trabalho, conclui-se que o assunto de avaliação psicológica de pacientes de cirurgias plásticas ainda é pouco abordado, tanto por estudos na área, quanto na prática diária dos profissionais. Apesar dos entrevistados terem trazido encaminhar determinados casos a psicólogos, ou psiquiatras, é notável que tal ato é somente feito em casos que são julgados essenciais tal intervenção. Sendo desconsiderada a avaliação psicológica como uma forma de

pré-requisito em pacientes candidatos a cirurgia plástica.

Diversos profissionais falaram, superficialmente, sobre pacientes com labilidade emocional, porém não exploraram essa questão. Concluindo assim que o significado desse conceito possa ser diferente para médicos, do que é para psicólogos. Cada um dos entrevistados trouxe um método de avaliação de seus pacientes antes de realizar a cirurgia, porém, todos são formas de analisar a necessidade do cliente em operar, e não um modo de entender o real desejo do paciente. O trabalho de médicos cirurgiões em conjunto com psicólogos seria uma possível resposta em avaliar o psicológico de pacientes que procuram cirurgias plásticas estéticas, e, conseqüentemente, trabalhar a principal queixa.

Considerando o tempo de atuação dos profissionais da área de cirurgia plástica, não interfere negativamente frente a importância dada a avaliação psicológica de pacientes. Questão que, inicialmente, tinha sido pressuposta que quanto maior o tempo de atuação, maior o descaso com o lado emocional e psicológico dos pacientes por parte do profissional. Apesar disso, foi constatado que o encaminhamento ao um profissional da saúde mental é feito somente a determinados pacientes, que os médicos julgam necessitar de acompanhamento psicológico; tal prática não é aplicada a cem por cento dos pacientes.

Um fator que chamou bastante atenção neste trabalho é em relação a quantidade de pacientes que são negados uma intervenção cirúrgica, pelo fato dos profissionais julgarem que precisam de um acompanhamento psicológico. Antes da pesquisa, foi presumido que o número de cirurgias negadas era pequeno, por se imaginar que havia um descaso bem grande quanto ao psicológico dos pacientes, porém os dados mostram que não.

A quantidade de sujeitos para a pesquisa foi reduzida intencionalmente por serem profissionais que apresentam pouca disponibilidade em sua rotina, principalmente quando se trata em responder pesquisas de trabalhos acadêmicos. Entretanto, tal pesquisa pode não conter a questão principal respondida, considerando que uma pesquisa com maior número de sujeitos pudesse responder com maior exatidão a pergunta central.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V.L.A.R. (2001). **Transtorno Dismórfico: O corpo em delírio [Resumo]. In: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.)**, Campinas-SP: X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Resumo, (p.9-10).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2002, 4a. ed.

AQUINO, T. A. M. **Do se “esconder” ao “se mostrar”**: cirurgia plástica e normalização entre mulheres jovens de classe popular. 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2009

AVELAR, Cátia Fabíola Parreira de; VEIGA, Ricardo Teixeira. **Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade.** *Rev. adm. empres.*, São Paulo , v. 53, n. 4, p. 338-349, Aug. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902013000400002&lng=en&nrm=iso>. acessos em 07 Nov. 2015.

BAROUDI, Ricardo. **A segurança nas cirurgias estéticas combinadas.** *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)*, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 581-582, Dec. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400002&lng=en&nrm=iso>. acessos em 06 Nov. 2015.

CAMARGO, Brígido Vizeu et al . **Representações sociais do corpo: estética e saúde.** *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100021&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 Nov. 2015.

COPETTI, C. M. V. S.; COPETTI, J. M. **Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica.** São Paulo, Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2005. Resumo, (p. 63-64).

FELICISSIMO, Flaviane Bevilaqua et al . **Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura.** *Psicol. teor. Prat.*, São Paulo , v. 15, n. 1, abr. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 Nov. 2015.

FERRAZ, Sabrina; SERRALTA, Fernanda Barcellos. **O impacto da cirurgia plástica na auto-estima.** Rio de Janeiro, Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, v. 7, n. 3, p. 557-569, Dez. 2007.

FRANCO, Adriana de Fátima. **O mito da autoestima na aprendizagem escolar.** *Psicol. esc. educ.*, Campinas , v. 13, n. 2, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572009000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 Nov. 2015.

GILMAN, S. **Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery.** Princeton: Princeton University Press, 1999.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. **Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg.** Ribeirão Preto, Avaliação Psicológica, vol. 10, núm. 1, Abr. 2011, p. 41-49.

MELO NETO, Othon Cardoso; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. **Comportamento sexual e autoestima em adolescentes.** *Contextos Clínic*, São Leopoldo , v. 5, n. 2, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822012000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.52.04>.

MENDES, Aline Rocha et al. **Autoimagem, autoestima e autoconceito: contribuições pessoais e profissionais na docência.** Rio Grande do Sul, ANPEDSUL Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 2012.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo – As Energias Construtivas da Psique.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SOBRE O ORGANIZADOR

Rui Maia Diamantino - É graduado em Processamento de Dados pela Universidade Federal da Bahia (1979) e em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2007). Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Arquitetura de Sistemas de Computação. Tem formação e experiência em teoria e clínica psicanalíticas. Exerce atividade clínica como psicólogo. É especialista em Teoria Psicanalítica, mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2010), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Cognição e Representações Sociais orientado pelo Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva, doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2014), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Indivíduo e Trabalho: Processos Micro-organizacionais, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Guedes Gondim. É Professor Assistente da Universidade Salvador - UNIFACS, onde leciona disciplinas da graduação, desenvolve atividades de pesquisa e extensão universitárias e participa do Colegiado de Curso do Curso de Psicologia. Ensina a disciplina de Psicopatologia da Psicologia do Trânsito na pós-graduação *latu sensu* de Psicologia do Trânsito na FTC, Salvador, Bahia. Integra o núcleo docente estruturante (NDE) do curso de Psicologia da Faculdade Santa Casa, também em Salvador, Bahia. Tem artigos publicados em periódicos e capítulos de livros sobre clínica psicanalítica, psicologia organizacional, envelhecimento e psicossociologia.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ambientes sócio-morais 75, 76

Auto-estima 109

Avaliação psicológica 87, 88, 94, 96, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109

B

Brincar na primeira infância 60

C

Cambio conceptual 14, 17, 18, 27

Cambio representacional 14, 17, 19, 20, 27

D

Dasein 43, 45

Desenvolvimento do brincar 60

Diagnóstico organizacional 48, 49, 50, 53, 54, 57

E

Epistemologia genética 1, 2, 3

F

Finitude da morte 29

I

Infinito matemático 1, 2, 3, 9, 12

M

Martin Heidegger 33, 36, 37, 38, 42, 45, 46

Método clínico piagetiano 1, 4

P

Peripatetic group therapy 136, 138

Psicologia fenomenológico-hermenêutica 36, 42

Psicologia hospitalar 110, 119, 122

R

Re-estructuración representativa 14, 15

S

Saúde mental no trabalho 47

T

Therapeutic Accompaniment 136, 137, 138

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-732-1



9 788572 477321