

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM INDIVÍDUOS PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Amanda Cristina Torralbo Pugliesi¹, Ana Laura Moreti de Lima¹, Luiza Amaral Vilela¹
Marina Garcia Manochio-Pina¹

RESUMO

Introdução e objetivo: A obesidade é uma doença crônica não transmissível, considerada pela Organização Mundial de Saúde uma epidemia mundial. A Cirurgia Bariátrica (CB) é uma alternativa do tratamento da obesidade. Além dos impactos físicos, a obesidade acarreta também impacto psicológico, que reflete de forma negativa na vida do indivíduo, e pode persistir ou se intensificar no pós-cirúrgico. O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção e satisfação da imagem corporal de indivíduos pós-cirurgia bariátrica. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, quantitativa de caráter descritivo, cuja coleta foi realizada online através do Google Forms. A percepção e a satisfação quanto à imagem corporal foram investigadas através da Escala de Silhuetas para Cirurgia da Obesidade (ESCO). Os dados foram submetidos à análise descritiva para a caracterização da população estudada, foi realizada uma Matriz de Correlações e considerou-se o nível de significância de 5%. **Discussão:** De acordo com a Sociedade Brasileira de CB e Metabólica, mais de 70% das CBs realizadas no Brasil são feitas em mulheres, com média de idade entre 35 e 50 anos. **Resultados e conclusão:** A população estudada foi predominantemente do sexo feminino (90,2%) e a idade média foi de 37,8 anos. Quanto à percepção da imagem corporal, 29,4% dos participantes se classificaram com IMC menor que o atual calculado, em contrapartida 70,6% se percebiam com um IMC maior do que realmente possuíam. Os pacientes submetidos à CB permanecem insatisfeitos com sua imagem corporal e demonstram comportamento de risco para transtornos alimentares.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica. Imagem corporal. Obesidade. Transtornos Alimentares.

E-mail dos autores
amandatorralbo@gmail.com
analaure.moretti24@gmail.com
luiza_vilela@outlook.com
marina.manochio@unifran.edu.br

ABSTRACT

Perception of body image in individuals after bariatric surgery and its relationship with eating disorders

Introduction and objective: Obesity is a chronic not transmissible disease, considered a world epidemic by the World Health Organization. Bariatric surgery (BC) is an alternative treatment for obesity. Besides the physical impacts, obesity also has a psychological impact, which reflects negatively on the individual's life and may persist or intensify after surgery. The present study aimed to analyze the perception and satisfaction of body image of individuals after bariatric surgery. **Materials and methods:** this is a cross-sectional, quantitative, descriptive research, whose collection was performed online using Google Forms. The perception and satisfaction regarding body image were investigated through the Silhouettes Scale for Obesity Surgery. The data were submitted to descriptive analyses for the characterization of the study population, a Correlation Matrix was performed, and a 5% significance level was considered. **Discussion:** According to the Brazilian Society of BC and Metabolic, more than 70% of BCs performed in Brazil are done in women, with a average between 35 and 50 years. **Results and conclusion:** The studied population was predominantly female (90,2%) and the average was 37,8 years, as for the perception of body image, 29,4% of the participants classified themselves with a BMI lower than the current calculated one, on the other hand, 70,6% perceived themselves with a BMI higher than the one they actually had. Patients undergoing BC remain dissatisfied with their body image and demonstrate risk behavior for eating disorders.

Key words: Bariatric Surgery. Body Image. Obesity. Eating.

1 - Universidade de Franca, Franca-São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) caracterizada pelo excesso de peso proveniente do acúmulo de gordura corporal, definido por um Índice de Massa Corporal (IMC) - calculado através do peso dividido pela estatura ao quadrado - igual ou superior a 30 kg/m^2 . Além de representar um fator de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades, tais como doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus tipo 2, também ocasiona grande impacto no funcionamento psicológico do indivíduo (WHO, 2000).

Devido à prevalência crescente dos últimos anos em proporção global, a obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma epidemia mundial relacionada ao comportamento alimentar e ao nível de atividade física, a qual representa um dos mais graves problemas de saúde pública (WHO, 2014).

No Brasil, dados publicados pelo Vigitel em 2022 demonstraram que 57,2% dos indivíduos estão com excesso de peso e 22,4% já se encontram com obesidade, representando um aumento de 3,4% e 3,5%, quando comparado à pesquisa realizada no ano de 2016 (Brasil, 2022; Brasil, 2016).

Dados da Trust for America's Health (TFAH) apontam o crescimento disparado da taxa de obesidade em adultos americanos, com um aumento de 26,8% desde 2008. Atualmente, 42,2 % da população adulta dos EUA estão com obesidade (Sturm, Hattori, 2013; TFAH, 2020).

A alteração no estilo de vida da população mundial para hábitos majoritariamente sedentários, o aumento do teor de gordura nos alimentos, bem como as dietas de grande densidade energética baseadas no alto consumo de alimentos ultra processados parecem ser fatores importantes no aumento de peso global.

Entretanto, a etiologia da obesidade possui caráter multifatorial que vai muito além do desequilíbrio energético representado pelo binômio ingestão e gasto calórico. Por se tratar de uma doença crônica, contempla os fatores genético, ambiental, comportamental e autores enfatizam a importância das condições psicossociais (Swinburn e colaboradores, 2015).

Sabe-se que o tratamento dietoterápico clássico da obesidade envolve modificação do

consumo alimentar e prática regular de exercícios físicos, podendo estar associado ao uso de medicamentos, porém, quando estas tentativas não são eficazes, a Cirurgia Bariátrica (CB) pode ser considerada uma alternativa do tratamento (ABESO, 2016).

Dentre as técnicas cirúrgicas mais realizadas para a promoção do emagrecimento, encontra-se o bypass gástrico em Y-de-Roux, que se caracteriza por ser restritiva, limitando o volume de ingestão alimentar, e disabsortiva, diminuindo a absorção dos nutrientes e, conseqüentemente, o aproveitamento energético das refeições (Hydock, 2005; Mechanick e colaboradores, 2019).

Existe indicação cirúrgica para o indivíduo que apresentar um IMC acima de 40 kg/m^2 ou maior que 35 kg/m^2 com comorbidades associadas (SBCBM, 2018). Muitos indivíduos, vivenciando conflitos com a alimentação e o corpo, ao preencher os critérios de indicação para a cirurgia, têm então buscado esta alternativa para a perda ponderal de peso, fazendo com que o número de pacientes submetidos à redução de estômago cresça anualmente, o Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias realizadas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Como já mencionado, além dos impactos físicos, a obesidade também acarreta repercussões no estado psicológico, que podem resultar em distúrbios da Imagem Corporal (IC), depressão, ansiedade, baixa autoestima o que, por sua vez, refletem de forma negativa na vida profissional e nas relações interpessoais (Viana e Leal, 2013; Segura e colaboradores, 2016).

Vianna e Leal (2013), afirmam que os indivíduos com obesidade podem apresentar transtornos relacionados ao comportamento alimentar, como a compulsão e a percepção inaccurada de sua própria imagem, devida insatisfação com o corpo e peso.

O termo IC é um construto multidimensional que engloba aspectos cognitivos, culturais e fisiológicos e 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 (Tavares, 2003).

A percepção da IC tem sido amplamente investigada em pacientes durante o pós-operatório da CB uma vez que a reestruturação perceptiva, que demanda mudança psicológica para a elaboração

simbólica do novo formato corporal, ocorre de forma mais lenta do que a rápida e maciça perda de peso (Gardner e colaboradores, 2010).

A preocupação excessiva com a aparência física pode resultar em distúrbios da autoimagem em duas dimensões: perceptiva e atitudinal. A perceptiva é referente à precisão com que o indivíduo estima o tamanho e a forma do próprio corpo: ele pode indicar com exatidão as medidas, subestimá-las ou superestimá-las, o que caracteriza uma inacurácia na autopercepção da IC. Já a atitudinal, diz respeito às atitudes e sentimentos relacionados ao próprio corpo, decorrentes da satisfação ou insatisfação com a própria imagem (Resende e colaboradores, 2018).

Ao perder rapidamente uma quantidade massiva de peso, o paciente pós-bariátrica pode passar a ter sua IC inacurada, tornando-se mais vulnerável ao apelo ao corpo magro cultuado socialmente (Rezende, 2011).

A insatisfação com a IC e a depreciação do próprio corpo podem levar o indivíduo a apresentar comportamentos nocivos à saúde, como adesão a dietas inadequadas, e aumentar o risco do surgimento de psicopatologias, tais como os Transtornos Alimentares (TA) (Viana e Leal, 2013; Lacerda, 2018).

Sendo assim, considera-se que a inacurácia na percepção da IC se agrava em pacientes submetidos à CB, podendo dificultar a adesão aos novos hábitos necessários e ocasionando consequências negativas, como reganho de peso, carências nutricionais e, até mesmo, o risco de morte (Souza e colaboradores, 2008).

Tendo em vista o aumento do número de pacientes realizando CB e os problemas psicológicos e nutricionais supracitados, deve-se chamar a atenção para a necessidade de uma equipe multiprofissional para o acompanhamento pré e pós-cirúrgico.

Desta forma, podem-se identificar comportamentos de risco e minimizar as chances de desfechos clínicos desfavoráveis (Almeida e colaboradores, 2011), como as complicações pós-operatórias e problemas psicossociais relacionados ao funcionamento físico, mental e social, assim como à IC e a aspectos cognitivos (Ferreira e Pereira, 2017).

O presente estudo buscou investigar a percepção da Imagem Corporal em pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica e sua relação com Transtornos Alimentares.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, quantitativa de caráter descritivo, cuja coleta foi realizada online e divulgada através de mídias sociais. Todos os indivíduos que, após observarem os critérios de inclusão, se consideraram aptos a participar, puderam preencher o formulário via Google Forms.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla, realizada com indivíduos pré e pós CB, cujos objetivos foram avaliar o risco de TAs e consumo abusivo de álcool, bem como a percepção da IC de pacientes pós CB.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os sexos, que já tenham realizado o procedimento com acompanhamento feito nas clínicas particulares e/ou públicas do Brasil, ter idade superior a 18 anos.

Os critérios de não inclusão foram: mulheres em situação de gestação e que apresentarem deficiência auditiva ou de comunicação que inviabilize a resposta do questionário.

Aqueles que se encaixaram nos critérios de inclusão e aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando sua concordância em participar da pesquisa a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca CAAE: 21777019.0.0000.5495, comprometendo-se a cumprir as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A avaliação antropométrica foi composta por medidas antropométricas, relatadas pelos participantes, de peso e estatura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Dados como idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar foram obtidos por meio de um questionário estruturado.

A IC, referente à percepção corporal, foi investigada pela Escala de Silhuetas para Cirurgia da Obesidade (ESCO) (SBCBM, 2018).

Esta é constituída por 11 figuras em preto e branco representativas de volumes corporais, distribuídos por ordem crescente nas categorias de IMC, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (Carvalho e Rosa, 2019; Lacerda e colaboradores, 2018), desde baixo peso (< 18,5 kg/m²), a obesidade de grau V (super-super obesidade, ≥ 60 kg/m²).

A administração da escala é efetuada numa folha A4.

Na primeira página constam 11 silhuetas (masculinas ou femininas, consoante o sexo do participante), organizadas por ordem crescente e numeradas de 1 a 11, onde ele deverá selecionar a silhueta que corresponde à sua IC atual. Na segunda página, constam as mesmas silhuetas, devendo o paciente selecionar a figura que corresponde à sua IC desejada. A diferença entre a primeira e a segunda pontuação (a pontuação corresponde ao número da figura selecionada), permite obter a presença ou a ausência, e o nível, da insatisfação com a IC. Zero indica satisfação com a IC, resultados entre 1 e 10 indicam insatisfação com a IC, com preferência por corpo de menor volume e 10 representa a maior insatisfação. A ESCO é constituída por valores representativos de volumes corporais, cujo IMC se situa entre as seguintes faixas: Figura 1 : <math> < 18,5 \text{ kg/m}^2 </math>; Figura 2: 18,5 a 21,6 kg/m^2 ; figura 3: 21,7 a 24,9 kg/m^2 ; figura 4: 25,0 a 29,9 kg/m^2 ; Figura 5: 30,0 a 34,9 kg/m^2 ; Figura 6: 35,0 a 39,9 kg/m^2 ; figura 7: 40,0 a 44,9 kg/m^2 ; Figura 8: 45,0 a 49,9 kg/m^2 ; figura 9: 50,0 a 54,9 kg/m^2 ; Figura 10: 55,0 a 60,0 kg/m^2 ; Figura 11: $\geq 60,0 \text{ kg/m}^2$.

Para a investigação do risco de TA foram aplicados os seguintes testes: Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e o Eating Atitudes Test (EAT-26). Este último é um dos questionários mais utilizados atualmente na área de transtornos alimentares por ser um teste psicométrico autoaplicável de rastreamento, para identificar sinais e sintomas desses quadros de maneira mais rápida e fácil.

Favorece assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento. Foi construído por Garner e Garfinkel (1979) e validado para a população brasileira (Bighetti e colaboradores, 2004). Contém 26 questões divididas em três escalas ou fatores obtidas através de análise fatorial: (i) Escala da Dieta (D) - itens nº 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25: reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (ii) Escala de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (B) - itens nº 3, 4, 9, 18, 21, 26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos 13 de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso; (iii) Escala do Controle Oral (CO) - itens nº 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20: demonstram o autocontrole em relação aos

alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar.

Cada questão, dividida em três escalas do tipo Likert, apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de zero a três, dependendo da escolha (sempre = três pontos, muitas vezes = dois pontos, às vezes = um ponto, poucas vezes = zero ponto, quase nunca = zero ponto e nunca = zero ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25.

O resultado do teste é a somatória de todos os pontos dados às questões e acima de 21 pontos, considera-se o teste positivo representando fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Já a Escala de Compulsão Alimentar Periódica ou Binge Eating Scale (ECAP/ BES) foi criada por Gormally, e colaboradores, (1982), e traduzida para o português, adaptada e validada por Freitas e colaboradores, (2001).

Esta escala consiste em um questionário autoaplicável que avalia a gravidade da compulsão alimentar em indivíduos com obesidade, em três medidas: sem compulsão, com compulsão moderada, com compulsão grave. Os itens desta escala apontam para determinantes psíquicos do ato do comer compulsivo e consequente aumento de peso.

O instrumento foi construído em três etapas, na primeira foram definidas as características da compulsão alimentar, originando um grupo de 16 itens. Destes, oito são manifestações comportamentais (p. ex., comer escondido), e oito descrevem sentimentos e cognições (p. ex., sensação de falta de controle depois do episódio) relacionadas à compulsão alimentar. Numa segunda etapa, foram construídas afirmativas que refletem a gravidade de cada característica, e a elas foram designados pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa, os entrevistadores utilizaram três dimensões para criar um critério externo de gravidade da compulsão alimentar: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de compulsão alimentar.

Esse procedimento resultou numa escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até

a gravidade máxima ("3") da compulsão alimentar, o escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item.

De acordo com os seguintes escores: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem compulsão alimentar; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com compulsão alimentar moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com compulsão alimentar grave. Quanto a suas propriedades psicométricas, a ECAP apresentou consistência interna moderadamente alta: alfade Cronbach = 0,85.

As análises estatísticas aplicadas na presente pesquisa são de caráter descritivo e inferencial. O IMC (peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado) e o IMC autopercebido, obtido por meio da aplicação da escala de silhuetas, foram classificados como variáveis dependentes.

Para todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram planejados e os gráficos foram elaborados com auxílio do software Excel® da Microsoft. Já a análise estatística foi feita com o JASP versão 0.16.2.0.

RESULTADOS

Na tabela 1, constam as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas dos indivíduos da amostra. Observou-se que a população estudada foram predominantemente do sexo feminino (90,2%) e a idade média foi de 37,8 (DP=9,1) anos, sendo que 47,1% tinham entre 18 e 38 anos e 37,3% estavam entre 39 e 59 anos.

A maior parte dos indivíduos pratica atividade física, 47,1% relataram uma frequência de pelo menos três vezes por semana e 15,7% afirmaram realizar duas vezes.

Quanto ao IMC atual a maior parte (29,4%) foi classificada em sobrepeso, dentro da faixa de 25,0 a 29,9 kg/m², seguido dos 25,5% que se encontravam em obesidade, com IMC entre 30,0 e 34,9 kg/m.

Entretanto, em ambas as classificações, apenas 15,7% percebiam o próprio IMC na mesma faixa que realmente estava. Além disso, dos 17,6% que possuíam o IMC entre 35,0 a 39,9 kg/m², somente 5,9% se via desta forma.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas e antropométricas, Franca-SP, 2022.

Variável	Amostra (n = 51)	
	n	%
<u>Sexo</u>		
Feminino	46	90,2
Masculino	5	9,8
<u>Idade</u>		
18 a 38 anos	24	47,1
39 a 59 anos	19	37,3
Não informado	8	15,7
<u>Estado Civil</u>		
Casado	27	52,9
Solteiro	18	35,3
Divorciado	5	9,8
União Estável	1	2,0

Exercício Físico

1x na semana	0	0,0
2x na semana	8	15,7
3x na semana ou mais	24	47,1
Não	19	37,3

Comorbidades associadas

Sim	15	29,4
Não	36	70,6

IMC Atual

18,5 a 21,6 kg/m ²	0	0
21,7 a 24,9 kg/m ²	8	15,7
25,0 a 29,9 kg/m ²	15	29,4
30,0 a 34,9 kg/m ²	13	25,5
35,0 a 39,9 kg/m ²	9	17,6
40,0 a 44,9 kg/m ²	5	9,8
45,0 a 49,9 kg/m ²	0	0,0
50,0 a 54,9 kg/m ²	1	2,0
55,0 a 60,0 kg/m ²	0	0,0
≥60,0 kg/m ²	0	0,0

IMC autopercebido (escala de silhuetas)

18,5 a 21,6 kg/m ²	3	5,9
21,7 a 24,9 kg/m ²	8	15,7
25,0 a 29,9 kg/m ²	8	15,7
30,0 a 34,9 kg/m ²	8	15,7
35,0 a 39,9 kg/m ²	3	5,9
40,0 a 44,9 kg/m ²	6	11,8
45,0 a 49,9 kg/m ²	5	9,8
50,0 a 54,9 kg/m ²	7	13,7
55,0 a 60,0 kg/m ²	3	5,9
≥60,0 kg/m ²	0	0,0

A tabela 2 apresenta os dados estatísticos das variáveis correlacionadas. Quanto a ECAP, 15,7% (n=8) dos indivíduos obtiveram uma pontuação entre 18 e 26 pontos no escore final, o que indica possível presença de compulsão alimentar moderada e 7,8% (n=4) foram considerados com possível

compulsão alimentar grave, segundo a pontuação igual ou maior que 27 pontos.

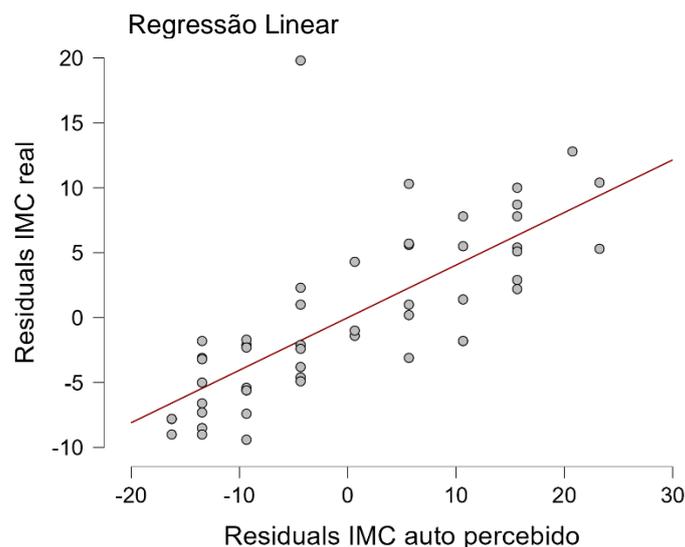
Em relação ao EAT, 30 pacientes que participaram da pesquisa, ou seja, mais da metade (58,8%), apresentaram escores maiores que 21 pontos demonstrando comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares.

Tabela 2 - Descrição estatística das variáveis correlacionadas. Franca-SP, 2022.

		n	Perda Amostral	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	F	38	8	38,026	9,193	23,000	59,000
Idade	M	5	0	36,800	9,230	21,000	45,000
Peso atual	F	46	0	85,100	17,378	59,000	139,000
Peso atual	M	5	0	104,400	24,785	68,000	130,000
Estatura	F	46	0	1,637	0,061	1,520	1,780
Estatura	M	5	0	1,794	0,080	1,680	1,870
IMC real	F	46	0	31,774	6,651	22,400	51,600
IMC real	M	5	0	32,040	5,747	24,000	39,600
IMC percebido	auto M	46	0	37,046	12,024	20,500	60,000
IMC percebido	auto F	5	0	34,020	11,494	20,500	52,400

No que tange a percepção da IC, 29,4% dos participantes (n=15) se classificaram com IMC menor que o atual calculado, em contrapartida 70,6% (n=36) se percebiam com um IMC maior do que realmente possuíam.

O gráfico de Scatterplots, abaixo, evidencia a discrepâncias entre o IMC atual calculado dos participantes e o autopercebido (escala de silhuetas).

**Figura 1** - IMC atual vs. IMC autopercebido (escala de silhuetas).

Houve relevância significativa entre IMC real e IMC autopercebido (escala de silhuetas) de acordo com o teste de Spearman, na medida que o IMC real, calculado, apresentava um valor elevado, o IMC autopercebido também era aumentado, porém em proporções diferentes, sendo o IMC autopercebido mais elevado que o real

calculado. Esse resultado denota uma possível distorção de imagem dos participantes.

A tabela 3 apresenta a correlação entre o IMC atual e o IMC autopercebido, segundo a escala de silhuetas, apurado estatisticamente pelo teste de Spearman's Correlations ($p < 0.01$).

Tabela 3 - Correlação entre IMC real e IMC autopercebido (Escala de Silhuetas), Franca-SP, 2022.

		Spearman's rho p	
IMC real	- IMC autopercebido	0.827	*** < .001
IMC real	- ECAP	-0.039	0.582
IMC real	- EAT	0.050	0.395
IMC autopercebido	- ECAP	0.043	0.410
IMC autopercebido	- EAT	0.043	0.408
ECAP	- EAT	0.090	0.316

Legenda: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed.

DISCUSSÃO

A amostra final deste estudo foi composta por 51 participantes, dos quais 46 são do sexo feminino e 6 do sexo masculino, que já realizaram CB.

Essa diferença já era esperada, pois de acordo com um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de CB e Metabólica (2018), mais de 70% do total de CB realizadas no Brasil são feitas por mulheres, com média de idade entre 35 e 50 anos. Dado que também se confirmou no presente estudo com média de 37,8 anos (SBCBM, 2018).

A predominância de pacientes do sexo feminino que realizaram CB também foi demonstrada na pesquisa de Carvalho e colaboradores (2019), que indicou que, no período de 2010 a 2016, 85,4% dos pacientes que foram hospitalizados para realizar CB pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil eram mulheres.

Um dado que chama a atenção tanto no presente estudo quanto em estudos encontrados na literatura é a percepção da IC dos indivíduos, neste estudo é possível observar que na medida em que o IMC atual aumenta, o IMC autopercebido (escala de Silhuetas) também aumenta, porém, do total de participantes, 70,6% se veem maiores que realmente são.

Comparados esses dados com a literatura atual, as conclusões são divergentes quanto a IC de indivíduos obesos, visto que tal grupo pode tanto subestimar, quanto superestimar o tamanho de seu próprio corpo.

No estudo de Lacerda e colaboradores, (2018) sobre a percepção da IC de pacientes submetidos a cirúrgica bariátrica, foi demonstrado que mais de 80% da amostra, do sexo feminino, superestimou o tamanho corporal atual, ou seja, se viam maiores do que realmente eram.

Há uma crença entre pacientes bariátricos, discutida por alguns autores, que estes pacientes acreditam que a CB será a solução de seus problemas, com o tempo ao perceberem que não é bem assim, "inicia-se uma busca por um corpo sonhado e idealizado que na maioria das vezes não se concretiza. Surgem nesse momento, desvio de autoimagem, frustração e depressão" (Fandiño e Apolinário, 2006).

Ainda nesse sentido no mesmo estudo de Lacerda e colaboradores (2018), foi demonstrado que a maioria dos pacientes possui uma "meta" de alcançar um IMC menor que o atual, assim uma silhueta menor, sendo esse desejo mais expressado pelas mulheres da pesquisa com 85,3%.

A insatisfação e distorção corporal de indivíduos bariátricos podem afetar negativamente a autoestima, os relacionamentos interpessoais, os episódios de ansiedade e depressão e dificultar a adesão ao tratamento nutricional, podendo levar ao ganho de peso e carências nutricionais (McCabe e Ricciardelli, 2004).

A respeito dos índices de compulsão alimentar, relatos da literatura trazem esse assunto como um dos comportamentos mais frequentes em pacientes obesos candidatos a CB e, muitas vezes, a alta prevalência se mantém após o procedimento, prejudicando a perda de peso e a qualidade de vida (Novelle e Alvarenga, 2016).

A pesquisa que investigou o perfil psicológico em candidatos a CB e demonstrou que 31,6% dos participantes obtiveram pontuação que indica presença de compulsão alimentar na ECAP, sendo a maioria destes do sexo feminino (Ribeiro e Colaboradores, 2016). No presente estudo, observa-se que 23,5% dos pacientes apresentaram pontuação superior a

18 pontos na ECAP, o que sugere que este transtorno persiste pós-bariátrica.

Foi demonstrado também que mais da metade (58,8%) dos participantes apresentaram comportamento de risco para TAs, segundo suas pontuações no EAT. O que concorda com outro estudo realizado por Lent e Swencionis (2012) com 97 candidatas a CB, que investigou a associação entre TAs e CB utilizando o EAT e concluiu que 22,6% tinham TCA (Lent e Swencionis, 2012).

CONCLUSÃO

Concluiu-se que embora a CB diminua significativamente o IMC, os pacientes submetidos em sua maioria, se veem maior do que realmente são, caracterizando uma inacurácia perceptiva.

Além disso, mais da metade dos participantes apresentaram comportamento de risco para o surgimento de TAs, dado que ressalta a importância do acompanhamento multidisciplinar tanto no pré como no pós-operatório da CB.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ª edição. São Paulo-SP. 2016.

2-Almeida, G.A.; Giampietro, H.B.; Belarmino, I.B.; Moretti, I.A.; Marchini J.S.; Ceneviva R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. Arq. Bras. Cir. Dig. Vol. 24. Num. 3. 2011. p. 226-231.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2022 / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde. 2023.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2017.

5-Carvalho, A.S.; Rosa, R.S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. Num. 28. Num. 1. 2019. p.e2018260.

6-Ferreira, A.; Pereira, A. Development of a silhouette scale for bariatric surgery (ESCO): preliminary study. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences. p. 12-23, 2017.

7-Fandiño, J.N.; Apolinário, J.C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: Nunes, M.A.; Apolinário, J.C.; Galvão, A.L.; Coutinho, W. editores. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre. Artmed. 2006. p. 365-54.

8-Gardner, R.M.; Brown, D.L. Body image assessment: a review of figural drawing scales. Personality and Individual Differences. Num. 48, 2010. p. 107-111.

9-Hydock, C. M. A brief overview of bariatric surgical procedures currently being used to treat the obese patient. Crit Care Nurs. Vol. 28. Num. 2. 2005. p. 217-26.

10-Lacerda, R.M.R.; Castanha, C.R.; Castanha, A.R.; Campos, J.M.; Ferraz, A.A.B.; Vilar, L. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev.

Col. Bras. Cir. Vol. 45. Num. 2. 2018. p. e1793.
DOI: 10.1590/0100-6991e-20181793.

11-Lacerda, R.M.R. Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*. Vol. 45. Num. 2. p. 2-8. 2018.

12-Lent, C. Swencionis. Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eating Behaviors*. Num. 13. 2012. p. 67-70.

13-McCabe, M.P.; Ricciardelli, L.A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *J Psychosom Res*. Vol. 56. Num. 6. 2004. p. 675-85.

14-Mechanick, J.I.; e colaboradores. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures - 2019 update: Cosponsored by American Association of Endocrinologists/American College of Endocrinology, the Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, obesity medicine association, and american society of anesthesiologists - executive summary. *endocr pract*. Vol. 25. Num. 12. 2019. p. 1346-1359.

15-Novelle, J.M.; Alvarenga, M.S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Vol. 65. Num. 3. 2016. p. 262-285.

16-Resende, L.R.M.; Ramos, C.C.; Ramos, C.A.; Marins, C.J.; Bandeira, F.A.A.; Lucio, V. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Ver. Co.l Bras. Cir*. Vol. 45. Num. 2. 2018. p. e1793.

17-Rezende, F.F. Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2011.

18-Ribeiro, G.A.N.A.; Giampietro, H.B.; Belarmino, L.B.; Salgado-Junior, W. Perfil psicológico de candidatos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig*. Vol. 29. Num. Supl.1. 2016. p. 27-30.

19-Segura, D.C.A.; Corral, J.P.; Wozniak, S.D.; Scaravonatto, A.; Vandresen, E.P. Análise da imagem corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Pesq. Saúde*. Vol. 17. Num. 3. 2016. p. 170-174

20-Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. 2018. Disponível em: <[21-Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. SBCBM 2020. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/Batistelli>. 2018>.](https://www.sbcbm.org.br/70-dos-pacientes-de-cirurgias-bariatricas-sao-mulheres/#:~:text=Cerca%20de%2070%25%20dos%20pacientes,Bari%C3%A1trica%20e%20Metab%C3%B3lica%20(SBCBM)>>.</p>
</div>
<div data-bbox=)

22-Souza, M.G.; Barreto, M.A.M.F.N.; Santos, S.M.; Liberali, R.; Navarro, F. A Importância da intervenção multidisciplinar no tratamento da obesidade mórbida considerando o acompanhamento nutricional pré e pós cirúrgico. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 2. Num. 12. 2008. p. 588-596.

23-Sturm, R.; Hattori, A. Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the United States. *Int J Obes*. Vol. 37. 2013. p. 889-891.

24-Swinburn, B.; Kraak, V.; Rutter, H.; Vandevijvere, S.; Lobstein, T.; Sacks, G. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*. Num. 385. 2015. p. 2534-2545.

25-Tavares, M.C.G.F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo. Manole. 2003.

26-TFAH. Trust for America's Health. The State of Obesity: better policies for a healthier america. September. 2020. View this report online at tfah.org/stateofobesity2020. For more data on obesity prevalence, policies, and programs, visit stateofobesity.org.

27-Viana, T.C.; Leal, I. Sintomas Alimentares, Cultura, Corpo e Obesidade: Questões Clínicas e de Avaliação. 1ª ed. Lisboa. Placebo. 2013.

28-WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization. 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

29-WHO. World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: World Health Organization. 2014.

Recebido para publicação em 20/02/2023
Aceito em 18/03/2023