



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAMPUS UFRJ-MACAÉ  
Professor Aloísio Teixeira



**MÁRCIA DANIELE SOARES DA SILVA BARBOSA**

**PROTOCOLO PARA REGANHO DE PESO ASSOCIADO À AUTOPERCEPÇÃO DA  
IMAGEM CORPORAL EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA  
BARIÁTRICA**

**MACAÉ/RJ  
2021**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAMPUS UFRJ-MACAÉ  
Professor Aloísio Teixeira



**MÁRCIA DANIELE SOARES DA SILVA BARBOSA**

**PROTOCOLO PARA REGANHO DE PESO ASSOCIADO À AUTOPERCEPÇÃO DA  
IMAGEM CORPORAL EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA  
BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé como requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lismeia Raimundo Soares e coorientação da Prof.<sup>a</sup> M.Sc Roberta Soares Casaes.

MACAÉ/RJ  
2021

CIP - Catalogação na Publicação

B238

Barbosa, Márcia Daniele Soares da Silva

Protocolo para reganho de peso associado à autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica / Márcia Daniele Soares da Silva Barbosa. -- Macaé, 2021.

54 f.

Orientadora: Lismeia Raimundo Soares.

Coorientadora: Roberta Soares Casaes.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé Professor Aloisio Teixeira, Bacharel em Nutrição, 2021.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Imagem corporal. 3. Avaliação nutricional.

I. Soares, Lismeia Raimundo orient. II. Casaes, Roberta Soares coorient.

III. Título.

CDD 612

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira  
Bibliotecário Anderson dos Santos Guarino CRB7 – 5280

Título: PROTOCOLO PARA REGANHO DE PESO ASSOCIADO À AUTOPERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus UFRJ-Macaé, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau em bacharel em Nutrição.

Aprovado em 05/03/2021.

**BANCA AVALIADORA**



---

LISMEIRA RAIMUNDO SOARES  
(Orientadora)

Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/0053636364868790>

*Roberta Soares Casaes*

---

ROBERTA SOARES CASAES  
(Coorientadora)

Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/313848525067870>

*Ana Paula M. M. Barreto*

---

ANA PAULA MENNA BARRETO  
LINK LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2832254065394603>

*Gisele dos Santos Pacheco*

---

GISELE DOS SANTOS PACHECO  
LINK LATTES: <http://lattes.cnpq.br/B156097104397017>

*A Deus, meu maior orientador. Ao meu marido, Jean Carlos, pela compreensão com as minhas horas de ausência, cuidou do nosso lar, me incentivou e me apoiou todos os dias e aos meus filhos, Vinícius e Heitor, gratidão infinita. Amo vocês.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida, permitiu que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar.

Aos meus filhos, Vinicius e Heitor, razão da minha vida, e ao meu marido, Jean Carlos, que acima de tudo é um grande amigo, sempre presente nos momentos difíceis com palavras de incentivo.

Aos meus pais, Anamaria e Celestino, que sempre me fizeram acreditar que tudo é possível, se doaram por inteiro e nunca deixaram faltar o amor. A minha irmã, Márcia Cristina, por todo amor e atenção, sempre presente mesmo distante.

A minha orientadora, Lismeia Soares, que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica aceitou me orientar. Obrigada por toda atenção e direção, por me manter motivada durante todo o processo, as suas valiosas contribuições fizeram toda a diferença e se tornou essencial para que o projeto fosse concluído.

Sou grata a minha professora Roberta Casaes, coorientadora do meu trabalho, pela confiança depositada na minha proposta de projeto e pelo apoio prestado durante todo o desenvolvimento.

A todos os meus colegas de curso, a oportunidade do convívio e a cooperação mútua durante estes anos.

Também quero agradecer à Universidade Federal do Rio de Janeiro, em especial ao Campus Macaé, e ao seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

A banca examinadora, Ana Paula Menna Barreto e Gisele dos Santos Pacheco, por aceitarem o convite.

## RESUMO

BARBOSA, Márcia Daniele Soares da Silva. *Protocolo de Avaliação de Indivíduos Submetidos à Cirurgia Bariátrica Associado à Imagem Corporal*. 2021. Monografia – Curso de NUTRIÇÃO, UFRJ– Campus Macaé. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

A autopercepção e a satisfação com a imagem corporal são fundamentais para a autoaceitação, e que se faz importante o estudo da percepção da imagem corporal após a cirurgia bariátrica. Apesar da perda de peso alcançada, a cirurgia bariátrica não garante a manutenção dessa perda ao longo do tempo, evidenciando que o reganho de peso, após transcorrido um certo tempo, é algo que pode ocorrer no pós-operatório. Assim, este estudo objetiva caracterizar um protocolo para identificação de reganho de peso e autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, de ambos os sexos, idade superior a 18 anos e após 2 anos de cirurgia. Realizou-se uma busca de artigos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Periódico Capes, PUBMED, Science Direct, e Willey Online, no período de junho a julho de 2020. Para a seleção dos artigos, utilizou-se a combinação dos descritores: “Cirurgia Bariátrica”, “Imagem Corporal”, “Protocolo de Reganho de Peso”, justificando seu uso em inglês para aumentar a sensibilidade da pesquisa. Desta forma realizou-se o mais próximo possível o questionamento apresentado por meio da revisão da literatura. Foi também realizado um teste piloto com 42 voluntários, ambos os sexos, com idade entre 29 e 61 anos, submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos dois, num consultório particular de atendimento em nutrição clínica, especializado em obesidade e cirurgia bariátrica, em Macaé/RJ, no segundo semestre de 2020 de forma remota, com acompanhamento da nutricionista responsável. Para este foi considerado como critérios de inclusão: Pacientes adultos pós bariátricos há pelo menos 2 anos; ter acesso a internet e disponibilidade para participar da entrevista de forma remota e foram excluídos: Tempo de cirurgia menor que dois anos e alterações cognitivas que impossibilitassem responder ao questionário. Nesta amostra de voluntários se observou uma correlação positiva entre o peso atual e a escala de silhueta ( $r=0,700$ ;  $p<0,001$ ), na qual a média da escala de silhueta foi de  $(7,64\pm 4,17)$ , revelando insatisfação em relação à autopercepção da imagem corporal e também entre o tempo de cirurgia e a escala de silhueta que foi de ( $r=0,464$ ;  $p=0,002$ ), ou seja, com o passar do tempo de cirurgia os pacientes notaram o reganho de peso, que influenciou na satisfação da imagem corporal. Nota-se que com o passar do tempo de cirurgia, os pós bariátricos demonstraram a

existência progressiva do reganho de peso, associada à insatisfação com a imagem corporal.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; avaliação nutricional; imagem corporal.



## ABSTRACT

BARBOSA, Márcia Daniele Soares da Silva. *Evaluation Protocol for Individuals Undergoing Bariatric Surgery Associated with Body Image*. 2021. Monography - NUTRITION Course, UFRJ - Campus Macaé. Federal University of Rio de Janeiro, 2021.

Self-perception and satisfaction with body image are fundamental for self-acceptance, and it is important to study the perception of body image after bariatric surgery. Despite the weight loss achieved, bariatric surgery does not guarantee the maintenance of this loss over time, showing that weight regain, after a certain period, is something that can occur in the postoperative period. Thus, this study aims to characterize a protocol for identifying weight regain and self-perception of body image in individuals undergoing bariatric surgery. This is a descriptive, observational study, with individuals undergoing bariatric surgery, of both sexes, aged over 18 years and after 2 years of surgery. A search for articles was carried out in the following databases: Virtual Health Library (VHL), Capes Periodical, PUBMED, Science Direct, and Willey Online, from June to July 2020. For the selection of articles, we used if the combination of the descriptors: “Bariatric Surgery”, “Body Image”, “Weight Regain Protocol”, justifying its use in English to increase the sensitivity of the research. Thus, the questioning presented through the literature review was carried out as closely as possible. A pilot test was also carried out with 42 volunteers, both sexes, aged between 29 and 61 years, who had undergone bariatric surgery for at least two years, in a private clinic for clinical nutrition, specialized in obesity and bariatric surgery, in Macaé / RJ, in the second half of 2020 remotely, with monitoring by the responsible nutritionist. For this, the following inclusion criteria were considered: Adult patients who have been bariatric for at least 2 years; have access to the internet and availability to participate in the interview remotely and were excluded: Surgery time less than two years and cognitive changes that made it impossible to answer the questionnaire. In this sample of volunteers, a positive correlation was observed between the current weight and the silhouette scale ( $r = 0.700$ ;  $p = 0.001$ ), in which the average of the silhouette scale was  $(7.64 \pm 4.17)$ , revealing dissatisfaction in relation to self-perception of body image and also between the time of surgery and the silhouette scale that was ( $r = 0.464$ ;  $p = 0.002$ ), that is, with the passage of time the patients noticed the weight regain, which influenced the satisfaction of body image. It is noted that with the passage of time, the bariatric powders demonstrated the progressive existence of weight regain, associated with dissatisfaction with body image.

**Keywords:** Bariatric surgery; nutritional assessment; body image.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala de Figuras de Silhuetas .....	36
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica e nutricional dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica .....	33
Tabela 2 -	Caracterização clínica dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica .....	35
Tabela 3 -	Comparação entre o menor peso e índice de massa corporal atingidos pelos pós bariátricos com os valores atuais .....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BGYR	By-pass Gástrico em Y de Roux
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EFS	Escala de Figuras de Silhuetas
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NAAFA	National Association for Advance of Fat Acceptance
OA	Osteoartrose
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIGITEL	Vigilância de doenças crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>PANORAMA HISTÓRICO DA OBESIDADE NO BRASIL E NO MUNDO .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO EPIDEMIOLOÓGICO DOS INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Comorbidades Associadas ao Pré e Pós Operatório .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>FEEDBACK SOCIAL VIVENCIADO PELO INDIVÍDUO COM A OPÇÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA E COM O REGANHO DE PESO .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4</b>	<b>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA MAGEM CORPORAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM A OBESIDADE CIRURGIA BARIÁTRICA E REGANHO DE PESO .....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>56</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. É projetado que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões obesos. No Brasil, alguns levantamentos têm demonstrado que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso ou obesidade (FERREIRA, *et al.* 2019).

Partindo do conceito de saúde da OMS desde 1946, que se refere ao “mais completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, passa-se a tentar compreender a dimensão de qualidade de vida para os indivíduos que portam doenças crônicas, como é o caso das pessoas que vivem a obesidade e suas comorbidades associadas. A multidimensionalidade do conceito de “qualidade de vida” compreende diferentes indicadores favorecendo a construção de vários conceitos ao longo dos anos (SILVA, C. 2010).

Em relação à área da saúde, o termo qualidade de vida tem como ideia principal a promoção da saúde, apoiando-se na percepção das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais (NORONHA, *et al.* 2016).

Além dos impactos físicos, a obesidade ocasiona um impacto psicológico que pode refletir em distúrbios da imagem corporal, baixa autoestima, ansiedade, depressão, além de um impacto social que se reflete negativamente na vida profissional e nas relações interpessoais. Nesse contexto, submeter-se a tratamentos de emagrecimento pode não estar relacionado apenas à necessidade ou desejo de uma saúde física, mas também psicológica e social, visto que a perda maciça de peso tem um impacto, por exemplo, na alteração da percepção da imagem corporal e na autoestima (DA CUNHA, *et al.* 2006; LACERDA, *et al.* 2018).

No tocante as pesquisas sobre o tema, estudos recentes têm apontado o crescente descontentamento da população com a aparência do corpo, levando a acreditar que o peso e a forma corporal atuam diretamente na nossa constituição de imagem corporal. Alguns autores apontam que o sexo feminino é grupo de maior risco para instalação dos transtornos alimentares, uma vez que, na adolescência, as meninas são mais suscetíveis às exigências sociais do corpo magro. A maioria dos estudiosos reconhece que esse modelo de corpo, vigente na cultura ocidental, é um dos fatores que mais contribuem para a insatisfação com a imagem corporal, especialmente, entre as mulheres (SONODA, A. 2016).

Estudo realizado com 36 adultos bariátricos revelou que embora tenham diminuído significativamente o IMC, os pacientes apresentaram, em sua maioria, insatisfação com o peso corporal, percebendo-o maior do que realmente era, caracterizando-se assim, uma acurácia

perceptiva (LOPES, M. 2004).

Assim, a literatura ressalta que o sucesso da cirurgia bariátrica não depende apenas do procedimento médico realizado, mas também de mudanças globais no estilo de vida como exercícios físicos, mudanças na alimentação e manejo das alterações psicossociais vividas (SANTOS, *et al.* 2018).

No entanto, não há garantias que o caminho da diminuição numérica na balança seja a receita certa para o aumento da autoestima, pois pacientes bariátricos que perdem grande quantidade de peso, permanecem com insatisfações relacionadas a imagem corporal. De três a seis meses após a cirurgia, há grande satisfação com os resultados, mas após o rápido emagrecimento, estudos demonstram que existe progressão do reganho de peso à medida em que decorre o tempo de cirurgia (KARMALI, *et al.* 2013). Em um estudo com público brasileiro (FRANQUES, *et al.* 2006), 60% dos pacientes tem reganho de 8,8 kg em um período de 5 anos de pós-operatório em cirurgia de by-pass gástrico com derivação em Y de Roux (ou Fobi Capella).

A literatura aborda que gatilhos emocionais e situações que desencadeiam o desejo de comer após a cirurgia bariátrica podem levar a percepção do medo intenso de readquirir peso e do retorno de velhos hábitos alimentares e estes são fatores que retroalimentam o desejo de comer (MARCHESINI, *et al.* 2017).

Observa-se que as pessoas que tinham um desejo intenso de comer perante diversos gatilhos emocionais foram aquelas que continuaram comendo, mesmo que estivessem se sentindo “cheios” e satisfeitos, apesar do medo de recuperar o peso. Ou seja, o medo de recuperar peso é também um desses gatilhos que colaboram para o reganho de peso. Desta forma, é fundamental estudar a relação entre a imagem corporal e o medo do reganho de peso, por serem fatores importantes que desencadeiam o processo de comer em excesso, de forma a traçar estratégias de prevenção e intervenção, antes e após a cirurgia bariátrica (CALDEIRA, *et al.* 2020).

Assim, dentro do atual contexto sócio cultural, em que a aparência física é altamente valorizada pela população brasileira e os investimentos aumentaram em todos os níveis, estudar e compreender questões de imagem corporal, como a imagem que o corpo representa para os indivíduos bariátricos, significa que sua percepção e a magnitude dos seus efeitos sobre o comportamento dessas pessoas é essencial para uma melhor qualidade de vida destes indivíduos no pós-operatório a curto e longo prazos (ROCHA, *et al.* 2018; NETA, M. 2019; COSTA, *et al.* 2020).

Deste modo, surgiu a necessidade de uma pesquisa para descrever e instituir protocolos

para estratégias de autopercepção da imagem corporal associado ao ganho de peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica por meio de busca literária. Além deste objetivo central, este estudo também discutiu as especificidades envolvidas no perfil sócio demográfico, clínico epidemiológico, nas comorbidades associadas ao pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, assim como identificou a distorção de imagem e o feedback social vivenciado pelo indivíduo com a opção pela cirurgia bariátrica.



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. PANORAMA HISTÓRICO DA OBESIDADE NO BRASIL E NO MUNDO

O excesso de tecido adiposo é um dos mais graves problemas da saúde pública. É uma doença causada por diversos fatores e que possui potencial letal. A obesidade mórbida possui uma das maiores taxas de mortalidade mundial, ou seja, é uma grave doença que atinge proporções epidêmicas em nível global e interfere na qualidade de vida tanto nos domínios físicos como nos emocionais dos indivíduos obesos. Pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, constataram que houve aumento do número de casos de sobrepeso e obesidade no Brasil. Segundo Berti e Caravatto, no Brasil, aproximadamente 65 milhões de pessoas estão com sobrepeso, 14 milhões com obesidade e 4 milhões com obesidade mórbida (BERTI, *et al.* 2012; DINIZ, *et al.* 2012; NETA, M. 2019).

A prevalência da obesidade vem crescendo de tal forma nos últimos anos que levou a doença a se tornar uma epidemia mundial (VALENÇA, *et al.* 2007). Nas duas primeiras décadas do século XXI, o agravo já representa um dos maiores problemas de Saúde Pública. Segundo a OMS, em 2014 havia 600 milhões de obesos, ou 13% da população adulta do planeta; desse percentual, 11% eram homens e 15% mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). O Ministério da Saúde divulgou em abril de 2020 o resultado da pesquisa Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O levantamento revela o perfil da população brasileira em relação às doenças crônicas mais comuns. Desde o início do monitoramento, em 2006, o maior aumento é o da obesidade, que saltou de 11,8% para 20,3% em 2019. No conjunto das 27 cidades, a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres. A frequência de obesidade aumentou com a idade até os 64 anos para homens e até os 54 anos para mulheres. Entre as mulheres, a frequência de obesidade diminuiu intensamente com o aumento da escolaridade (BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2020). As importantes transformações demográficas, econômicas e tecnológicas, além do aumento da expectativa de vida e redução de mortes por doenças infecto-parasitárias, também contribuíram para essa condição que atinge todo o mundo (BURGOS, G. 2014).

No início do século XXI, existiu uma devoção aos corpos considerados perfeitos baseado na tríade ‘beleza, juventude e saúde’. Assim, o corpo magro passa a refletir um tipo de corpo desejável, enquanto o corpo gordo se transforma em um corpo indesejado e carregado de

preconceitos e estigmas sociais. Paradoxalmente a toda essa valorização do corpo magro, é possível perceber que a maioria da sociedade apresenta outros padrões estéticos (DOS SANTOS, *et al.* 2014; DE SOUSA JÚNIOR, *et al.* 2018; DE SOUSA JÚNIOR, *et al.* 2019).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Métricas e Avaliações de Saúde, publicada no portal Health Data em 2014 elencava o Brasil como quinto país no ranking mundial de países com maior número de indivíduos acima do peso. Os resultados desta pesquisa indicaram que 58% das mulheres brasileiras e 52% dos homens apresentavam peso acima do considerado ideal (HEALTDATA, 2014). Apresentando uma visão mais ampla e atualizada da situação brasileira, sem a segmentação por gênero, o Ministério da Saúde do Brasil em 2019 constatou que mais da metade da população adulta do Brasil (55,4%) apresentava peso acima do considerado ideal conforme o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC).

Assim, tendo tão expressiva quantidade de pessoas com graus de sobrepeso e obesidade tornou-se natural que os corpos voluptuosos comesçassem a ganhar mais espaço e visibilidade dentro dos meios de comunicação. Os indivíduos que possuem peso acima do considerado ideal começaram a rejeitar os padrões da ‘ditadura da magreza’ e exigir novos olhares do mercado, reivindicando seus direitos de consumir roupas modernas e com diversidade de opções, mesmo com um corpo mais avantajado. A esse movimento todo, deu-se o nome de *Fat Pride* (orgulho gordo), (ZANETTE, *et al.* 2013).

O movimento *fat pride* teve a criação de uma associação para a aceitação e autoaceitação corporal, a *National Association for Advance of Fat Acceptance* (NAAFA), fundada em 1969, nos Estados Unidos. Foi ganhando adeptos, em sua maioria mulheres, por todo o mundo e começou a ter maior visibilidade e projeção global a partir da sua inserção no ambiente virtual, inicialmente com a popularização de blogs e, mais adiante, com a utilização das redes sociais virtuais cujos engajamentos são conquistados através das postagens de fotos e vídeos compartilhados (ROBINSON, K. 2014).

Todo este cenário online fez criar o que Kargbo (2013) denomina de *FATosphere*, ou seja, uma ‘atmosfera gorda’, em tradução literal. Consequentemente a toda esta movimentação, o mercado da moda, antes tão restrito a modelos e manequins em tamanhos pequenos, foi compreendendo a mudança de conscientização do consumidor quanto ao seu corpo e começou a escutar os anseios, desejos e críticas da população nas redes. Assim, enxergou neste público uma nova segmentação de mercado com demanda reprimida significativamente elevada e, a partir daí, começou a investir em novos tamanhos de roupas – além dos já tradicionais P, M e G – e adotou um novo termo, o *Plus Size* (DE SOUSA JÚNIOR, J H. 2020).

Sousa Júnior e Melo (2019) explicam que a adoção do termo *Plus Size* (“tamanho

grande” em português) pela indústria têxtil deu-se como uma forma de trazer sofisticação e, ao mesmo tempo, modernizar e padronizar os termos anteriormente utilizados para se referir às roupas de numerações maiores, tais como “tamanhos maiores”, “tamanhos especiais”, “GG”, “GGG”, “XG”, entre outros.

Não há como definir quando o ser humano passou a se preocupar com sua aparência. Todos os resquícios de pinturas, esculturas, ou qualquer outro tipo de obra de arte, evidenciam que a beleza sempre foi valorizada e documentada, sendo que, conforme aponta Umberto Eco (2013), aquilo que é considerado belo depende da época e da cultura a qual pertence, mas pode-se dizer que no Brasil, o culto as formas físicas do corpo como conhecemos hoje tem como um dos alicerces para seu desenvolvimento o processo de urbanização de cidades como São Paulo e Rio de Janeiro na década de 1920 (SENKO, E C. 2015).

Conforme aponta Caio Proença (2012), a elite paulistana desejava construir uma cidade tal e qual via em suas viagens para a Europa e para a América do Norte. As elites procuraram explorar ao máximo os locais de convívio social nas novas cidades, o que tornou os cuidados com a aparência uma preocupação.

Na época, os cuidados com a aparência foram impostos para ambos os sexos, mas a sua importância para as mulheres já era bem mais significativa. Segundo Denise Sant’Anna (2014), para os homens, por mais que fosse importante manter a boa forma e a aparência, não lhes era exigido se submeter a dietas e regimes. Pelo contrário, procedimentos como esses eram vistos como incompatíveis com a masculinidade.

Assim como as pessoas lutam para adquirir determinado produto/objeto, a partir desse período, o corpo feminino vai entrar cada vez mais para o mercado do consumo, se tornando um bem que pode ser adquirido através de esforço e dedicação. Como aponta Zygmunt Bauman (2007), o corpo passa a ser a própria mercadoria.

Fortalecia-se também um discurso de que o excesso de peso seria perigoso, endossado pela medicina. Através de um discurso higienista, estimula-se a vida das mulheres ao ar livre, menos cobertas e mais fortificadas (DEL PRIORE, M. 2006). Havia uma associação direta entre gordura e velhice e criava-se uma lipofobia. “A obesidade começa a tornar-se um critério determinante de feiura, representando o universo do vulgar, em oposição ao elegante, fino e raro” (DEL PRIORE, M. 2006). Sugeriu-se que a magreza tivesse algo de libertário, permitindo um movimento maior e mais rápido, um corpo menos coberto e mais estreito; uma condição oportuna da era da leveza, defendida por Lipovetsky (2016).

“Hoje o algoz não tem rosto. É a mídia. São os cartazes de rua. O bombardeio de imagens na televisão” (DEL PRIORE, M. 2006).

A mulher hoje é personificada como uma supermulher, que se sente segura tanto no aspecto profissional como no pessoal e seu corpo magro reflete esses seus dois lados, beleza e conquista profissional. Sua magreza reflete trabalho duro, autodisciplina e simboliza seu comprometimento. Através do seu corpo perfeito, ela anuncia que ela pode ter tudo: parecer uma mulher e ser bem-sucedida no mercado de trabalho como um homem. Magreza é a manifestação exterior da perfeição. (Cardoso, P. 2015).

Kehl (2005) ainda explica que essa idealização de sucesso com estética corporal, acontece porque hoje o corpo costuma ser a primeira condição de felicidade do ser humano, já que a imagem que o indivíduo apresenta à sociedade vai determinar a felicidade não por despertar o desejo de alguém, mas por conseguir construir autoestima e amor próprio e, presas dentro dessa imagem estética perfeita, as mulheres se tornaram vítimas da indústria da dieta e da moda (Cardoso, P. 2015). O culto a magreza não ajuda as mulheres a terem mais autoestima e a serem mais saudáveis, mas ele continua sendo veiculado constantemente. Elas estão obcecadas pela magreza. O mercado da beleza é um dos mais ricos que existe e pouco, ou quase nada, sofre com crises econômicas (LIPOVETSKY, G. 2016).

Para Jacob (2014), a discussão é pertinente, sobretudo por se tratar de um fenômeno recorrente e influente ao mediar os comportamentos humanos na vida corporal, num momento em que os indivíduos “gostam de expor corpos em todas as modalidades digitais possíveis; faz parte das redes sociais, da tela dos celulares e dos computadores, das lembranças de festas de aniversário, expor-se”. Os corpos expostos nesta rede social servem como mídias, moldáveis e mutantes que comunicam pelo bem-estar, sucesso social entre outras possibilidades.

Assim, era da leveza ativista, individualista e consumista implica em uma preocupação constante com a diminuição do peso corporal, que pode ser obtida através do esforço, restrição ou escultura de si; esforço apreciado ao ponto que “gordura tornou-se sinônimo de feiura, de falta de vontade e desleixo” (LIPOVETSKY, G. 2016).

A mudança no estilo de vida e um tratamento adequado são alguns dos mecanismos para que a obesidade seja controlada, bem como para que o indivíduo perca peso (DA LUZ, *et al.* 2013). A orientação dietética, a programação de atividade física, terapia psicológica e o uso de fármacos antiobesidade constituem os seus principais pilares (SEGAL, A. 2002).

O tratamento convencional para a obesidade de grau III, entretanto, continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até dois anos. A indicação de cirurgia bariátrica vem se tornando mais frequente devido à dificuldade da abordagem clínica de obesos graves (DE OLIVEIRA VASCONCELOS, *et al.* 2008).

## 2.2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com Segal e Colaboradores (2002), sendo a obesidade uma doença crônica de origem multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de estratégias, como a reeducação alimentar, a prática de exercícios físicos, o uso de medicamentos, onde estes são essenciais para o tratamento. No entanto, devido à busca de uma intervenção mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida, a prática das operações bariátricas vem aumentando cada vez mais, tem sido um procedimento bastante realizado em vários países, inclusive no Brasil. De acordo com Diniz e Maciante (2012), a cirurgia bariátrica surgiu na década de 50 “como opção terapêutica para o controle da obesidade” (p.13). O início da cirurgia bariátrica no Brasil iniciou em 1970 e, atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar no número de cirurgias bariátricas realizadas no mundo (DINIZ, *et al.* 2012).

Os registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que uma em cada grupo de três crianças, com idade entre cinco e nove anos, está acima do peso no país. As notificações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, de 2019, revelam que 16,33% das crianças brasileiras entre cinco e dez anos estão com sobrepeso; 9,38% com obesidade; e 5,22% com obesidade grave (SILVA, M. J, *et al.*2019). Além disso, dados do VIGITEL 2019, amplo estudo de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico feito anualmente pelo Ministério da Saúde, revelou que cerca de 20,3% da população estava diagnosticada como obesa e 55,4% estava com sobrepeso. (BRASIL. Ministério da Saúde Vigitel Brasil 2020).

De acordo com a nova resolução do Conselho Federal de Medicina, foi ampliado o número de comorbidades associadas à obesidade que podem levar a uma indicação de cirurgia bariátrica. São elas, Diabetes Mellitus (DM) do tipo II, apneia do sono, HAS (hipertensão arterial sistêmica), dislipidemia, doenças cardiovasculares, asma grave não controlada, osteoartrose (OA), hérnias discais, DRGE (Doença do Refluxo Gastresofágico) com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumor cerebri*), estigmatização social e depressão (BARROSO, *et al.* 2018).

A obesidade coletiva observada em diversas populações em todo o mundo tem graves implicações para a saúde pública. Evidências de estudos anteriores mostram que a prevalência

de obesidade aumenta o risco de morbidade e mortalidade por diabetes e doença (MCTIGUE, *et al.* 2006; MOGHADDAM, *et al.* 2007) implicando em um aumento dos gastos necessários no âmbito da saúde pública.

Em fevereiro de 2013, foi publicada a portaria nº 252/GM/MS que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou. A partir destas portarias, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425 GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, onde a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde.

O tratamento cirúrgico da obesidade é consensual na literatura como padrão-ouro de intervenção indicando maior perda de peso e manutenção dessa redução em longo prazo (MAGGARD, *et al.* 2005), entretanto, a cirurgia é considerada o último recurso a ser indicado em pacientes que já tenham realizado as outras formas de tratamento e não tenham alcançado o objetivo da perda de tecido adiposo permanente (COELHO, *et al.* 2009) e justifica-se somente quando o risco de permanecer obeso exceder os riscos, a curto e longo prazos, da cirurgia bariátrica. Os critérios para a seleção do paciente incluem Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup> ou acima de 35kg/m<sup>2</sup> associado a patologias que possam ser reduzidas com a perda de peso (CRUZ, *et al.* 2004). Contudo, a cirurgia atua na consequência da obesidade e não na sua causa, sendo de fundamental importância a participação de uma equipe multidisciplinar que tenham conhecimento das alterações provocadas pela obesidade e que possam auxiliar e motivar o paciente para o tratamento adequado (COSTA, *et al.* 2009).

Assim, a obesidade é considerada uma doença não transmissível sendo um desafio aos serviços de saúde, tanto no que se refere ao tratamento quanto ao controle desta epidemia. (CJ, Stein, *et al.* 2004) O conhecimento do perfil do paciente é imprescindível para o planejamento dos cuidados preventivos, suas complicações e seu controle tanto no âmbito social como hospitalar. Uma avaliação pré-operatória é essencial para identificação de fatores de riscos cirúrgicos e complicações pós-operatórias, a fim de desenvolver medidas capazes de reduzi-los, refletindo na redução da morbimortalidade e auxiliando nas decisões sobre condutas mais adequadas no pós-operatório (BARROSO, *et al.* 2018).

Um estudo do perfil sócio demográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia

bariátrica em um hospital universitário de São Luiz - MA realizou levantamento das cirurgias bariátricas realizadas entre 2010 e 2014. Os resultados apresentados nesta pesquisa caracterizam uma prevalência de indivíduos do sexo feminino na fase adulta com obesidade grau III e com pelo menos uma comorbidade associada, sendo a HAS a mais prevalente, apta para a realização da cirurgia bariátrica. Semelhantes resultados foram encontrados no estado do Ceará com prevalência de 82,6% do sexo feminino entre os 92 indivíduos analisados em um hospital referência em cirurgia bariátrica (BARROS, *et al.* 2015).

Mesmo que vários fatores etiológicos possam envolver ambos os sexos, consensos apontam indícios influenciando especialmente indivíduos do sexo feminino na fase adulta, como alterações de hábitos sociais após o casamento, o ganho de peso durante a gestação ou a falta de perda de peso após o parto (KAC, *et al.* 2004).

Outros estudos apontam que dentre as comorbidades relacionadas a alterações metabólicas decorrentes do excesso de gordura corporal com mais prevalência, a Hipertensão Arterial Sistêmica apresentou maior frequência. (COSTA, *et al.* 2009; BARROS, *et al.* 2015; STEYER, *et al.* 2016).

### **2.2.1. COMORBIDADES ASSOCIADAS AO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO**

O excesso de peso corporal se desenvolve ao longo da vida e, por estar normalmente associado à comorbidades significativas, nem sempre é reversível com intervenção terapêutica convencional (DE OLIVEIRA, *et al.* 2013).

O diagnóstico da obesidade é confirmado pelo cálculo do índice de massa corporal (IMC) através de valores iguais ou superiores a 30 kg/m<sup>2</sup>, quanto maior o valor mais grave é a obesidade e notórias suas comorbidades. Entretanto, a cirurgia bariátrica é indicada nos casos em que o tratamento conservador não atingiu resultados satisfatórios, sendo prescrita para indivíduos com IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou acima de 35 kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades associadas (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, cardiopatias, doenças respiratórias, metabólicas e osteomioarticulares, entre outras comorbidades graves). (CAMBI, *et al.* 2015) A cirurgia seria contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam ainda contraindicações psiquiátricas (DA CUNHA, *et al.* 2006).

Embora a obesidade seja um problema que afete ambos os gêneros, as mulheres ainda representam a maioria das pessoas com IMC elevado, compondo também a maior representatividade da população que busca pela cirurgia bariátrica para diminuição do peso e

uma vida saudável (BARROS, *et al.* 2013; MARCELINO, F. 2014).

O sucesso do procedimento cirúrgico é evidenciado pela melhora da satisfação pessoal, aquisição do peso ideal e solução das comorbidades associadas à obesidade que se refletem diretamente na qualidade de vida como disposição para o convívio social e atividades diárias (CAMBI, *et al.* 2015) e estes benefícios devem ser vistos pelos indivíduos como um estímulo necessário para mudança de seus hábitos para garantir os ganhos obtidos em longo prazo (COSTA, *et al.* 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o País é o segundo com mais cirurgias realizadas (aproximadamente 80 mil procedimentos/ano), atrás apenas dos Estados Unidos (DA SILVA, *et al.* 2018) e a operação de By-pass Gástrico em Y de Roux, como uma das técnicas mais empregadas no mundo para este fim. A técnica cirúrgica mista BGYR representa 49% das cirurgias bariátricas realizadas mundialmente, sendo a mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas (CAMPOS, J. 2015), mas não veio isenta de complicações. Tal procedimento, apesar de eficaz, possui efeitos colaterais adversos como a Síndrome de Dumping e carências nutricionais (EMOUS, *et al.* 2017; BERG, *et al.* 2016) devido à alteração do trânsito gastrointestinal (KANERVA, *et al.* 2017).

As deficiências nutricionais ocorrem devido à presença de intolerâncias alimentares e/ou alterações na absorção intestinal, havendo necessidade de uma dieta específica para cirurgia bariátrica (MOIZÉ, *et al.* 2010).

A Síndrome de Dumping é um fenômeno que geralmente ocorre após cirurgia gastrointestinal superior, provavelmente devido à ausência de piloro funcional, o que permite a passagem direto para o intestino. Nesse caso, a Cirurgia Bariátrica é a causa mais comum de Síndrome de Dumping pós-operatória (LAURENIUS, *et al.* 2017). Tal síndrome consiste em um conjunto de sintomas que podem ser categorizados como Dumping precoce, que ocorre após a 1 hora da refeição, e tardio ocorre de 1 a 3 horas após a refeição (VAN BEEK, *et al.* 2017). Os sintomas envolvem gases, náuseas, palpitações, taquicardia, hipotensão, transpiração, fraqueza e tremor. (TACK, *et al.* 2009) Apesar da classificação da síndrome de Dumping em precoce e tardia, na maioria das vezes ela se dá de forma mista (VAN BEEK, *et al.* 2017).

Um estudo do Perfil farmacoterapêutico de pacientes obesos no pós-operatório de cirurgia bariátrica mostrou o sucesso da cirurgia em pacientes obesos com comorbidades, revelando melhora no perfil metabólico e redução na utilização de medicamentos para tratamento de comorbidades (KOVALESKI, *et al.* 2016), entretanto, após a cirurgia, o paciente inicia o uso de suplementos (KOVALESKI, *et al.* 2016). O uso de suplementos, como vitamina B12, ferro, cálcio, entre outros, é indispensável no pós-operatório do paciente submetido a



cirurgia bariátrica devido à diminuição da absorção desses nutrientes, ocorrida principalmente no intestino, pelo grau de restrição causado pela cirurgia (SALAMEH, *et al.* 2010; PECH, *et al.* 2012).

Evidências recentes mostram que a cirurgia bariátrica tem repercussões na microbiota intestinal (GUO, *et al.* 2018). Estudos mostram que a microbiota intestinal de indivíduos obesos apresenta uma menor abundância e variabilidade de espécies bacterianas do que a dos indivíduos normoponderais (ILHAN, *et al.* 2017; OKEKE, *et al.* 2014). Sabe-se que a técnica By-pass Gástrico em Y de Roux promove alterações significativas na composição da microbiota intestinal que são evidenciadas logo após o 3º mês de cirurgia (CAMPISCIANO, *et al.* 2018; PALLEJA, *et al.* 2016). Depois deste procedimento verifica-se um aumento da riqueza de espécies (PALLEJA, *et al.* 2016; MURPHY, *et al.* 2017) e genes (PALLEJA, *et al.* 2016) e da diversidade (PALLEJA, *et al.* 2016; ILHAN, *et al.* 2017; GUO, *et al.* 2017) da microbiota intestinal, o que reflete uma melhoria do perfil metabólico dos indivíduos (LE CHATELIER, *et al.* 2013).

As alterações na composição da microbiota intestinal ocorrem devido a vários fatores relacionados com a técnica cirúrgica realizada (SEGANFREDO, *et al.* 2017) e, por sua vez, estas alterações funcionais e taxonômicas na microbiota intestinal parecem contribuir para a perda de peso significativa a longo prazo e benefícios metabólicos mediados pela cirurgia bariátrica (GUO, *et al.* 2018; ANHÊ, *et al.* 2017; ARORA, *et al.* 2016).

Apesar das melhoras no quadro das comorbidades associadas à obesidade, o surgimento de intolerâncias alimentares e manifestações clínicas são bastante comuns em pacientes pós-cirurgia bariátrica e metabólica, dentre as quais alterações ocorridas no sistema gastrointestinal e as lentas adaptações do organismo a todas as mudanças. Para minimizar as possíveis complicações faz-se necessário acompanhamento nutricional nos períodos pré e pós-operatório, visto que o processo de reeducação alimentar prepara o paciente para as mudanças relacionadas aos hábitos alimentares, à mastigação inadequada, ao tamanho das porções e ao tempo necessário para realizar as refeições (MOREIRA, *et al.* 2015).

Além dos impactos físicos, a obesidade ocasiona um impacto psicológico que pode refletir em distúrbios da imagem corporal, a qual tem sido amplamente investigada em pacientes pós-bariátrica, devido à autopercepção do próprio corpo e das atitudes, dos sentimentos e dos comportamentos direcionados ao “eu corporal” (DA SILVA, *et al.* 2018).

O termo imagem corporal se refere à imagem mental que uma pessoa faz de seu “eu físico”, uma avaliação da própria aparência e a influência que esses fatores exercem sobre o próprio comportamento (SEGURA, *et al.* 2017; DE ANDRADE, *et al.* 2013).

Estudos revelam que, ao perder uma quantidade grande e rápida de peso, o paciente pós-bariátrica pode ter sua imagem corporal alterada, tornando-se mais vulnerável ao apelo ao corpo magro cultuado socialmente (DA SILVA, *et al.* 2018).

A distorção da imagem corporal, do mesmo modo, vem comumente associada à insatisfação e depreciação do próprio corpo, dessa forma, o acompanhamento psicológico no pós-operatório se faz extremamente importante (CAMPANA, *et al.* 2009).

### **2.3 FEEDBACK SOCIAL VIVENCIADO PELO INDIVÍDUO COM A OPÇÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA E COM O REGANHO DE PESO**

Apesar da perda de peso alcançada, a cirurgia bariátrica não garante a manutenção dessa perda ao longo do tempo, evidenciando que o reganho de peso, após transcorrido um certo tempo, é algo que pode ocorrer no pós-operatório (BELELI, C. 2011). Alguns fatores como os psicossociais, padrões alimentares, além da prática de atividade física contribuem no pós-operatório do indivíduo com obesidade mórbida. A cirurgia é considerada um facilitador para iniciar a mudança do estilo de vida e não a cura da obesidade (DO VALE ROSA, *et al.* 2009; ROCHA, *et al.* 2018).

A perda de peso é o parâmetro principal para a avaliação do sucesso da cirurgia bariátrica. O peso readquirido após a cirurgia bariátrica é definido como reganho de peso. A respeito do acompanhamento em casos de reganho de peso, ressalta-se que a recuperação de peso no pós-operatório é um fator que pode comprometer os benefícios adquiridos com o tratamento cirúrgico, sendo importante identificar o que está ocasionando o reganho de peso, para que se possa determinar as condutas necessárias, após esse acontecimento (BELELI, C. 2011).

Além dos impactos físicos, a obesidade ocasiona um impacto psicológico que pode refletir em distúrbios da imagem corporal, baixa autoestima, ansiedade, depressão, além de um impacto social que se reflete negativamente na vida profissional e nas relações interpessoais (DE ZWAAN M, *et al.* 2011). Nesse contexto, submeter-se a tratamentos de emagrecimento pode não estar relacionado apenas à necessidade ou desejo de uma saúde física, mas também psicológica e social (DE ALMEIDA, *et al.* 2005), visto que a perda maciça de peso tem um impacto, por exemplo, na alteração da percepção da imagem corporal e na autoestima (CASTRO, M R. 2009).

O modelo de beleza vigente na sociedade atual é um corpo magro, porém, esse modelo não considera as diferentes constituições físicas dos indivíduos, tampouco aspectos

relacionados à saúde, criando o que pode ser considerado, um padrão distorcido de beleza (OLIVEIRA, *et al.* 2003; DE OLIVEIRA, *et al.* 2013).

O corpo pode ser analisado a partir de diversos aspectos, como: fisiológicos, sociais, psicológicos e ambientais, os quais interagem mediante “contínuo processo de perceber” (MARIA DA CONSOLAÇÃO, G. CUNHA, *et al.* 2003). É um corpo que tem memórias, histórias e identidades. Logo, um modelo de corpo é adquirido pelos membros da sociedade por meio da “imitação prestigiosa”, em que os indivíduos imitam atos, comportamentos e corpos que viram ser bem-sucedidos (MAUSS, M. 2003). Portanto, podemos afirmar que na cultura ocidental, o corpo magro representa sucesso, competência, autocontrole, beleza e atração sexual (OLIVEIRA, L. 2009).

No tocante as pesquisas sobre o tema, estudos têm apontado o crescente descontentamento da população com a aparência do corpo, levando a acreditar que o peso e a forma corporal atuam diretamente na nossa constituição de imagem corporal (STENZEL, L. 2006). A maioria dos estudiosos reconhece que esse modelo de corpo, vigente na cultura ocidental, é um dos fatores que mais contribuem para a insatisfação com a imagem corporal, especialmente, entre as mulheres (STENZEL, L. 2006). O corpo magro é valorizado pela mídia, em ambientes sociais, por familiares e amigos (SUTTER, *et al.* 2015).

A cirurgia bariátrica leva a diversas mudanças no peso e nos contornos corporais. No entanto, essas mudanças nem sempre acompanharão, de forma imediata, a imagem corporal, uma vez que as mudanças psicológicas podem exigir um tempo maior de elaboração simbólica fazendo, por exemplo, persistir uma percepção de imagem corporal de obeso, mesmo com a perda significativa e esperada de peso. A reestruturação perceptiva tende a ser mais lenta do que a rápida e maciça perda de peso. A autopercepção e a satisfação com a imagem corporal são fundamentais para a auto aceitação, e que se faz importante o estudo da percepção da imagem corporal após a cirurgia bariátrica (BRANCO, *et al.* 2011).

#### **2.4. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM A OBESIDADE, CIRURGIA BARIÁTRICA E REGANHO DE PESO**

Com a cirurgia bariátrica, é esperada uma significativa perda de peso e remissão ou controle de comorbidade, contudo, o reganho de peso pós-operatório é recorrente. Essa recuperação de peso pode ser considerada preocupante dependendo da proporção de peso recuperado e de suas repercussões clínicas e pode acontecer por diversos fatores comprovando

que a obesidade é uma doença crônica e progressiva com necessidade de intervenções específicas (DE SOUZA, 2018).

Segundo SCHULTHEISZ (2019), uma autoimagem e autoestima mais positivas/reais, favorecem as relações interpessoais do indivíduo, pois ao se conhecer melhor e se gostar, o indivíduo consegue entender e gostar mais dos outros, tornando-se afetuoso e respeitador das individualidades e diferenças. A autoestima é um dos principais construtos da personalidade, que está alicerçada na imagem (o mais real possível) que a pessoa tem de si mesma, que é construída em base ao que os outros comentam de como a veem, como a pessoa se sente e percebe (como realmente é), aceitando ou rejeitando estas informações (quanto mais real mais seria positivo, quanto mais irreal, mais distorcido) (MEDEIRO, *et al.* 2020).

A imagem corporal pode ser definida como o conjunto de pensamentos, sentimentos, e percepções de uma pessoa sobre o seu corpo. A insatisfação com a imagem corporal pode ser definida como o conjunto de pensamentos negativos, sentimentos, e percepções de uma pessoa sobre o seu corpo (Ferreira, *et al.* 2016). As pessoas com obesidade tendem a apresentar elevados níveis de insatisfação com a imagem corporal, comparativamente aos sujeitos normoponderais (WEINBERGER, *et al.* 2016).

Diversos instrumentos para o estudo da percepção da imagem corporal têm sido desenvolvidos conforme o componente do constructo a ser focado (CASH, *et al.* 2005; HILDEBRANDT, *et al.* 2006; WILLIAMSON, *et al.* 2000,). Um método de avaliação comumente utilizado emprega escalas de figuras de silhuetas que variam desde a mais esbelta até a mais larga e cada participante é convidado a escolher a figura que melhor o representa. (FINGERET, *et al.* 2004).

A pesquisadora brasileira Idalina Shiraishi Kakeshita adaptou uma escala de silhuetas de acordo com o biótipo brasileiro, considerando as diferenças de etnia, gênero e faixa etária, além de aspectos culturais e sociodemográficos (KAKESHITA, 2008). A escala de Stunkardet *et al* é a mais conhecida e utilizada para a avaliação da imagem corporal, sendo baseada em dados antropométricos da população americana. Por outro lado, uma escala de silhueta criada por uma pesquisa brasileira, no caso Kakeshita, mostra-se atrativa por contemplar a diversidade corporal da nossa população (NICIDA, *et al.* 2014).

As escalas de figura de silhuetas possuem inúmeras vantagens: constituem instrumento simples, de fácil aplicação e não exigem equipamentos sofisticados. Suas imagens visuais, menos abstratas, não requerem grande diversidade de vocabulário ou fluência verbal, o que as torna especialmente indicadas na avaliação da percepção da imagem corporal, principalmente de crianças (TRUBY, *et al.* 2002; WILLIAMSON, *et al.* 2001).

No Brasil, embora a quantidade de pesquisas com imagem corporal tenha aumentado rapidamente e importantes passos tenham sido dados, ainda são necessários mais estudos para sua compreensão na população brasileira, pois existem disparidades em relação ao sexo, à idade e à dimensão avaliada (LAUS, *et al.* 2014; XAVIER, *et al.* 2015).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Caracterizar um protocolo para identificação de reganho de peso e autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever as especificidades envolvidas ao perfil sócio demográfico, clínico epidemiológico e nas comorbidades associadas ao pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica;

Relatar a distorção de imagem e o feedback social vivenciado pelo indivíduo com a opção pela cirurgia bariátrica;

Caracterizar um protocolo elaborado para identificação do reganho de peso e autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

#### 4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, para caracterizar um protocolo elaborado com o intuito de verificar o reganho de peso e a autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e após 2 anos de cirurgia, (SILVA, R S., 2005).

Com intuito de atender os objetivos específicos também se realizou uma busca de artigos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Periódico Capes, PUBMED, Science Direct, e Willey Online, no período de junho a julho de 2020. Para a seleção dos artigos, utilizou-se a combinação dos descritores: “Cirurgia Bariátrica”, “Imagem Corporal”, “Protocolo de Reganho de Peso”, justificando seu uso em inglês para aumentar a sensibilidade da pesquisa. Desta forma realizou-se o mais próximo possível o questionamento apresentado por meio da revisão da literatura.

Realizou-se um teste piloto com 42 indivíduos adultos de ambos os sexos, com idade entre 29 e 61 anos, submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos dois anos, num consultório particular de atendimento em nutrição clínica, especializado em obesidade e cirurgia bariátrica, em Macaé/RJ, no segundo semestre de 2020 de forma remota, com acompanhamento da nutricionista responsável. Para este foi considerado como critérios de inclusão: Pacientes adultos pós bariátricos há pelo menos 2 anos; ter acesso a internet e disponibilidade para participar da entrevista de forma remota e foram excluídos: Tempo de cirurgia menor que dois anos e alterações cognitivas que impossibilitasse responder ao questionário.

A nutricionista responsável pelo consultório realizou um levantamento dos prontuários dos pacientes pós bariátricos acompanhados por ela. Os prontuários foram analisados e excluiu-se os que não atendiam aos critérios de inclusão/exclusão. Foram convidados pela nutricionista 210 pacientes a participar por meio de mensagem de texto seguida de um vídeo explicativo do *WhatsApp*, com orientações para responder ao questionário do teste piloto. Os dados foram enviados para os mesmos através do preenchimento de formulário do *Google Forms*. Para a indicativa de reganho de peso, foi perguntado ao paciente no roteiro de entrevista qual era o seu peso no pré-cirúrgico imediato e em seguida qual o menor peso alcançado após o procedimento cirúrgico. As silhuetas foram numeradas de 1 a 15, para ambos os sexos, e para verificar a indicativa de distorção da percepção da imagem corporal, foi solicitado ao participante que escolhesse a numeração da silhueta que ele melhor se identificou no momento da entrevista. Foi considerada a diferença entre o índice de massa corporal (IMC) percebido e o IMC real, é a indicativa de distorção da percepção da imagem corporal.

Vale aqui ressaltar que devido a pandemia do novo coronavírus, a necessidade e recomendação do isolamento social, os roteiros e fichas de coleta de entrevista elaborados para este estudo foram adaptados para uso digital em formulário criado no *Google Forms* e enviado através do *WhatsApp* para este teste piloto. O teste piloto, foi respondido por 42 voluntários e os mesmos obtiveram por e-mail o recibo das suas respostas. Os dados foram identificados por numeração, de modo a garantir o sigilo da identidade de todos os participantes.

Os dados do teste piloto referente ao reganho de peso e autopercepção da imagem corporal dos 42 voluntários, são apresentados por meio de estatística descritiva. Para comparação das variáveis utilizou-se o teste t pareado e para realizar as correlações utilizou-se a correlação de Pearson. Foram considerados valores de significância  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 21.0.

Elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em (APÊNDICE I), de acordo com as normas da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde no qual o avaliado torna-se ciente que pode desistir a qualquer momento do estudo, se assim desejar, sem qualquer prejuízo.



## 5. RESULTADOS

Neste estudo é proposto a elaboração de um protocolo como ferramenta de estratégia para identificar o reganho de peso e associar a autopercepção da imagem corporal em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, o qual foi dividido em: Dados Sociodemográficos, Dados Antropométricos, Dados Clínicos e Bioquímicos. Este tem o objetivo de avaliar: 1. Variáveis sociodemográficas (idade, sexo, renda familiar, nível de escolaridade e estado civil) 2. Condições clínicas (IMC pré-cirúrgico e atual, reganho de peso e presença de patologias associadas) 3. Distorção da imagem e feedback social vivenciado pelo indivíduo com a opção pela cirurgia bariátrica. Avaliação por meio da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS), a qual foi desenvolvida e validada para a população adulta brasileira (KAKESHITA, *et al.* 2009). A avaliação da imagem corporal em relação à percepção do estado atual do indivíduo foi por meio de 15 figuras de silhuetas de ambos os sexos, com variações progressivas de medidas da figura mais magra (IMC = 12,5 kg/m<sup>2</sup>) para a mais obesa (IMC = 47,5 kg/m<sup>2</sup>). Nesse teste, o indivíduo é solicitado a escolher a numeração da figura que mais se aproxima da imagem que tem do próprio corpo no momento (IMC atual). Para tabulação e análise dos dados, é considerado o IMC correspondente à figura escolhida comparado ao IMC real. Protocolo encontra-se em (APÊNDICE I).

Por meio de um teste piloto, 42 indivíduos se voluntariaram a responder o protocolo pelo *Google Forms*, onde foi observado, média de idade de 40 anos; 4 anos de operados n= 38 (90,5%) do sexo feminino e n= 4 (9,5%) do sexo masculino. Notou-se que n= 23 (54,8%) eram sedentários; n= 35 (83,3%) apresentaram reganho de peso e n= 15 (35,7%) tinham o estado nutricional atual de sobrepeso. A maior parte era casada, com renda familiar entre R\$2000,00 e R\$5000,00 e nível de escolaridade entre graduação e pós-graduação (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e nutricional dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

Variáveis	n= 42	% =100	Média/n	DP/n	Intervalo (Mín-Máx)
<b>Sexo</b>					
Feminino	38	90,5			
Masculino	4	9,5			
<b>Idade (anos)</b>			40,7	7,8	29 – 61
<b>Nível atividade Física</b>					
Fisicamente Ativo	19	45,2			
Sedentário	23	54,8			
<b>Tempo de cirurgia (anos)</b>			4,1	2,1	2 – 9
<b>Reganho de peso (Kg)</b>	35	83,3	10,7	7,9	0,7 – 33,0

<b>IMC atual (Kg/m<sup>2</sup>)</b>		29,3	5,9	21,9 – 47,9
<b>Estado Nutricional atual</b>				
Eutrofia	12	28,6		
Sobrepeso	15	35,7		
Obesidade grau I	8	19		
Obesidade grau II	6	14,3		
Obesidade grau III	1	2,4		
<b>Renda Familiar</b>				
Até R\$2000,00	8	19		
Entre R\$2000,00 e R\$5000,00	14	33,3		
Entre R\$5000,00 e R\$8000,00	6	14,3		
Entre R\$8000,00 e R\$11000,00	10	23,6		
Acima R\$11000,00	4	9,5		
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto	2	4,8		
Fundamental completo	1	2,4		
Médio incompleto	1	2,4		
Médio completo	6	14,3		
Superior incompleto	4	9,5		
Superior completo	14	33,3		
Pós graduação	14	33,3		
<b>Estado Civil</b>				
Casado (a)	23	54,8		
Solteiro (a)	9	21,4		
União estável	6	14,3		
Separado (a)/divorciado (a)	3	7,1		
Viúvo (a)	1	2,4		

Nota- se na (Tabela 2), que houve redução no uso de medicações após a cirurgia bariátrica, onde dos 32 (76,2%) pacientes que usavam, 14 (33,3%) relataram continuar fazendo uso. Foi observado redução no risco para doença cardiovascular e a prevalência na amostra, foi de n=4 (9,5%). No entanto notou-se maior fatores de risco para Diabetes Mellitus n=13 (31%), dislipidemia n=20 (47,6%), hipertensão arterial n=14 (33,3%), esteatose hepática n=18 (42,9%), hipotireoidismo n=10 (23,8%), outra doença crônica n=9 (21,4%) e 7 (16,7%) pacientes relataram nenhuma comorbidade pré-cirúrgica. Em relação ao acompanhamento com equipe multidisciplinar, 39 (92,9%) pacientes afirmaram que realizaram o acompanhamento no pós-cirúrgico.

Tabela 2. Caracterização clínica dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

<b>DADOS CLÍNICOS</b>	<b>N= 42</b>	<b>% =100</b>
Usava medicação antes da cirurgia	32	76,2
Continuou com a medicação após a cirurgia	14	33,3
Teve Doença Cardiovascular	4	9,5
Teve Diabetes	13	31
Teve Dislipidemia	20	47,6
Teve Hipertensão Arterial	14	33,3
Teve Hipotireoidismo	10	23,8
Teve Esteatose Hepática	18	42,9
Teve outra Doença Crônica	9	21,4
Nenhuma comorbidade pré-cirúrgica	7	16,7
Fez acompanhamento com equipe multidisciplinar	39	92,9

A média de tempo de cirurgia dos voluntários deste estudo foi de (4,07±2,07 anos) e nota-se que houve um aumento significativo do peso (p=0,001) e IMC (P=0,001) após a pessoa atingir o menor peso, após a cirurgia bariátrica (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre o menor peso e índice de massa corporal atingidos pelos pós bariátricos com os valores atuais. **Nota:** IMC = Índice de massa corporal. Teste t pareado.

<b>Variáveis</b>	<b>Menor</b>	<b>Atual</b>	<b>Valor p</b>
<b>PESO (Kg)</b>	70,48±15,24	79,04±19,23	<0,001
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	26,17±4,32	29,30±5,88	<0,001

Foi observada uma correlação positiva entre o peso atual e a escala de silhueta (r=0,700; p<0,001), (correlação forte), na qual a média da escala de silhueta foi de (7,64±4,17), revelando insatisfação em relação à autopercepção da imagem corporal.

Também houve correlação entre o tempo de cirurgia e a escala de silhueta que foi de (r=0,464; p=0,002) (correlação média), ou seja, com o passar do tempo de cirurgia os pacientes notaram o reganho de peso e influenciou na satisfação da imagem corporal.

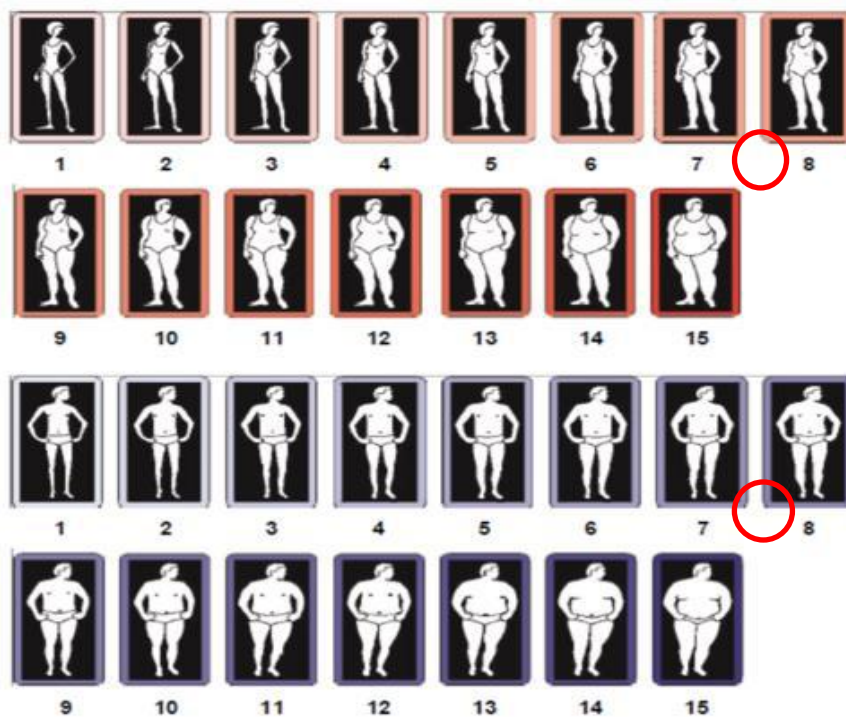


Figura 1. Escala de Figuras de Silhuetas adaptada para a população brasileira pela pesquisadora Idalina Shiraishi Kakeshita. (FONTE: KAKESHITA, Idalina Shiraishi. Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

## 6. DISCUSSÃO

A cirurgia bariátrica é apontada como um dos tratamentos mais eficazes para a obesidade mórbida, tanto na redução do peso quanto na sua manutenção. Existe uma série de critérios para a realização desse procedimento cirúrgico, sendo limitado apenas a pessoas com extremo sobrepeso (MAKKES, 2015). Submeter-se ao tratamento de emagrecimento não está relacionado apenas às necessidades ou desejo de uma saúde física, mas também um desejo psicossocial e pode ter impacto na percepção da imagem corporal e autoestima. Apesar da utilização da cirurgia bariátrica como principal tratamento médico para obesidade na atualidade, faz-se necessário que outros aspectos sejam considerados, tais como alterações na percepção da imagem corporal e na autoestima (REZENDE, 2011; LACERDA e colaboradores, 2018).

Este estudo foi desenvolvido com pacientes de ambos os sexos, mas houve um predomínio do sexo feminino, 38 pacientes (90,5%). A predominância do gênero feminino é frequente em trabalhos realizados com pacientes pós bariátricos, uma vez que mulheres de qualquer grupo étnico possuem maior probabilidade em relação aos homens a se submeterem à gastroplastia devido às pressões sociais e padrões de beleza impostos (MAZZEO e colaboradores, 2005).

A média de idade encontrada nas pacientes desta pesquisa foi de 40,7 anos. PEDROSA e colaboradores (2009) encontraram dados semelhantes em um estudo com 205 obesos em pós-operatório, onde os pacientes avaliados apresentavam média de idade de 38,4 anos. Tais resultados estão de acordo com os dados obtidos na pesquisa do último VIGITEL (2019), cuja maior prevalência de pessoas com obesidade estava na faixa etária de 45 a 64 anos (BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2020).

A maioria dos voluntários tinham estado civil casados (54,8%) e resultado semelhante pôde ser encontrado no estudo de OLIVEIRA & PINTO (2016) com 36 indivíduos submetidos ao BGYR (By-pass Gástrico em Y de Roux), onde 50% dos entrevistados eram casados, assim como Queiroz e colaboradores (2014), ao estudarem 50 prontuários de uma clínica particular especializada em cirurgia de obesidade, perceberam maior prevalência para pacientes casados.

Há poucos estudos sobre a relação da situação conjugal com a cirurgia bariátrica, porém um trabalho feito sobre os fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas demonstrou que a adesão a tratamentos com dietoterapia é difícil devido à falta de apoio de alguns membros da família, os quais não concordam em mudar os hábitos alimentares da casa fazendo com que o paciente tenha uma alimentação diferenciada dos demais (OLIVEIRA & RIBEIRO, 2013).

Quanto à escolaridade dos pacientes, a maior parte possuía superior completo e pós graduação o que difere do trabalho de Diniz e colaboradores (2008), que evidenciaram em seu estudo uma mediana de 11 anos de escolaridade. Com relação à renda familiar, a maior frequência foi entre R\$2000,00 e R\$5000,00 (33,3%), dado similar ao que foi encontrado por SCABIM e colaboradores (2012), ao analisarem 241 prontuários de adultos que realizaram BGYR com predominância de renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos.

Dentre os voluntários, o peso máximo relatado antes da cirurgia foi 167 kg e o peso mínimo 84 kg. Quanto ao peso atual, o maior peso encontrado foi 122 kg e o menor 54 kg, onde 83,3% apresentaram ganho de peso, variando entre 0,7 kg e 33 kg. Após a realização da cirurgia, é esperado que o paciente emagreça a quantidade almejada e ganhe, no máximo, 10% do seu peso no pós-operatório após até 10 anos (MECHANICK, *et al.* 2013). A média de ganho de peso entre os participantes da pesquisa foi de 10,3 kg, o que corresponde à 14,6% de recidiva em relação ao menor peso alcançado após a cirurgia. Da mesma forma, no estudo de WANZELLER (2013) com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, encontrou-se média de ganho de 16,1%. Uma pesquisa realizada no Brasil com 53 pessoas, a cirurgia há mais de cinco anos, concluiu que 64% voltaram a ser obesos e 13% voltaram a apresentar obesidade mórbida (PEREIRA, *et al.* 2017). No estudo de BASTOS e colaboradores (2013) foi observado que o ganho de peso foi diretamente proporcional ao tempo de pós-operatório.

O sucesso cirúrgico pode ser avaliado pelo IMC, sendo o  $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$  considerado excelente resultado, entre 30 e  $35 \text{ kg/m}^2$ , bom resultado e  $> 35 \text{ kg/m}^2$  falha ou insucesso cirúrgico (DE SOUZA, 2018). Assim, o IMC médio dos pacientes analisados neste estudo ( $29,3 \text{ kg/m}^2$ ) pode ser classificado como sucesso. O IMC médio encontrado na literatura internacional foi  $42,3 \text{ kg/m}^2$  (KORMANOVA, *et al.* 2004) em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica por via laparoscópica. O IMC médio para ambos os sexos no presente estudo foi de  $44,5 \text{ kg/m}^2$ , indo de encontro com as recomendações internacionais para realização da cirurgia bariátrica.

Quanto à prática de exercício físico dos pacientes, apenas 45,2% relataram a realização desta prática atualmente. A realização da cirurgia bariátrica requer mudanças significativas no estilo de vida, como modificações do comportamento alimentar, prática de exercício físico, além do empenho e adesão ao tratamento para obtenção do sucesso à longo prazo (MARTINS e VIEIRA, 2011; TEIXEIRA e MAIA, 2011). Estudos indicam que os casos de insucesso se relacionam a não aderência às modificações comportamentais necessárias (TEIXEIRA e MAIA, 2011).

Além da perda de peso, a cirurgia bariátrica promove significativo controle das

comorbidades relacionadas à obesidade (CAMPOS, 2013), resultando em uma diminuição do risco de mortalidade causada por estas patologias. Segundo o estudo de BARATIERI e colaboradores (2013), os pacientes com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica apresentam uma redução de 25% na taxa de mortalidade em relação aos que não realizam a terapia cirúrgica. Estudos demonstram que a diminuição de 5-10% do peso corporal total é capaz de promover benefícios clínicos significativos, como redução da HAS e das concentrações glicêmicas (LOTTENBERG, 2006).

No que tange estas comorbidades, 35 (83,3%) dos 42 pacientes as apresentavam no pré-operatório, sendo a dislipidemia citada como a mais frequente (47,6%) seguida pela esteatose hepática (42,9%) e hipertensão arterial (33,3%), comorbidades comumente presentes em pacientes com obesidade grave. Estes dados diferiram, principalmente para HAS, dos encontrados na meta análise realizada por BUCKWALD e colaboradores (2004) que apontou prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em 15,3%, hipertensão arterial em 35,4% e dislipidemia em 35,6%.

É importante mencionar que neste estudo, 76,2% dos entrevistados utilizavam medicamentos antes da cirurgia e após a cirurgia, 33,3% mantiveram a utilização dos medicamentos. Diante disso, observa-se que houve uma diminuição na utilização de medicamentos após a cirurgia, mostrando que o tratamento da obesidade melhora substancialmente as comorbidades mais prevalentes.

A cirurgia bariátrica leva à diversas mudanças no peso e nos contornos corporais, essas mudanças nem sempre acompanharão, de forma imediata, a imagem corporal, uma vez que as mudanças psicológicas podem exigir um tempo maior de elaboração simbólica fazendo, por exemplo, persistir uma percepção de imagem corporal de obeso, mesmo com a perda significativa e esperada de peso (MARIA DA CONSOLAÇÃO *et al.*, 2003).

Alguns autores afirmam que a insatisfação com a imagem corporal pode levar a comportamentos nocivos à saúde, como adesão a dietas inadequadas, assim como o surgimento de psicopatologias, como anorexia, bulimia, transtorno do comer compulsivo, dismorfia corporal, entre outros. As literaturas têm mostrado crescente número de cirurgias bariátricas com relativas falhas nos resultados. Quanto o tempo de cirurgia, maior o número de insucessos relacionados com a falha de perda de peso, ou o mais grave, reganho ponderal associado. Os dados são escassos, mas por vezes ocorre a partir de dois anos de cirurgia e cerca de 30%, a recuperação ocorre entre 18 a 24 meses de pós-operatório. O insucesso nos vários estudos de seguimento maior ou igual a cinco anos varia em torno de 5% a 40% com média de 15% (DALCANALE *et al.*, 2010).

Nesta amostra foi observado insatisfação em relação à autopercepção da imagem corporal mensurado por meio da escala de silhueta ( $7,64 \pm 4,17$ ) e houve correlação com o tempo de cirurgia, onde os pacientes notaram o reganho de peso e influenciou na satisfação da imagem corporal. No estudo de LACERDA e colaboradores, 2018, encontrou-se uma média negativa em relação à insatisfação ( $-6,91 \text{kg/m}^2 \pm 6,40$ ), indicando que a maioria dos pacientes possui uma “meta” de ter um IMC menor do que o apontado como o atual, ou seja, deseja ter uma silhueta menor.

Esclarecer quais são os fatores associados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica é fundamental para a adoção de condutas que evitem com que esse fenômeno ocorra. Existem poucos trabalhos na literatura sobre reganho de peso após a cirurgia bariátrica. É importante observar que, como os indivíduos que recuperam o peso podem não retornar para posterior triagem, este é um viés em potencial dos estudos envolvendo cirurgia bariátrica, já que muitos possuem baixa taxa de retenção dos participantes (ADAMS *et al.*, 2017).

Os mecanismos envolvidos no reganho precisam ser analisados cuidadosamente e podem incluir aumento do consumo energético (atribuído ao alargamento do estoma), mudanças adaptativas nos níveis de hormônios dos intestinos e dos adipócitos (grelina, leptina), mecanismos relacionados ao gasto energético basal e outros ainda não elucidados (SHAH *et al.*, 2006).

Este estudo levantou dados sociodemográfica, clínico e nutricional associados ao reganho de peso e imagem corporal de pós bariátricos. No entanto torna-se evidente a necessidade obter mais esclarecimentos envolvendo a temática proposta com estudo à longo prazo.



## **7. CONCLUSÕES**

Houve predomínio no estudo do sexo feminino, com média de idade entre 40 anos, a maioria era casada e revelou acompanhamento multiprofissional no pós-operatório. Foi observado por meio do protocolo elaborado que com o passar do tempo de cirurgia os pós bariátricos demonstraram a existência progressiva do reganho de peso associada à insatisfação com a imagem corporal autopercebida.

## 8. REFERÊNCIAS

ADAMS, Ted D. et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. **Jama**, v. 308, n. 11, p. 1122-1131, 2012. ANHÊ, Fernando F. et al. The gut microbiota as a mediator of metabolic benefits after bariatric surgery. **Canadian journal of diabetes**, v. 41, n. 4, p. 439-447, 2017.

ARORA, T.; BÄCKHED, Fredrik. The gut microbiota and metabolic disease: current understanding and future perspectives. **Journal of internal medicine**, v. 280, n. 4, p. 339-349, 2016.

BARROS, Livia Moreira et al. Evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 21-27, 2015.

BARROS, Livia Moreira et al. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1365-1375, 2013.

BARROSO, Maysa Ferraz Reis et al. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA/SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND CLINIC FOR SURGERY PATIENTS BARIATRIC. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, 2018.

BASTOS, E. C. et al. Determinants of weight regain after bariatric surgery. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD= Brazilian archives of digestive surgery**, v. 26, p. 26, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. Vida para o consumo: transformando as pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: J. 2007.

BELELI, Célia Valbon. Los predictores de pérdida de peso en los pacientes sometidos a la derivación gástrica en Y de Roux. **BMI-Journal**, v. 1, n. 1, 2011.

BERG, Patrick; MCCALLUM, Richard. Dumping syndrome: a review of the current concepts of pathophysiology, diagnosis, and treatment. **Digestive diseases and sciences**, v. 61, n. 1, p. 11-18, 2016.

BERTI, L. V.; CARAVATTO, P. P. P. Importância da obesidade no Brasil e no mundo. **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu**, 2012.

BRANCO, Lucia Maria; HILÁRIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)>.

BRASIL. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. 2013. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)>.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BUCHWALD, Henry et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. **Jama**, v. 292, n. 14, p. 1724-1737, 2004.

BURGOS G. **Nutrição em cirurgia bariátrica.** Rio de Janeiro: Rubio; 2014.

CALDEIRA, Thaís Pillotto Duarte; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli; MIYAZA, Maria Cristina de Oliveira Santos. Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica/Factors associated with weight regain after bariatric surgery. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 883-900, 2020.

CAMBI, Maria Paula Carlini; MARCHESINI, Simone Dallegre; BARETTA, Giorgio Alfredo Pedroso. Post-bariatric surgery weight regain: evaluation of nutritional profile of candidate patients for endoscopic argon plasma coagulation. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015.

CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho et al. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 437-446, 2009.

CAMPISCIANO, G. et al. Gut microbiota characterisation in obese patients before and after bariatric surgery. **Beneficial microbes**, v. 9, n. 3, p. 367-373, 2018.

CAMPOS, Josemberg Marins. A SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA-SBCBM-PRIORIZA O INCENTIVO À PRODUÇÃO CIENTÍFICA. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, p. 1-1, 2015.

CARDOSO, PRISCILLA DE OLIVEIRA. **PRETTY HURTS O culto ao corpo como forma de opressão à mulher.**

CASH, Thomas F.; GRASSO, Kristin. The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. **Body Image**, v. 2, n. 2, p. 199-203, 2005.

CASTRO, M. R. Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Juiz de Fora: MR Castro. Dissertação de Mestrado em Educação Física apresentada a Universidade Federal de Juiz de Fora-MG. deportes.** Ano, v. 10, p. 93-107, 2009.

CJ, Stein; COLDITZ, G. A. The epidemic of obesity. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 89, p. 2522-5, 2004.

COELHO, Júlio César Uili et al. Manual de Clínica Cirúrgica: cirurgia geral e especialidades. **São Paulo: Atheneu**, p. 959-971, 2009.

COSTA, Anna Christina Charbel et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta paul enferm**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.

COSTA, Roberto Coelho Netto da Cunha et al. Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 51, n. 3, p. 165-170, 2014.

COSTA, Gabrielle Carassini et al. **Cirurgia Bariátrica: Um tratamento para todos, a cirurgia de cada um**. Editora Senac São Paulo, 2020.

CRUZ, Magda Rosa Ramos da. MORIMOTO, Ivone Mayumi Ikeda. Intervenção Nutricional no Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**. v.17, n.2, pp. 263-272, 2004.

DA CUNHA, Ana Cristina Pretto Tenório; DA CUNHA JÚNIOR, Arnaldo Tenório; NETO, Cândido Simoes Pires. Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & performance journal**, n. 3, p. 146-154, 2006.

DALCANALE, Lorença et al. Resultado nutricional a longo prazo após o bypass gástrico. **Cirurgia de obesidade**, v. 20, n. 2, pág. 181-187, 2010.

DA LUZ, Felipe Quinto; DA SILVA OLIVEIRA, Margareth. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, n. 40, 2013.

DA SILVA, Helen Belarmino Alves et al. Percepção da imagem corporal e tolerância alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um Hospital do Sul de Minas Gerais. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 41, n. 2, p. 123-140, 2018.

DE ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em estudo**, v. 10, n. 1, p. 27-35, 2005.

DE ANDRADE, Nara Saade; GONÇALVES, Charlisson Mendes; BRETAS, Stela Maris. A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA CIRURGIA BARIÁTRICA. 2013

DE OLIVEIRA, Michelle Santos et al. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. **Cogitare enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 90-94, 2013.

DE OLIVEIRA VASCONCELOS, Patrícia; DA COSTA NETO, Sebastião Benício. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 39, n. 1, p. 3, 2008.

DE SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. **História da beleza no Brasil**. Editora Contexto, 2014.

DE SOUSA JÚNIOR, João Henriques; MELO, Francisco Vicente Sales. Moda “Só para Maiores”: experiência de consumo de pessoas obesas em lojas especializadas de vestuário plus size. **Revista Administração em Diálogo-RAD**, v. 20, n. 3, p. 110-123, 2018.

DE SOUSA JÚNIOR, João Henriques; MELO, Francisco Vicente Sales. Moda além do “G”: hábitos e preferências de consumo de vestuário de consumidores plus size. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, 2019.

DE SOUSA JÚNIOR, João Henriques. Fat Pride: O movimento de autoaceitação corporal e seus reflexos no mercado de moda brasileiro. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 2, n. 4, p. 10-13, 2020.

DE SOUZA, Álina Célia Silva et al. Presença de comorbidades, uso de medicamentos e suplementos nutricionais por mulheres com reganho de peso após 24 meses de bypass gástrico. **RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento**, v. 12, n. 74, p. 738-744, 2018.

DE ZWAAN, Martina et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. **Journal of affective disorders**, v. 133, n. 1-2, p. 61-68, 2011.

DEL PRIORE, Mary. Prefácio In: WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios. **Do Altar as passarelas – da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

DINIZ, Maria de Fátima Haueisen Sander et al. Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em Y de ROUX, no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de super obesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. **Rev. méd. Minas Gerais**, p. 183-190, 2008.

DINIZ, M. T. C.; MACIANTE, B. A. Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2012.

DO VALE ROSA, Thyago; CAMPOS, Denise Teles Freire. Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 9, n. 1, p. 105-133, 2009.

DOS SANTOS NEVES, Alden; DE OLIVEIRA MENDONÇA, André Luís. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 619-631, 2014.

ECO, Umberto. **História da Beleza**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

EMOUS, Marloes et al. The short-to mid-term symptom prevalence of dumping syndrome after primary gastric-bypass surgery and its impact on health-related quality of life. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 13, n. 9, p. 1489-1500, 2017.

FERREIRA, André; PEREIRA, Anabela. Avaliação da imagem corporal na cirurgia bariátrica: o contributo português. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 1, p. 50-56, 2018.

FERREIRA, A.; PEREIRA, A. Escalas de silhuetas para avaliar imagem corporal na obesidade grave: revisão sistemática. In: **Livro de actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. 2016. p. 803-809.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190024, 2019.

FINGERET, Michelle Cororve; GLEAVES, David H.; PEARSON, Crystal A. On the methodology of body image assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. **Body image**, v. 1, n. 2, p. 207-212, 2004.

FRANQUES, AIDA REGINA MARCONDES; ARENALES-LOLI, MARIA SALETE. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. Vetor Editora, 2006.

GUO, Yan et al. Gut microbiota after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy in a diabetic rat model: Increased diversity and associations of discriminant genera with metabolic changes. **Diabetes/metabolism research and reviews**, v. 33, n. 3, p. e2857, 2017.

GUO, Yan et al. Modulation of the gut microbiome: a systematic review of the effect of bariatric surgery. **European journal of endocrinology**, v. 178, n. 1, p. 43-56, 2018.

HEALTHDATA. Overweight and Obesity Viz. **HealthData Website** [2014]. Disponível em <[www.healthdata.org.br](http://www.healthdata.org.br)>. Acesso em: 13/06/2020.

HILDEBRANDT, Tom; WALKER, D. Catherine. Evidence that ideal and attractive figures represent different constructs: A replication and extension of Fingeret, Gleaves, and Pearson (2004). **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 173-182, 2006.

ILHAN, Zehra Esra et al. Distinctive microbiomes and metabolites linked with weight loss after gastric bypass, but not gastric banding. **The ISME journal**, v. 11, n. 9, p. 2047-2058, 2017.

JACOB, Helena. Redes sociais, mulheres e corpo: um estudo da linguagem fitness na rede social Instagram. **Revista Comunicare**, v. 14, n. 1, p. 88-105, 2014.

KAC, Gilberto et al. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **The Journal of nutrition**, v. 134, n. 3, p. 661-666, 2004.

KAKESHITA, Idalina Shiraishi et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.

KAKESHITA, Idalina Shiraishi. **Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

KANERVA, Noora et al. Changes in total energy intake and macronutrient composition after bariatric surgery predict long-term weight outcome: findings from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 106, n. 1, p. 136-145, 2017.

KARGBO, Majida. Toward a new relationality: digital photography, shame, and the fat subject. **Fat Studies**, v. 2, n. 2, p. 160-172, 2013.

KARMALI, Shahzeer et al. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. **Obesity surgery**, v. 23, n. 11, p. 1922-1933, 2013.

KORMANOVA, Karin et al. Is laparoscopic adjustable gastric banding a day surgery procedure?. **Obesity surgery**, v. 14, n. 9, p. 1237-1240, 2004.

KOVALESKI, Elenara Simoni et al. Perfil farmacoterapêutico de pacientes obesos no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 15, n. 3, 2016.

LACERDA, ROSANA et al. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 2, 2018.

LAURENIUS, Anna et al. Dumping symptoms is triggered by fat as well as carbohydrates in patients operated with Roux-en-Y gastric bypass. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 13, n. 7, p. 1159-1164, 2017.

LAUS, Maria Fernanda et al. Imagem corporal no Brasil: Avanços recentes no estado de conhecimento e em questões metodológicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 331-346, 2014.

LE CHATELIER, Emmanuelle et al. Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. **Nature**, v. 500, n. 7464, p. 541-546, 2013.

LIPOVETSKY, Gilles. Da leveza: rumo a uma civilização sem peso. **Barueri-SP, Amarilys**, 2016.

LOPES, M.C. FUGINDO DO CÁRCERE: **Vivências e Percepções de Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica**. Dissertação de Mestrado – UFRJ/NESC. 2004.

LOTTENBERG, Ana Maria P. Tratamento dietético da obesidade. **Einstein**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2006.

MAGGARD, Melinda A. et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. **Annals of internal medicine**, v. 142, n. 7, p. 547-559, 2005.

MAKKES, Sabine. Intensive inpatient treatment for severely obese children and adolescents: costs and effects. **Academisch proefschrift, VU University Amsterdam. Amsterdam: Auteur**, 2015.

MARCELINO, Flavia Cardoso. Avaliação das práticas de atividade física em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em y de roux com anel. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n. 43, 2014.

MARCHESINI, Simone Dallegrave; ANTUNES, Maria Cristina. A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do ganho do peso. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 2, 2017.

MARIA DA CONSOLAÇÃO, G. Cunha F. et al. **Imagem corporal-Conceito e desenvolvimento**. Editora Manole Ltda, 2003

MARTINS, Clara Estima; VIEIRA, Filipa Mucha. Consulta de Psicologia no pré-operatório da obesidade. **Cadernos de Saúde**, v. 4, n. Especial, p. 65-67, 2011.

MAUSS, Marcel. Morfologia Social: ensaio sobre as variações sazonais das sociedades esquimós. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, p. 423-505, 2003.

MAZZEO, Suzanne E.; SAUNDERS, Ronna; MITCHELL, Karen S. Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. **Eating behaviors**, v. 6, n. 3, p. 189-196, 2005.

MECHANICK, Jeffrey I. et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 2, p. 159-191, 2013.

MCTIGUE, Kathleen et al. Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. **Jama**, v. 296, n. 1, p. 79-86, 2006.

MEDEIRO, Sandra Aparecida; FRANÇA, Lúcia Helena; EVANGELHO HERNANDEZ, José Augusto. Validação da Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal com Obesas Mórbidas. **Psicologia & Conexões**, v. 1, n. 1, 2020.

MOGHADDAM, Alireza Ansary; WOODWARD, Mark; HUXLEY, Rachel. Obesity and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of 31 studies with 70,000 events. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 16, n. 12, p. 2533-2547, 2007.

MOIZÉ, Violeta L. et al. Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. **Obesity surgery**, v. 20, n. 8, p. 1133-1141, 2010.

MOREIRA, Marcella de Arruda et al. Intolerâncias alimentares e sintomas associados em pacientes submetidos à técnica de Fobi-Capella sem anel gástrico. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, n. 1, p. 36-39, 2015.

MURPHY, Rinki et al. Differential changes in gut microbiota after gastric bypass and sleeve gastrectomy bariatric surgery vary according to diabetes remission. **Obesity surgery**, v. 27, n. 4, p. 917-925, 2017.

NETA, Marta Batista de Souza. Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, p. 108-116, 2019.

NICIDA, Denise Pirillo; MACHADO, Kátia Souza. O uso de duas escalas de silhueta na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão de literatura. **InterfaceEHS**, v. 9, n. 2, p. 21-36, 2014.

NORONHA, Daniele Durães et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 463-474, 2016.

OKEKE, Francis; ROLAND, Bani Chander; MULLIN, Gerard E. The role of the gut microbiome in the pathogenesis and treatment of obesity. **Global advances in health and medicine**, v. 3, n. 3, p. 44-57, 2014.



OLIVEIRA, Ana Paula da Silva Vasques; RIBEIRO, Maria Alexina. Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 3, p. 65-74, 2013.

OLIVEIRA, C. C. A.; PINTO, Sônia Lopes. Perfil nutricional e perda de peso de pacientes submetidos à cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 31, n. 1, p. 18-22, 2016.

OLIVEIRA, Fátima Palha de et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n. 6, p. 348-356, 2003

OLIVEIRA, Letícia Langlois. Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: variáveis culturais e psicológicas. 2009.

PALLEJA, Albert et al. Roux-en-Y gastric bypass surgery of morbidly obese patients induces swift and persistent changes of the individual gut microbiota. **Genome medicine**, v. 8, n. 1, p. 67, 2016.

PECH, Nicole et al. Complications, reoperations, and nutrient deficiencies two years after sleeve gastrectomy. **Journal of obesity**, v. 2012, 2012.

PEDROSA, Isabella Valois et al. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 316-322, 2009.

PEREIRA, Janiele Francine et al. Caracterização psicológica de pacientes com ganho de peso pós-cirurgia bariátrica. 2017.

PROENÇA, Caio. **São Paulo na década de 1920: a construção de uma cidade para as elites**. Disponível em: [http://www.encontro2012.sp.anpuh.org/resources/anais/17/1342564465\\_ARQUIVO\\_Resumo\\_UNICAMP2012.pdf](http://www.encontro2012.sp.anpuh.org/resources/anais/17/1342564465_ARQUIVO_Resumo_UNICAMP2012.pdf). Acessado em: 22/09/2015.

QUEIROZ, I. L. et al. Perfil antropométrico de pacientes antes e após gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 4, p. 419-423, 2014.

REZENDE, Fabiana Faria. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROBINSON, Kathleen M. **The Fat Acceptance Movement Contesting Fatness as Illness, 1969-1998**. The University of Wisconsin-Madison, 2014.

ROCHA, Andréa Cajaí; DOS REIS HOCIKO, Karina; DE OLIVEIRA, Tatiane Vanessa. Comportamento e hábitos alimentares dos pacientes pós cirurgia bariátrica. **Revista de comportamento, cultura e sociedade**. v.6, n.1, p.1-18, 2018.

SALAMEH, Bernard S.; KHOUKAZ, Maya T.; BELL, Robert L. Metabolic and nutritional changes after bariatric surgery. **Expert review of gastroenterology & hepatology**, v. 4, n. 2, p. 217-223, 2010.

SANTOS, Ligia Pedrosa dos et al. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida de trabalhadores da saúde. 2018.

SCABIM, Veruska Magalhães; ELUF-NETO, Jose; TESS, Beatriz Helena. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 4, p. 497-506, 2012.

SENKO, Elaine Cristina. Uma jornada histórica de Umberto Eco em busca da beleza. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 15, n. 173, p. 110-112, 2015.

SILVA, R. S. Seguimento tardio e avaliação da cirurgia bariátrica. **Silva RS. Cuidados pré e pós-operatório na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE**, p. 449-62, 2005.

SCHULTHEISZ, Thais Sisti De Vincenzo. Oficinas de Memória como recurso protetivo no processo de envelhecimento normal e sua repercussão na autoestima e qualidade de vida. São Bernardo do Campo 2019. 2019.

SHAH, Meena; SIMHA, Vinaya; GARG, Abhimanyu. Impacto em longo prazo da cirurgia bariátrica no peso corporal, comorbidades e estado nutricional. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 91, n. 11, pág. 4223-4231, 2006.

SEGAL, A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. **Halpern A, Mancini MC. Manual de obesidade: para clínicos e outros especialistas (no prelo)**, 2002.

SEGAL, Adriano; LIBANORI, Hilton Telles; AZEVEDO, Alexandre. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. **Obesity Surgery**, v. 12, n. 4, p. 598-601, 2002.

SEGANFREDO, F. B. et al. Weight-loss interventions and gut microbiota changes in overweight and obese patients: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 8, p. 832-851, 2017.

SEGURA, Dora de Castro Agulhon et al. ANALISE DA IMAGEM CORPORAL E SATISFAÇÃO COM O PESO EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA/ANALYSIS OF BODY IMAGE AND SATISFACTION WITH WEIGHT IN INDIVIDUALS SUBMITTED SURGERY BARIATRIC. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 3, 2017.

SILVA, Carla Glenda Souza. Qualidade de vida das pessoas com a síndrome lipodistrófica (SLD) e AIDS. In: **II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR**. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2010.

SILVA, M. J.; NOGUEIRA, S. Obesidade infantil desafia pais e gestores [Internet]. **Goiânia (GO): Secretaria de Estado da Saúde–Governo do Estado de Goiás**, 2019.

SONODA, André Vieira. Análises dos Índices de Pressão Sonora no Campus I da UFPB em 2015 e suas Implicações para a Educação. **RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 2, n. 4, p. 184-199, 2016.

STEYER, Nathalia Helene et al. Perfil clínico, diagnósticos y cuidados de enfermería para pacientes en el post-operatorio de la cirugía bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.

STENZEL, Lucia Marques. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. **Transtornos Alimentares e Obesidade**, p. 73-81, 2006.

SUTTER, Carolyn; NISHINA, Adrienne; ADAMS, Ryan E. How you look versus how you feel: associations between BMI z-score, body dissatisfaction, peer victimization, and self-worth for African American and white adolescents. **Journal of adolescence**, v. 43, p. 20-28, 2015.

TACK, Jan et al. Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. **Nature reviews Gastroenterology & hepatology**, v. 6, n. 10, p. 583, 2009.

TEIXEIRA, Filipa; MAIA, Ângela. Factores preditores do insucesso na gastrobandoplastia: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 2, p. 212-223, 2011.

TRUBY, Helen; PAXTON, Susan J. Development of the children's body image scale. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 41, n. 2, p. 185-203, 2002.

VAN BEEK, A. P. et al. Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and management. **Obesity reviews**, v. 18, n. 1, p. 68-85, 2017.

WANZELLER, Cinndy Jhessy Farias. Repercussão metabólica do ganho de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. 2013.

WEINBERGER, Natascha-Alexandra et al. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. **Obesity facts**, v. 9, n. 6, p. 424-441, 2016.

WILLIAMSON, D. A. et al. Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. **International journal of obesity**, v. 24, n. 10, p. 1326-1332, 2000.

WILLIAMSON, Samantha; DELIN, Catherine. Young children's figural selections: Accuracy of reporting and body size dissatisfaction. **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, n. 1, p. 80-84, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World Health Organization obesity and overweight fact sheet. 2016.

XAVIER, Gabriela Salim; PASIAN, Sonia Regina; ALMEIDA, Sebastião Sousa. Assessment of Body Image: instruments available in Brazil. **Psico-USF**, v. 20, n. 3, p. 529-545, 2015.

ZANETTE, Maria Carolina; LOURENÇO, Carlos Eduardo; BRITO, Eliane Pereira Zamith. O peso do varejo, o peso no varejo e a identidade: uma análise de consumidoras plus size. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 6, p. 539-550, 2013.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – Protocolo elaborado para ser implementado na autopercepção da imagem corporal e correlacionar ao ganho de peso em pós bariátricos

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

##### SOCIODEMOGRÁFICO

**Nome Completo:**

**Data de Nascimento:**

**Telefone de contato com DDD:**

**Data da cirurgia bariátrica:**

**Peso atual:**

**Peso pré-cirúrgico:**

**Menor peso que alcançou após a cirurgia bariátrica:**

**Altura:**

**Peso desejado:**

**Sexo:**

F ( ) M ( )

**Escolaridade:**

Fundamental Incompleto ( )

Fundamental Completo ( )

Superior Incompleto ( )

Superior Completo ( )

Pós-graduação ( )

Outros ( )

**Renda Familiar:**

Até R\$ 2000,00 ( )

Entre R\$2000,00 e R\$ 5000,00 ( )

Entre R\$ 5000,00 e R\$ 8000,00 ( )

Entre R\$ 8000,00 e R\$ 11000,00 ( )

Acima de R\$ 11000,00 ( )

**Estado Civil:**

Casado (a) ( )

Solteiro (a) ( )

União estável ( )

Separado/Divorciado (a) ( )

Viúvo (a) ( )

**Comorbidades pré-cirúrgicas:**

Doença Cardiovascular ( )

Diabetes ( )

Dislipidemia ( )

Hipertensão Arterial ( )

Hipotireoidismo ( )

Esteatose hepática ( )

Outra doença crônica ( )

Nenhuma comorbidade pré-cirúrgica ( )

**Medicamentos que usava antes da cirurgia:**

**Medicações que continua após a cirurgia:**

**Realizou acompanhamento pós cirúrgico com equipe multidisciplinar:**

**Faz exercício físico regularmente:**

Sim ( )

Não ( )

## **FEEDBACK SOCIAL**

**Em que época da vida iniciou o ganho de peso:**

**Em que época da vida iniciou o processo de insatisfação com o corpo:**

**Qual foi a motivação para a cirurgia:**

**Teve apoio familiar no período pós-cirúrgico:**

Sim ( )

Não ( )

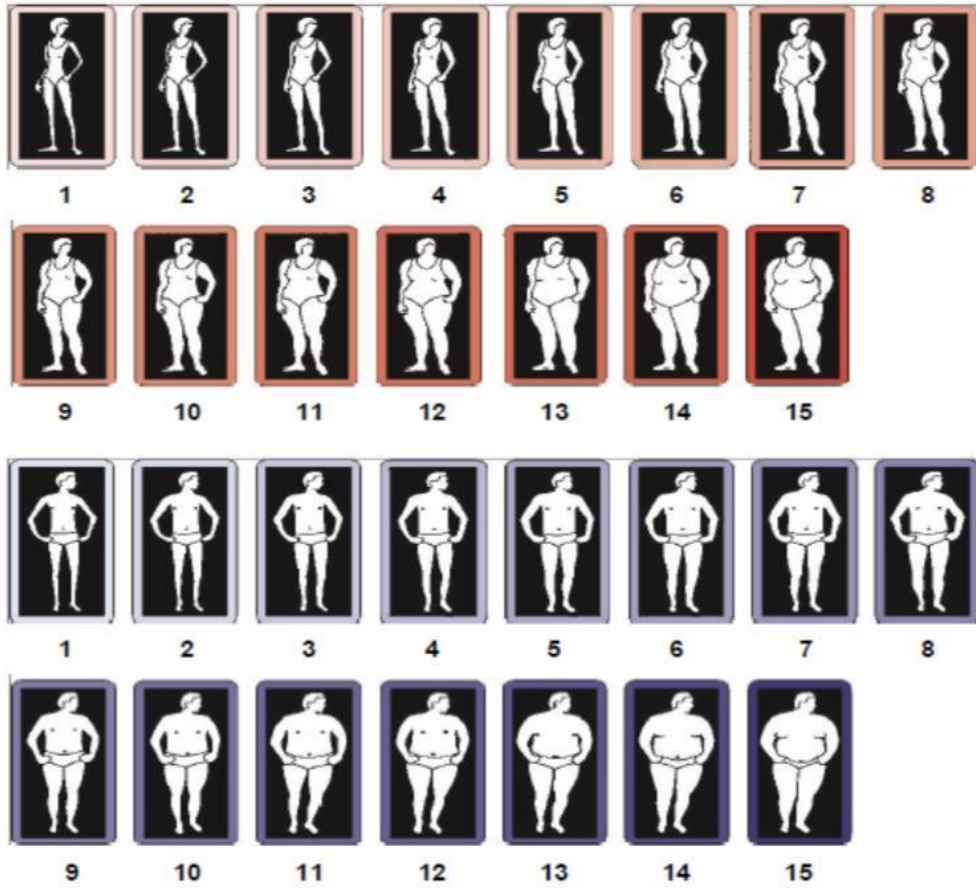
**Se teve apoio familiar, quanto isso foi importante na sua evolução:**

**Preconceitos vivenciados com a opção pela cirurgia:**

**Preconceitos vivenciados pelo reganho de peso:**

## **ESCALA DE FIGURA DE SILHUETAS**

**Selecione, de acordo com o seu sexo, a numeração da silhueta que você se identifica no momento:**



1 ( )

3 ( )

5 ( )

7 ( )

9 ( )

11 ( )

13 ( )

15 ( )

2 ( )

4 ( )

6 ( )

8 ( )

10 ( )

12 ( )

14 ( )

## APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa "Protocolo de Avaliação de Indivíduos Submetidos à Cirurgia Bariátrica Associada à Imagem Corporal", sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lismeia Raimundo Soares e colaboração da Pro<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roberta Soares Casaes, a qual pretende traçar o perfil sociodemográfico, clínico epidemiológico, qualidade de vida e a correlação com DCNT e a autopercepção da imagem corporal, em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de um roteiro de entrevista, para identificação do estado nutricional e da qualidade de vida. Irá conter perguntas sobre ações do dia a dia e como você se sente em relação a sua vida, como o seu peso e a percepção da sua imagem corporal.

Informamos e orientamos que os riscos de sua participação são a sensação de constrangimento ou desconforto, cansaço, alteração de humor, sentimento de culpa e vergonha ao responder ao formulário. Caso alguma dessas situações ocorram, você poderá entrar em contato conosco. Os riscos relacionados à coleta de dados podem ser considerados mínimos. Os dados serão armazenados e mantidos em sigilo por pelo menos 5 anos e, a pesquisadora responsável acompanhará todas as etapas do processo, conforme orientações das Resoluções 466/12 e/ou 510/16 e orientações do CEP/ENSP. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação e acompanhamento dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica no estado do Rio de Janeiro/RJ, que permitirá conhecer e instituir estratégias de autopercepção da imagem corporal para este público alvo em específico.

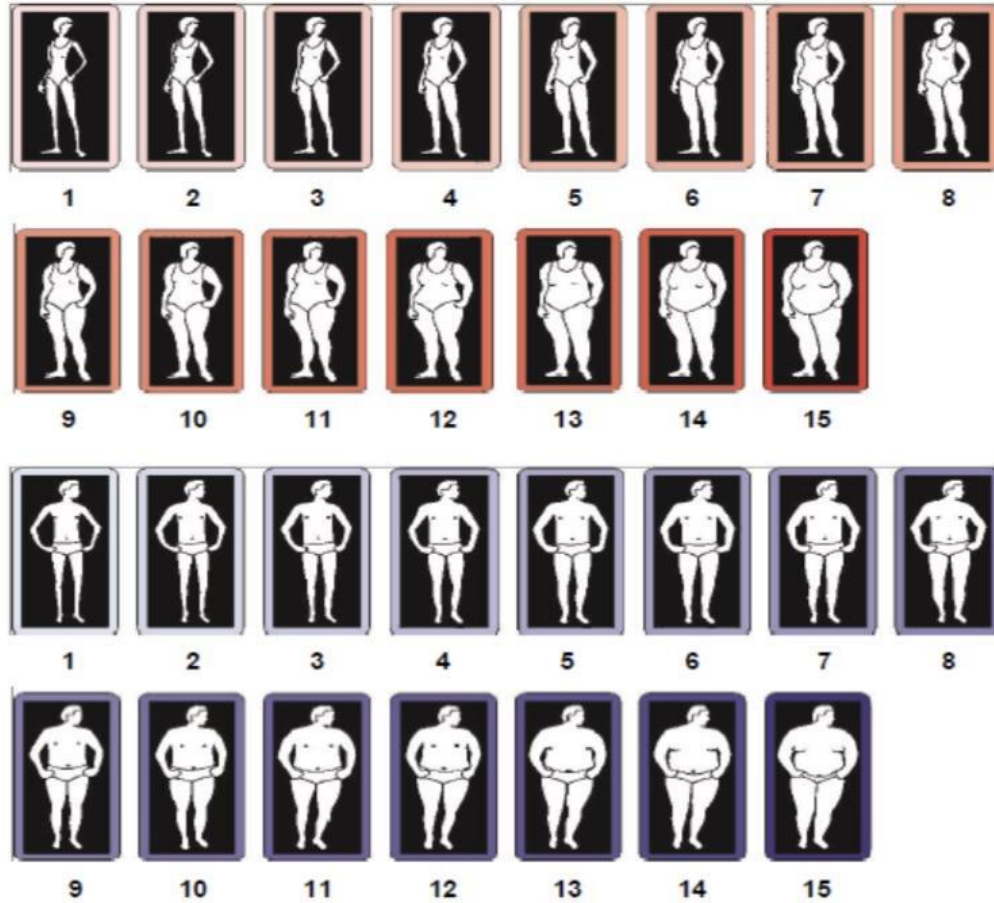
Se depois de consentir em sua participação, o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, em qualquer parte da pesquisa, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Av. Aloísio da Silva Gomes, 50, Granja dos Cavaleiros, Macaé-RJ. 27930-560, pelo telefone (22) 98155-9882/ e-mail: lismeia@gmail.com ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ – Macaé (CEP UFRJ-Macaé), através do e-mail: cepufrjmacaé@gmail.com.

Se houver alguma dúvida quanto às informações que forneci, garantimos o livre acesso ao conteúdo e você poderá solicitar mais esclarecimentos sobre o estudo. Será entregue ao (à) Sr. (a) uma via deste consentimento para maior segurança (envio por e-mail) e, caso seja necessário, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética responsável sobre a autorização da pesquisa.

## ANEXOS

### ANEXO I – Escala de Figuras de Silhuetas



Fonte: KAKESHITA, Idalina Shiraishi et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.