UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GLADSON HENRIQUE SILVA

CIRURGIA BARIÁTRICA: ACURÁCIA PERCEPTIVA, SATISFAÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA

Divinópolis
2021

GLADSON HENRIQUE SILVA

CIRURGIA BARIÁTRICA: ACURÁCIA PERCEPTIVA, SATISFAÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado

Divinópolis
2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data___/___/___

Silva, Gladson Henrique.
Qualidade de vida, satisfação corporal e acurácia perceptiva de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica / Gladson Henrique Silva. – Divinópolis: UFSJ, 2021.
82 p. : il.

Dissertação(Mestrado)– Universidade Federal de São João Del-Rei, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Acurácia Perceptiva. 3. Satisfação Corporal. 4. Qualidade de vida. I. Título

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425, DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

DISCENTE: **Gladson Henrique Silva**

NÍVEL: **Mestrado**

DATA DA DEFESA: **26/02/2021** HORÁRIO DE INÍCIO: **13h30min**

LOCAL: **via google meet**

MEMBROS DA BANCA		FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
NOME COMPLETO	CPF			
Richardson Miranda Machado	040.281.416-99	Presidente	Doutor	UFSJ
Ricardo Bezerra Cavalcante	032.328.136-23	Titular	Doutor	UFJF
Sandra Valenzuela Suazo	F19567447	Titular	Doutora	UDEC Chile
Eliete Albano de Azevedo Guimarães	476.424.676-72	Suplente	Doutora	UFSJ

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "CIRURGIA BARIÁTRICA: ACURÁCIA PERCEPTIVA, SATISFAÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA"

Em sessão pública, após apresentação da dissertação durante 45 minutos, o mestrando foi arguido oralmente pelos membros da banca durante o período de 35 minutos, tendo a banca chegado ao seguinte resultado:

(X) Aprovação.

( ) Reprovação.

Para constar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da banca examinadora.

Divinópolis, 26 de fevereiro de 2021.

Dr. Richardson Miranda Machado

Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante

Dra. Sandra Valenzuela Suazo.

DEDICATÓRIA

À minha família. Ao meu filho que apenas com alguns meses de vida conseguiu me revigorar com seu sorriso, à Lays por estar ao meu lado em todos os momentos. Meu amor e admiração por essas pessoas que me encorajaram nos momentos desafiadores. Obrigado por acreditar em mim.

Minha completa gratidão aos pacientes que foram essenciais para efetivar o respectivo trabalho.

AGRADECIMENTOS

“E assim, seja o que for que vós pedirdes em meu Nome, isso Eu farei, a fim de que o Pai seja glorificado no Filho” (Jo 14:13). Deus sabe o quanto sou grato a Ele por esse momento, eu pedi e Ele possibilitou essa conquista.

Ao estimado Prof. Dr. Richardson Miranda Machado. Sou grato pela maestria na orientação e condução durante todo o tempo de Mestrado. Tenho convicção de que o tempo de contato e aprendizado com o Prof. Dr. Richardson agregou consideravelmente em minha trajetória acadêmica e consequentemente em todas outras áreas de minha vida.

Sou grato a Lays que sempre tinha palavras de incentivo e encorajamento e não posso deixar de pensar que além das palavras, estava sempre pronta a ser parceira colocando-se à disposição para enfrentar o que fosse necessário.

SILVA, G. H. **Cirurgia bariátrica:** acurácia perceptiva, satisfação corporal e qualidade de vida**.** [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de São João Del-Rei - 2021.

RESUMO

Introdução: a obesidade tem aumentado de forma significativa em todo mundo, tendo sua prevalência dobrado desde 1980. A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública, com mais de 2,2 bilhões de pessoas, entre crianças e adultos. Quanto ao tratamento tem os convencionais baseados em dietas com a restrição da ingestão calórica e prática de atividades físicas e quando não mostraram resultados satisfatórios nos casos mais graves torna-se indicativo a realização da cirurgia bariátrica. Sendo assim o trabalho se faz relevante tendo em vista a busca pela elucidação da relação que o paciente tem com seu corpo quanto ao aspecto perceptual bem como sua qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar a acurácia perceptiva, a satisfação corporal e a qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo transversal realizado com 305 pacientes de uma clínica de médio porte referência na execução de cirurgias bariátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais. Foi utilizada uma escala de avaliação da acurácia perceptiva e satisfação corporal e outra para avaliar a qualidade de vida. Realizou-se análise descritiva e de associação dos dados. **Resultados:** o estudo demonstrou que houve distorção da imagem corporal e insatisfação dos pacientes quanto a seus corpos no período estudado. A qualidade de vida foi considerada boa em todos os domínios. Não houve influência do tempo pós cirurgia nos resultados. **Conclusão:** diante desses achados pode-se afirmar que a cirurgia bariátrica é eficaz principalmente no que tange à qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Cirurgia Bariátrica; Acurácia Perceptiva; Satisfação Corporal; Qualidade de Vida.

SILVA, G. H. **Bariatric surgery:** perceptual accuracy, body satisfaction and quality of life. [Thesis]. Divinópolis: Nursing Graduate Program - Academic Master's Degree of the Universidade Federal de São João Del-Rei - 2021.

ABSTRACT

Introduction: obesity has increased significantly throughout the world, with its prevalence doubling since 1980. The World Health Organization points to obesity as one of the biggest public health problems, with more than 2.2 billion people, including children and adults. As for the treatment, there are the conventional ones based on diets with the restriction of caloric intake and practice of physical activities and when they have not shown satisfactory results, in the most severe cases, bariatric surgery becomes indicative. Therefore, the work is relevant in view of the search for elucidating the relationship that the patient has with its body concerning the perceptual aspect as well as its quality of life. **Objective:** to evaluate the perceptual accuracy, body satisfaction and quality of patients' life undergoing bariatric surgery. **Methods:** cross-sectional study carried out with 305 patients from a medium-sized reference clinic in the execution of bariatric surgeries in the Midwest region of Minas Gerais. One scale was used to assess perceptual accuracy and body satisfaction and another one to assess quality of life. Descriptive and association analysis of data was performed. **Results:** the study showed that there was distortion of body's image and patients' dissatisfaction with their bodies in the studied period. Quality of life was considered good in all areas. There was no time influence after surgery on the results. **Conclusion:** in view of these findings, it can be said that bariatric surgery is effective especially regarding to quality of life.

keywords: Psychiatric Nursing; Bariatric surgery; Perceptual Accuracy; Body Satisfaction; Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Domínios e Facetas A Escala de Avaliação de Qualidade de Vida / *World Health Organization Quality of Live Assessment-Bref.* Divinópolis (MG), 2020. 41

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da acurácia perceptiva da imagem corporal da escala de Figuras de Silhuetas e o tempo de cirurgia bariátrica. Divinópolis, MG, Brasil, 2020. 50

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da satisfação com a imagem corporal da escala de Figuras de Silhuetas e o tempo de cirurgia bariátrica, Divinópolis, MG, Brasil, 2020. 51

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da qualidade de vida por domínios e o tempo de cirurgia bariátrica. Divinópolis, MG, Brasil, 2020. 51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM I	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences®*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSJ	Universidade Federal de São João Del-Rei

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 OBJETIVOS 17
2.1 GERAL 17
2.2 ESPECÍFICOS 17

3 REVISÃO DE LITERATURA 19
3.1 OBESIDADE 19
3.1.1 Etiologia 19
3.1.2 Epidemiologia e Tratamento 23
3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA 26
3.2.1 Histórico, Tipos e Métodos 26
3.3 CORPO E IMAGEM CORPORAL 30
3.3.1 Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento 30

4 METODOLOGIA 37
4.1 TIPO DE ESTUDO 37
4.2 LOCAL DO ESTUDO 37
4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA 37
4.4 COLETA DE DADOS 38
4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados 39
4.5 ANÁLISE DE DADOS 42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 42

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 44
5.1 ARTIGO 1 – CIRURGIA BARIÁTRICA: ACURÁCIA PERCEPTIVA, SATISFAÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA 44

6 LIMITAÇÕES 60

7 CONCLUSÃO 62

8 REFERÊNCIAS 64

APÊNDICES 70

ANEXOS 74

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem aumentado de forma significativa em todo mundo, dados demonstram que sua prevalência dobrou desde 1980, sendo atualmente de 5% em crianças e 12% em adultos (ZHANG et al, 2020). Os dados do VIGITEL (2018) apontam que 55,7% da população brasileira tem excesso de peso. O aumento da prevalência foi maior entre as faixa etárias de 18 a 24 anos (período 2006-2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, com mais de 2,2 bilhões de pessoas, entre crianças e adultos.

A obesidade tem etiologia complexa, multifatorial, sendo o resultado da interação de diferentes fatores, como: genéticos (hereditariedade / expressão das características genéticas passadas de pais para filhos); metabólicos (nível de eficiência do metabolismo no aproveitamento, armazenamento e gasto energético); ambientais (modernização das cidades, concentração das populações no meio urbano); comportamentais (mecanização e automação das atividades diárias e do trabalho, maior consumo de alimentos industrializados); emocionais (violência, estresse, ansiedade, depressão); doenças predisponentes (diabetes, hipotireoidismo, problemas no hipotálamo) e tratamentos medicamentosos (psicofármacos, corticoides) (MALTA et al, 2014; FRANCISCO et al, 2015).

Estudos evidenciam que a maioria dos casos de obesidade é associada a alta ingestão calórica e ao sedentarismo. O que resulta em excesso de calorias não utilizadas, que é armazenado na forma de gordura. Tal fenômeno denomina-se balanço energético positivo, que é quando a quantidade de energia adquirida é maior do que a gasta na manutenção das funções vitais (MALTA et al, 2014; FRANCISCO et al, 2015).

A obesidade é considerada quando o Índice de Massa Corporal (IMC) encontra-se acima de 30 kg/m². Sendo a sua gravidade classificada em grau I (moderado excesso de peso), quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m2, grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e 39,9 kg/m2 e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa 40 kg/m2 (FLEGAL et al, 2014; OMS, 2015).

No Brasil a obesidade vem crescendo de forma preocupante, dados epidemiológicos apontam que 40% da população adulta se encontra acima do peso, desses, 10% estão com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 30 e 34,9 kg/m2 considerados grau I (moderado excesso de peso); 28% entre 35 e 39,9 kg/m2 grau II (obesidade leve ou moderada) e 2% ultrapassam os 40 kg/m² considerados com obesidade grau III (obesidade mórbida), tendo a prevalência de obesidade aumentado de 11,8%, em 2006 para 18,9% em 2016. Esses índices

são alarmantes, considerando não só o aumento do risco de doenças crônico-degenerativas, causadas pela obesidade, como também o sofrimento dos pacientes e o custo financeiro do seu tratamento e controle (BRASIL, 2011; OMS, 2015).

A obesidade é assim uma doença grave que além dos sérios danos que causa a saúde também é responsável pela ocorrência de outras comorbidades consideradas como sérios problemas de saúde pública, como distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda etc.); distúrbios endócrinos (diabetes, dislipidemia etc.); distúrbios respiratórios (apneia do sono, doença pulmonar restritiva etc.); distúrbios gastrointestinais (refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato, colecistite etc.); distúrbios músculos-esqueléticos (osteoartrose; hérnia de disco, defeitos posturais etc.); distúrbios dermatológicos (estrias, papilomas etc.); distúrbios do sistema reprodutor (impotência, anovulação, problemas gestacionais etc.); distúrbios psiquiátricos (ansiedade, depressão etc.) e outras complicações como neoplasias, aumento do risco cirúrgico e a diminuição da mobilidade física (FLEGAL et al, 2014; CASTRO et al, 2017; ANDRADE et al, 2017).

Sendo assim, a obesidade constitui-se um grave problema de saúde pública que requer tratamento com múltipla abordagem. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos anorexígenos constituem os seus principais pilares. Porém, o tratamento convencional para a obesidade de grau III (obesidade mórbida), tem produzido resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até dois anos. A indicação de cirurgia bariátrica vem assim se tornando mais frequente para esses casos, devido à baixa resolutividade da abordagem clínica convencional (dieta, medicação anorexígena, atividade física etc) (KONTTINEN et al, 2014; FRANCISCO et al, 2015; STEYER et al, 2016).

São candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) os pacientes com IMC maior que 35 Kg/m², grau II (obesidade leve ou moderada) ou com IMC maior que 40 Kg/m2, grau III (obesidade mórbida) associada a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do sono, entre outras). Sendo que a indicação para os pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados. Cabe ressalta que a cirurgia é contraindicada para pacientes com problemas respiratórios graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Os resultados assim esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida (WU et al, 2014; STEYER et al, 2016).

A cirurgia bariátrica leva à 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, ou com o emagrecimento abrupto resultar em uma imagem de magreza incompatível com a psiquicamente elaborada pelo indivíduo a partir de anos de obesidade. Desse modo, a reestruturação perceptiva tende a ser mais lenta do que a rápida perda de peso. O que pode causar após a cirurgia uma insatisfação com a imagem corporal, seja pela inadequação da reestruturação perceptiva ou pelas consequências diretas da própria cirurgia como, por exemplo, a flacidez da pele nas mamas e no abdome, além das cicatrizes (LACERDA et al, 2018).

A insatisfação com a imagem corporal pode levar a comportamentos nocivos à saúde, como adesão a dietas inadequadas, assim como o surgimento de psicopatologias, também a anorexia, bulimia e dismorfia corporal. Esses problemas podem se agravar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois pode dificultar a adesão aos novos hábitos necessários, ocasionando consequências negativas, como reganho de peso, carências nutricionais e, até mesmo, o risco de suicídio (STEYER et al, 2016; LACERDA et al, 2018). Nesse sentido, a acurácia perceptiva, ou seja, a forma como o paciente percebe seu corpo, incluindo a sua altura, forma e peso e a satisfação com a imagem corporal são fundamentais para a auto aceitação e o sucesso do tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica.

Esta pesquisa assim propõe avaliar a acurácia/inacurácia perceptiva, a satisfação/insatisfação corporal e a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica levando em consideração o tempo de pós cirurgia para elucidar possíveis mudanças comportamentais e perceptuais envolvidos nesse processo. Os resultados poderão contribuir para a produção de conhecimentos que permitirão uma melhor atuação do trabalho dos profissionais de saúde e do cuidado dos pacientes quanto às suas expectativas em relação a esse procedimento. Sendo assim possível delinear um acompanhamento psicológico quanto ao aspecto perceptivo do paciente em relação ao seu corpo após a cirurgia bariátrica preparando-o de forma mais assertiva quanto aos seus anseios e expectativas no que tange ao resultado esperado.

Ainda, o trabalho se faz relevante tendo em vista a busca pela elucidação da relação que o paciente tem com seu corpo quanto ao aspecto perceptual, ou seja, não somente ao quanto esse paciente emagreceu objetivamente, mas como é a experiência desse “novo corpo” levando em consideração a individualidade da pessoa e os aspectos sociais e culturais

implicados na construção psíquica de sua imagem corporal, bem como sua qualidade de vida. Conforme os achados de Marchesini e Antunes (2017), é precípuo novos estudos que abordem a reconstrução da imagem da imagem corporal dos pacientes que submeteram-se à cirurgia bariátrica e essa reconstrução perpassa pela possibilidade do paciente apresentar distorção e insatisfação com sua imagem corporal.

Também, a partir da perspectiva dos pacientes, faz-se de extrema relevância a avaliação da qualidade de vida ampliando o foco de sua eficácia pautada de forma mais evidente na perda de peso. Nesse sentido estudos indicam que os melhores resultados são a longo prazo (Sierżantowicz et al, 2017). Tal assertiva vai ao encontro do proposto nesse estudo vez que levando em consideração que a qualidade de vida e a percepção da imagem corporal são um processo dinâmico, a pesquisa foi realizada a partir de pacientes que submeteram-se a cirurgia bariátrica em um período de 15 anos.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a acurácia perceptiva, a satisfação com a imagem corporal e a qualidade de vida dos pacientes bariátricos e a associação com o tempo pós-cirurgia bariátrica.

2.2 ESPECÍFICOS

a) Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica;
b) Avaliar a acurácia perceptiva, a satisfação com a imagem corporal e a qualidade de vida dos pacientes;
c) Analisar a associação entre a acurácia perceptiva, a satisfação com a imagem corporal, a qualidade de vida e o tempo pós-cirurgia bariátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 OBESIDADE

3.1.1 Etiologia

Etimologicamente obesidade provém do latim “obedere”, formada pelas raízes “-ob” (sobre, o que engloba) e “-edere”(comer), ou seja, “aquele que come em excesso”. A partir de sua concepção, a palavra obesidade já abarca um significado como algo fora do aceitável socialmente, algo que representa uma “transgressão normativa”. Por isso, ao falar de obesidade é importante contemplar os aspectos culturais de uma forma ampla. É imprescindível o entendimento de como o indivíduo percebe determinada doença considerando o contexto no qual ele está inserido. Saúde, doença e o processo de adoecimento são organizados socialmente e para compreender essa dinâmica é necessário entender o modo pelo qual as pessoas são categorizadas como doentes (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

Ao longo do tempo a alimentação, a modernização e os padrões comportamentais influenciaram no ganho de peso. No Brasil observa-se uma transição nutricional uma vez que conforme Monteiro et al. (1995), o Brasil vem substituindo a escassez alimentar pelo excesso dietético. Pode-se ainda verificar que além do aumento da obesidade no país, existem agravos relacionados à carência alimentar como desnutrição e as anemias carenciais, especialmente em regiões com menor desenvolvimento socioeconômico como por exemplo o nordeste (WANDERLEY & FERREIRA, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde (OMS, 2018), sendo apontada como prioridade na agenda das políticas pública, tanto no cenário nacional como no internacional. Reconhecida como uma pandemia, a obesidade não foi controlada efetivamente em nenhum país, embora tenha observado progressos pontuais em algumas realidades (CASTRO, 2017).

Um dos aspectos alimentares ligados à obesidade é relacionado à frequência alimentar, uma vez que indivíduos que consomem maior número de pequenas refeições durante o dia apresentam peso relativamente menor comparado ao indivíduo que consome número menor de grandes refeições, o que pode configurar-se como um quadro compulsivo alimentar. Sendo, assim a compulsão alimentar definida como ingestão em um período limitado de tempo de quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiram no mesmo período, sob circunstâncias similares associado a um sentimento de falta de controle sobre o

episódio. A restrição alimentar que pode ser usada como uma das estratégias para perda de peso pode desencadear episódios de compulsão alimentar como mecanismo compensatório e por consequência acarretar a obesidade (KLOBUKOSKI & HÖFELMANN, 2017).

No transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), os pacientes relatam um início mais precoce da obesidade e um percentual maior de sua vida a procura de dietas do que obesos sem esse transtorno. Estudos sugerem que pacientes com TCAP possuem alguma similaridade com pacientes que apresentam bulimia nervosa (BN) quando é levado em consideração a frequência da compulsão. Quanto à restrição alimentar, pacientes com BN mostram maior nível quanto a esse comportamento do que os que apresentam TPCA (DOBROW, 2002).

Percebe-se que a impulsividade comportamental apresenta um papel relevante no entendimento da etiologia da obesidade. Sendo assim, faz-se necessário diferenciar ação impulsiva e escolha impulsiva. A ação impulsiva ocorre por uma falha em inibir uma resposta inadequada a um estímulo, enquanto a escolha impulsiva trata-se de uma tomada de decisão impulsiva causada por uma consideração distorcida das consequências comportamentais futuras. A impulsividade é percebida em vários transtornos psiquiátricos e metabólicos e a obesidade tem sido associada tanto a ação quanto à escolha impulsiva (NOBLE et.al; 2019).

Quanto a prática de exercício físico, existe um consenso que a medida em que a sociedade adquire práticas mais mecanizadas e a demanda por atividade diminui, cai também o gasto energético. Grandy (1998) aponta em sua revisão que o fator “envelhecimento” está ligado ao ganho de peso e um dos fatos que influencia para esse acontecimento é a diminuição da prática de atividades físicas e aumento do consumo alimentar.

Indicadores de atividade física estão correlacionados com alguns indicadores metabólicos. A inatividade física se deve, também à atividade insuficiente de lazer e ao aumento do comportamento sedentário em atividades ocupacionais e domésticas (ZHANG et al, 2020). Ainda pode-se citar desordens endócrinas como hipotireoidismo, alterações no metabolismo de corticosteroides, hipogonadismo em homens e ovariectomia em mulheres, síndrome de Cushing e síndrome do ovário policístico (FRANCISCHI, 2000).

Marques-Lopes et. al (2006) discorrem em sua revisão sobre a influência dos genes na manutenção do peso e da gordura corporal estáveis no decorrer do tempo. A leptina secretada pelo tecido adiposo subcutâneo em resposta por exemplo ao excesso de ingestão alimentar é um importante marcador da quantidade de tecido (WANDERLEY & FERREIRA, 2010). Estudos recentes demonstram entre como o fator genético tem influenciado na obesidade.

Quando um dos pais é obeso, há possibilidade de 50% dos filhos “herdarem” a obesidade e essa porcentagem aumenta para 80% quando ambos pais são obesos (SBCBM, 2017).

Embora seja claro na literatura a complexidade da associação entre obesidade e genética, o gene FTO (fat mass and obesity associated) tem sido aquele que mais apresenta ligação com o desenvolvimento da obesidade. O gene FTO está associado a doenças gastrointestinais como adenomas de cólon, câncer de pâncreas e o sucesso da cirurgia bariátrica. Um estudo mais aprofundado sobre este locus genético pode fornecer pistas para potenciais alvos terapêuticos (EHRLICH & FRIEDENBERG, 2016).

Há também a possibilidade de a origem da obesidade ser infecciosa. Existem oito vírus sendo cinco animais e três humanos que foram documentados como causadores de obesidade. Dentre os vírus animais pode-se citar o vírus da cinomose, vírus 7 Rous-associado, vírus da doença dença de borna, agente de tremor epizoótico príon scrapie e SMAM-1. Para produzir a obesidade, os primeiros quatro atacam o sistema nervoso central 3 o SMAM-1, um adenovírus aviário da índia, atua nos adipócitos e é quanto a obesidade humana é o único capaz de produzi-la. Os adenovírus humanos Ad-36, ad-37 e Ad-5 estimulam as enzimas e os fatores de transcrição que causam acúmulo de triglicérides e diferenciação de pré-adipócitos em adipócitos maduros. Os que causam obesidade em animais são: Ad-5 e Ad-37 enquanto o Ad-36 causa obesidade em galinhas, camundongos, ratos, macacos e está presente em 30% dos humanos obesos e 11% dos não obesos (ABESO, 2016).

Ainda, outro fator ligado à obesidade é chamado de cronobiologia que estuda a interligação entre a nutrição e os ritmos circadianos. Trabalhar em turnos, privação do sono, *jet lag* e não respeitar os horários das refeições podem potencializar o aparecimento da obesidade uma vez que há possibilidade de perda da percepção dos ritmos internos e externos (PEREIRA et al., 2019).

Pode também ocorrer aumento do ganho de peso secundário a determinadas condições médicas, dentre elas pode-se citar por exemplo: Síndrome de Cushing idiopática e iatogênica, deficiências hormonais, insulinoma, deficiência na peprina e distúrbios psiquiátricos. Além de condições médicas, alguns medicamentos podem causar ganho de peso como exemplo alguns convulsivantes, atridepressivos, antipsicóticos atípicos e convencionais e hormônios (ZAROS, 2018).

Em uma revisão sistemática e metanálise incluindo 257 estudos randomizados com 54 medicamentos diferentes e 84.696 doentes envolvidos, demonstrou a associação entre alguns fármacos e sua associação com ganho de peso, dentre eles, pode-se citar antidepressivos amitriptilina e mirtazapina; dos antipsicóticos atípicos olanzapina, quetiapina e riperidona do

anticonvulsivante e estabilizador do humor gabapentina; e com drogas hipoglicemiantes tolbutamida, pioglitozona, glimepirida, glicazida, glibenclamida, glipizina, sitaglipina, e nateglinida (ABESO, 2016)

Cabe também considerar o papel que a mídia tem na modulação do comportamento de uma sociedade muitas vezes impondo ideais de saúde e juventude, com propagação de conselhos sobre medicamentos dietéticos, estético, desportivos, eróticos e psicológicos. Mesmo diante das diferenças existentes entre culturas como diferenças raciais e étnicas, insistem quanto a um padrão homogêneo de beleza. Todavia tal raciocínio e imposição pode gerar equívocos já que os padrões colocados podem se apresentar inalcançáveis e que não contemplam as singularidades dos indivíduos. Como resultados, pode-se perceber por exemplo que obesos em tratamento apresentam reiteradamente níveis altos de sintomas ligados à depressão, ansiedade, transtornos de alimentação, de personalidade e distúrbios da imagem corporal. (WANDERLEY & FERREIRA, 2010). Pode-se verificar também que sintomas ligados à estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes são comuns em pacientes com obesidade. Sendo assim, sugere-se relação entre obesidade com estresse, compulsão por comida palatável e transtorno de compulsão alimentar (ABESO, 2016).

Na Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID-10), verificam-se critérios gerais que necessitam ser atendidos para o diagnóstico de obesidade. Sendo utilizado um sistema de classificação alfanumérico que combina letras do alfabeto com números para definir o diagnóstico e os subtipos de obesidade, conforme segue: E66 – Obesidade; E66.0 - Obesidade devida a excesso de calorias; E66.1 - Obesidade induzida por drogas; E66.2 – Obesidade extrema com hipoventilação alveolar; E66.8 - Outra obesidade; E66.9 - Obesidade não especificada (OMS, 1993).

Já no “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, quinta edição (DSM-V), a obesidade não está inclusa como transtorno mental. Sendo compreendida como um transtorno orgânico, cujo sintomas somáticos e problemas relacionados causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Sendo também apontada como um transtorno decorrente de uma série de transtornos mentais, assim como decorrente de efeitos colaterais de alguns psicotrópicos (DSM V, 2014).

3.1.2 Epidemiologia e Tratamento

A obesidade na sociedade moderna apresenta um crescimento alarmante, configurando-se como uma doença crônica resultante do desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia. Tendo etiologia multifatorial que envolve desde aspectos biológicos, genéticos, fisiológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais. Até aspectos econômicas, sociais e culturais. Tais como os fenômenos da vida moderna, como rotina agitada e o consumo de alimentos industrializados mais baratos e rápidos que contribuem de forma tempestiva para a sua ocorrência (ARAÙJO et al., 2019).

A etiologia da obesidade é carregada de suposições simplistas como por exemplo o ato de comer em excesso ou a falta de vontade em perder peso. Contudo, estudos apontam para causas mais complexas e provenientes, também, da interação de diversos outros fatores como genéticos e ambientais, embora fatores comportamentais sejam responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade (LIMA et al., 2017).

Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos. No Brasil cerca de 18,9% dos adultos brasileiros estão obesos (Brasil, 2018). Sendo a obesidade concebida como doença e também como fator de risco para outras doenças, ou seja, quanto mais obeso, maior a possibilidade de problemas osteomusculares, dislipidemias, hipertensão e diabetes mellitus (OLIVEIRA, 2019)

Estudos demonstram que os brasileiros tem tido cada vez mais hábitos alimentares inadequados com teor reduzido de nutrientes e teor calórico alto. Quando esses hábitos alimentares não são ajustados a obesidade se instalada. O que torna necessário recorrer a tratamentos como dieta hipocalórica, atividade física e em última instância o uso de medicamentos anorexígenos e a cirurgia bariátrica (MONTEIRO et. al., 2017).

Em estudo realizado por ALMEIDA et al., (2009), a maioria das dietas estudadas (66,1%) foram realizadas a partir da restrição no consumo de carboidratos ou de determinado macronutrientes. Sendo obtidas determinadas reduções por meio da substituição de uma ou duas das principais refeições do dia por sopas, shakes ou barras de cereais enriquecidas com micronutrientes. Na maioria das dietas, houve restrição energética. Concluiu-se nesse estudo que é possível que a redução de carboidratos ocasionar maior efeito na perda ponderal comparada com aquelas com apenas restrição energética (ALMEIDA et al., 2009).

Ilarde e Tuck (1994) relatam que não é apenas o total energético que deve ser controlado em pacientes que apresentam obesidade e afirmam que a dieta deve conter quantidade adequada de energia derivada de carboidrato e baixa de lipídeos para que haja

também a manutenção de peso adequado. Nesse sentido, para potencializar a perda de peso, é necessário aporte energético, contudo ele deve ocorrer no início do dia e manter-se seguindo um padrão nas refeições regulares. Sendo assim, estratégias terapêuticas no que diz respeito ao emagrecimento devem contemplar não somente o componente energético e a distribuição por macronutrientes, mas também o horário e frequência das refeições bem como a qualidade do sono (PEREIRA et al., 2019).

As dietas com baixa calorias, com 1.000 a 1.200 kcal por dia podem reduzir uma média de 8% do peso corporal sendo de três a seis meses, com diminuição de gordura abdominal sendo a perda média de 4% em três a cinco anos. Independentemente dos macronutrientes, mulheres que aderem à dietas que contenham 1.200 a 1.500 Kcal frequentemente levam à perda de peso e no caso de homens esse valor muda para 1.500 a 1800 Kcal por dia (ABESO, 2016). Quanto à quantidade de fibras alimentares adequada, ressalta-se sua importante função na dieta para redução de obesidade tais como: aumento no tempo de esvaziamento gástrico; diminuição na secreção de insulina; aumento na sensação de saciedade; redução no gasto energético e aumento na excreção fecal e da energia (FRANCISCHI, 2000). Todavia, é importante ressaltar que nenhum fator dietético pode explicar totalmente as variações no peso corporal entre indivíduos uma vez que muitos hormônios e até mesmo a microbiota intestinal podem afetar a composição hormonal (ABESO, 2018).

No que se refere ao tratamento psicoterápico para a obesidade, destacam-se às estratégias comportamentais que visam propiciar ao paciente a capacidade de identificar situações e estímulos que podem resultar no comportamento alimentar inadequado. Tais como:

- Automonitoramento: por meio de diários que contém registros da ingestão alimentar e os eventos desencadeantes;
- Controle de estímulos: modificar situações que resultam no comportamento de excesso de ingestão alimentar. Por ex: o paciente ir ao cinema para evitar atividades sociais associadas à ingestão excessiva de calorias;
- Resolução de problemas: paciente e terapeuta buscam identificar problemas relacionados ao comportamento alimentar inadequado e ao excesso de peso e procuram elaborar estratégias para modificá-los;
- Restruturação cognitiva: modificar sistemas de crenças e ressignificar os pensamentos do paciente;

- Suporte social: grupos terapêuticos para o tratamento da obesidade bem como suporte social da família, de profissionais da saúde etc;
- Entrevista motivacional: escuta terapêutica reflexiva e tomada de decisão compartilhada.

Segundo Hamburger (1951), o estado emocional está diretamente ligado ao apetite. O estudo de pacientes obesos demonstra que o comer demasiadamente está relacionado a alguma forte necessidade emocional. Conrad (1954) relaciona comida com narcótico para uma pessoa que apresenta obesidade para lidar com questões estressantes da vida. Já Kaplan e Kaplan (1957) dizem que diante de uma frustração, regridem à fase oral. Outro autor que aborda a obesidade para dar uma visão acerca do tratamento é Mendelson (1966) que diz que ao tentar categorizar psicologicamente os obesos, fala em continuum caracterizado por graus crescentes de instabilidade emocional. Kathalian (1992) aborda o tratamento para obesidade como um desafio em qualquer área de conhecimento humano e por consequência seu tratamento. Paiva e Silva (1994) destacam inúmeras causas psicológicas para a obesidade, dentre elas pode-se encontrar ansiedade, causas sexuais dentre outras. Pode-se verificar vários abordagens quanto ao tratamento psicológico, sendo esses apenas alguns deles. O que fica notório é a complexidade do quadro da obesidade que se monstra de difícil tratamento. Diante disso, é salutar abordar a importância da prevenção de distúrbios alimentares por parte dos profissionais que se comprometem com a saúde da população (AZEVEDO & SPADOTTO, 2004).

Anorexia e bulimia são os dois tipos principais e elas apresentam alguns sintomas em comum como preocupação excessiva com o peso, distorção da imagem corporal e o medo excessivo de engordar. O peso exerce grande influência sobre a autoestima dos pacientes que geralmente encontra-se rebaixada. Práticas compensatórias inadequadas podem levar por exemplos à comprometimentos clínicos (CARMO et. al, 2014).

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso para obesidade, a farmacologia mais atualizada para a perda de peso começa a ser utilizada no final do século XIX. Sendo os medicamentos usados visando modelar o sistema nervoso central para o controle da fome e da saciedade. No momento, a liraglutina demonstra ser a droga mais completa para obesidade como doença crônica (GELONEZE, 2018)

Outro medicamento usado para promover maior sensação de saciedade é a Sibutramina. A ação desse medicamento está associada à inibição de receptação de serotonina e norepinefrina. Já a Anfrepamona atua na fenda simpática inibindo a receptação de noradrenalina que por conseguinte aumenta a interação desse neurotransmissor com receptor pós-simpáticos diminuindo assim a fome. Outros fármacos utilizados para o tratamento

medicamento para obesidade são Garcina Cambogia e Orlistate. O mecanismo de ação da Garcina está ligado ao ácido hidroxicítrico (HCA) pelo qual promove a diminuição da lipogênese está relacionado com a inibição da clivagem do citrato. Inibindo a clivagem, o HCA impede a liberação de do acetil cenzima A levando a um aumento do glicogênio hepático e assim diminuindo o apetite e consequentemente o peso. O Olistate por sua vez é considerado atualmente o único inibidor de lipase aprovado para perda de peso. Ele inibe a hidrólise de triglecídeos em 30% diminuindo a absorção de gordura proporcionalmente (RADAELI et al, 2016).

O Femproporex cuja ação causa redução de apetite uma vez que aumenta a liberação de neurotransmissores e inibe a receptação de dopamina é o medicamento mais prescrito uma vez que causa menor efeito colateral comparado a outros fármacos disponíveis para moderação de apetite (COSTA & DUARTE, 2017).

Cabe ressaltar que o tratamento medicamento requer avaliação individual sendo levado em consideração cada caso e suas particularidades como histórico médico, estilo de vida e até mesmo comorbidades do paciente. O recurso farmacológico para o tratamento da obesidade deve ser recomendado somente após o não êxito de outras tentativas para perda de peso, como: modificação no estilo de vida, dieta saudável, exercício físico e psicoterapia.

3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

3.2.1 Histórico, Tipos e Métodos

O cirurgião da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) Salomão Chaib foi o pioneiro nos trabalhos da Cirurgia Bariátrica no Brasil, tendo realizado as primeiras cirurgias na década de 1970. Para isso, utilizou técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (1969). A princípio os resultados foram desanimadores devido a problemas metabólicos e fístulas. Porém, a pesar dos primeiros resultados serem limitados, eles foram essenciais para o avanço das técnicas cirúrgicas. Tendo dado prosseguimento no país o médico Arthur Garrido Jr, o qual desenvolveu novas técnicas cirúrgicas trilhando um novo caminho a partir dos resultados alcançados na década de 1980 por Edward E. Mason, M.D, cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Na década de 1990 outras técnicas como o aprimoramento das derivações gástricas em Y de Roux passaram a oferecer maior segurança e resultados mais consistentes em médio e longo prazo. Na entrada do novo milênio, as técnicas disponíveis passam a ter execução

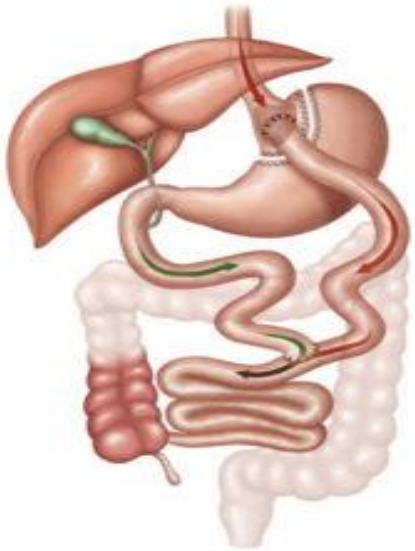
possível por vídeolaparoscopia, hoje consenso de indicação primaria aumentando ainda mais a segurança do procedimento e principalmente diminuindo a morbidade e a mortalidade destas operações. Também, a visão multidisciplinar ganhou espaço com entendimento de que o tratamento cirúrgico deveria envolver a participação de especialidades como endocrinologistas, nutrólogos, psiquiatras, cardiologistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas educadores físicos e outros profissionais da saúde. A atuação conjunta assim como o acompanhamento a longo prazo permitiu melhores resultados e atualmente são realidades no tratamento bariátrico sendo cada vez mais valorizado (SBCMB, 2020).

A CB é procurada principalmente na ausência ou insuficiência de tratamentos convencionais em casos de obesidade. A CB tem se mostrado eficaz e é indicada a pacientes que apresentem índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m2, ou IMC≥35 kg/m2 associado às comorbidades (diabete, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana e osteoartrite) (GREGÓRIO et al., 2018).

Atualmente a CB é o tratamento que oferece resultados mais expressivos e duradouros para obesidade mórbida. Em 1999 o ministério da saúde do brasil reconheceu a gastroplastia como um dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde. Tendo emitido em 2013, a portaria nº 424 de 19 de Março de 2013, estabelecendo contraindicações para a CB, sendo elas: síndrome de cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos; limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatóriasno trato digestivo superior que venham a pré-dispor o indivíduo à sangramento digestivo ou outras condições de risco; quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não é contra-indicação à cirurgia; doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação custo-benefício (CARNEIRO; HORA, 2018).

Deste modo, na atualidade a CB é amplamente realizada no Brasil, a partir de diferentes técnicas classificas em restritivas que são aquelas caracterizadas pela redução da capacidade gástrica e disabsorvitivas que incluem a restrição gástrica em menor grau e maior desvio do trânsito intestinal. Também existem as técnicas mistas, que envolvem as restrivas e às disabsorvitiva associadas. O procedimento cirúrgico mais utilizado no Brasil é o Bypass gátrico em Y de Roux (SILVA, 2014). A seguir são apresentadas de forma ilustrativa as técnicas cirúrgicas validadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica:

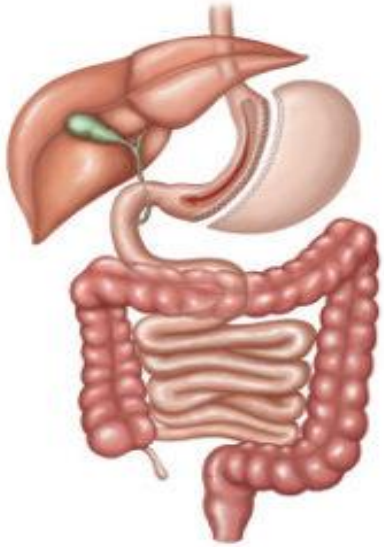
- **Bypass Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)**



Fonte: site: https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/

Esse procedimento é feito a partir do grampeamento de parte do estômago reduzindo assim o espaço para o alimento, associado a um desvio do intestino inicial que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome.

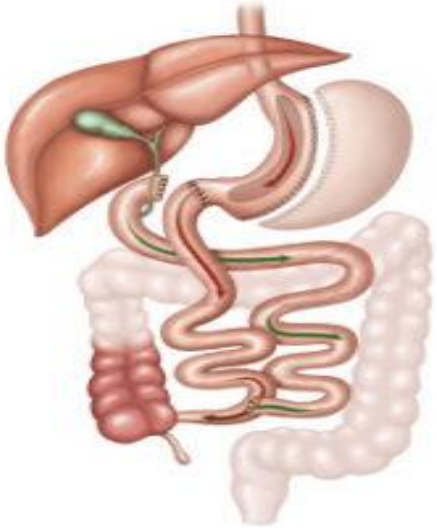
- **Gastrectomia Vertical**



Fonte: site: https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/

Pode ser chamada também de cirurgia de Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa. Considerado um procedimento restritivo e metabólico, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml).

- **Duodenal Switch**



Fonte: site: https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/

Nesse procedimento, 60% do estômago é retirado, entretanto a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Esse procedimento leva à perda de 75% a 85% do excesso de peso inicial.

- **Banda Gástrica Ajustável**

Fonte: site: https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/

Esse procedimento leva à 50% a 60% do excesso de peso inicial. É uma técnica restritiva. Um anel de silicone inflável e ajustável é instalado ao redor do estômago, que aperta mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

A perda de peso é um parâmetro essencial para definir o sucesso da CB. Conforme estudo de Faria et al. (2002) o sucesso da CB é verificada quando ocorre perda de 20% do excesso de peso no primeiro mês, 30% no segundo mês, 50% no sexto mês e 70% ao final do primeiro ano. Atualmente o Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza Cirurgia Bariátrica, com 100 mil registros por ano, ficando atrás apenas dos EUA. A taxa de mortalidade de pacientes que escolhem esse tratamento não ultrapassa a 0,15% (SILVA, 2014). Para garantir o sucesso no ao pacientes que fizeram cirurgia baríatrica em longo prazo, é necessário que os pacientes estejam dispostos a adotar mudanças em seu estilo de vida considerando que CB é o tratamento mais eficaz para obesidade mórbida e suas complicações metabólicas (DAGAN, 2017).

3.3 CORPO E IMAGEM CORPORAL

3.3.1 Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento

O conceito de corpo tem mudado ao longo da história e às implicações para o comportamento humano tem sido de grande relevância para a psicologia, a qual busca a compreensão desse processo de uma forma mais ampla e profunda do “corpo vivido” como participante dos fenômenos psíquicos. Pois, o sentido do “corpo” não pode ser meramente atravessado por conceitos esteticamente impostos e normatizados. Tais como, o do corpo magro associado a um ideal estético e percebido como sinônimo de moderação e autocontrole, enquanto o corpo obeso se associa à preguiça e a doença. Tornando a perda de peso uma tentativa de escapar das pressões sociais em prol do corpo esteticamente idealizado, ficando a saúde como uma preocupação em segundo plano (FREITAS et al., 2015; FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

A imagem corporal envolve uma série de fatores como cognitivos, culturais e fisiológicos. Ao falar da imagem que uma pessoa tem do próprio corpo é necessário compreender os processos mentais como a percepção e os sentimentos ligados a esse construto, ou seja, à imagem corporal. O aprofundamento no conhecimento acerca da imagem corporal é salutar para a compreensão dos distúrbios alimentares que surgem em decorrência da distorção da autoimagem. Já que a realidade objetiva da aparência é mais determinante do que a percepção do peso corporal considerado ideal e saudável para uma pessoa (LACERDA et al., 2018).

O conceito de imagem corporal para Thompson (1996), envolve três componentes sendo que o perceptivo está relacionado com a precisão da percepção da própria aparência

física; o subjetivo que está relacionado à satisfação com a aparência como o nível de ansiedade a ela associada; por fim a comportamental que relaciona-se com situações em que o indivíduo procura evitar para esquivar de desconfortos associados à sua aparência corporal (SAIKALI el al., 2004).

Quanto a distorções cognitivas na avalição do próprio corpo pode haver principalmente em indivíduos com transtornos alimentares e estas distorções podem ocorrer da seguinte forma: pensamento dicotômico em que ou o indivíduo é muito crítico em relação à sua aparência ou pensa em “extremos” em relação a ela; comparação injusta acontece quando o indivíduo busca comparar seu corpo com padrões extremos; atenção seletiva no qual o indivíduo focaliza apenas um aspecto da aparência; erro cognitivo no qual o indivíduo tem a crença de que outras pessoas pensam como ele em relação à sua aparência. No que tange à insatisfação corporal, ela resulta de processo de comparação, autoavaliação e auto rejeição e pode acarretar comprometimento mental e na qualidade de vida (UCHOA et al., 2017 SAIKALI et al., 2004).

No atual contexto social observa-se uma supervalorização dos corpos veiculados na mídia, sendo o corpo magro idealizada para às mulheres e o “musculoso” para os homens. Nesse sentido, ao não se atingir o padrão corporal midiático, surge a insatisfação corporal que contribui para o comportamento alimentar inadequado (CARVALHO et al, 2016). Tal assertiva está em consonância com Gondoli et al. (2011) e Rodgers et al. (2011), que apontam a mídia e a cultura como fatores que influenciam a percepção da imagem corporal (UCHOA et al., 2017).

Sendo assim, a ingestão do alimento está associada a percepção que o indivíduo tem do alimento e a relação com seu corpo. Controle metabólico e psicossocial estão entrelaçados e devem ser analisados em conjunto. Partindo dessa premissa, a obesidade tem um forte componente psicossocial que pode influenciar no metabólico ou vice-versa (MARLE et al., 2015). Assim estabelece-se uma conexão direta entre dieta, doença e os ideais de autocontrole e restrição associados aos conceitos de beleza. A partir dos quais o corpo passa a ser aliado a um símbolo estético, de poder e não de saúde. Por meio dessa concepção promove-se a cultura do “julgamento” social das pessoas obesas Por conseguinte, esse raciocínio avança no sentido moral e carregado de preconceitos (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

Cabe ressaltar que a obesidade não é considerada doença mental, porém ela está diretamente associada à problemas de ordem comportamental e emocional, sobretudo a comorbidades como depressão, ansiedade e distorção da imagem corporal. Sendo a fome o

apetite e a saciedade integrados e diretamente influenciados pelo humor, pela personalidade e por aspectos cognitivos que condicionam preferências e aversões (FREITAS et al., 2015).

Estudos na área da neurociência demonstram importantes contribuições para às práticas de saúde, dentre elas à compreensão das relações entre mente, corpo, natureza, cultura e às funções neuropsicológicas envolvidas na obesidade, tais como:

- Habilidade visuomotora: estudos demonstram menor competência nessa função quando se trata de pessoas com obesidade;
- Habilidade visuespacial: em caso de obesidade são verificados por meio de estudos que essa função apresenta melhor resultados em sujeitos jovens e idosos com peso normal se comparados com sujeitos obesos;
- Funções atencionais: em algumas pesquisas, indivíduos obesos apresentaram maior tendência atencional à estímulos relacionados à alimentos e consequentemente um aumento no desejo de comer comparados a indivíduos com peso normal;
- Memória: funcções mnêmicas na obesidade são estudadas de forma recorrente sendo o segundo domínio mais estudado e verificou-se déficts nessa função;
- Funções executivas: estudos têm demonstrado déficit no controle inibitório o que ocasiona dificuldade de pessoas com obesidade no que diz respeito a controle comportamental. (FREITAS, etc al., 2015; FLUENTES et al., 2014).

A psicologia como ciência e profissão, tem recorrido a conhecimentos provenientes de diversas correntes teóricas como neurociência, psicanálise, teoria cognitiva dentre outras, para compreender a relação da imagem corporal e a obesidade. Com vistas ao diagnóstico, prevenção, promoção da saúde, bem como o tratamento dos indivíduos obesos. A interlocução entre saúde mental e física baseada no modelo psicossocial visa assim promover condições para que o indivíduo possa identificar e utilizar seus próprios recursos na busca e melhoria da sua relação com seu próprio corpo e sua imagem e promover sua qualidade de vida (PAEGLE, 2018).

Paegle (2018) chama a atenção para a relação dos transtornos mentais que ocultam os afetos e distorcem a autoimagem corporal. Para ele, a obesidade decorre do psicossomático, que representa às manifestações dos conflitos recalcados no inconsciente que não claramente perceptivos e teligíveis. Sendo a escuta psicológica o caminho para a compreensão do paciente e da sua relação com o corpo.

A psicanálise aborda a cultura como fator preponderante para a compreensão da obesidade e sua relação com a imagem corporal. Na qual submetido às exigências de saúde,

beleza e bem-estar, o sujeito depara-se com o paradoxo da obesidade: o ideal do corpo magro e o ato de comer como recurso para lidar com a frustração de inadequação e de rompimento dos laços constituídos a partir da sua fase oral. Assim, a psicanálise pensa nas particularidades e singularidades de cada caso não se atendo aos parâmetros quantitativos do diagnóstico. Não constituindo a obesidade como categoria ou estrutura clínica e sim, efeitos no corpo nos impasses de um sujeito e seus conflitos inconscientes (SEIXAS, 2019).

A abordagem psicanalítica compreende a obesidade como um efeito da primeira experiência do indivíduo com o mundo externo, envolvendo na fase infantil a gratificação ao ser alimentado no seio da mãe e das relações entre voracidade e avidez e por conseguinte sentimentos de ódio e paixão elaborados enquanto bebê, momento que "nascem" as fantasias que criam vivências paradisíacas ou persecutórias, nomeadas como: seio bom e seio mal (KLEIN; 2015).

Por sua vez Freud aborda em seus estudos a experiência da satisfação, na qual a necessidade e o prazer estão interligados desde o nascimento e os aspectos iniciais da vida mental, estão intimamente ligados à alimentação. O alívio por meio da satisfação mental do bebê por meio da amamentação firma uma marca em seu psiquismo. Diante da sensação de desconforto, o sujeito procurará satisfação ou a "marca de satisfação" resultante da primeira satisfação alimentar por meio da amamentação e que o impulsiona tanto à procura de substitutos toleráveis como para um "buraco" de insatisfação infindável (MARLE et al., 2015).

A terapia cognitiva-comportamental inserida em um contexto multidisciplinar focaliza aspectos de grande relevância para o tratamento da obesidade pois aborda o padrão alimentar disfuncional como hábitos alimentares inadequados. Trabalha com o conceito do mal hábito alimentar estar associado a cognições errôneas e sua restruturação é fundamental para a mudança comportamental. Assim, busca a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais e sua relação com o peso e a estética corporal (Perez & Romano; 2014). A efetividade da terapia cognitivo-comportamental com indivíduos obesos baseia-se na premissa do ensino do indivíduo quanto ao manejo do estresse que por sua vez pode ser um desencadeador como também um mantenedor de um padrão alimentar disfuncional (LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Mediante essa conjuntura supracitada diante de pacientes com obesidade e sua relação com a imagem corporal, cabe ressaltar que a qualidade de vida mostra-se comprometida em vários domínios como: o psicológico, físico, relações sociais e/ou meio ambiente (PAEGLE, 2018).

Qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (1997) pode ser definida como a percepção de um indivíduo quanto à sua posição na vida no contexto da cultura e nos sistemas de valores, nos quais ele vive e relaciona com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (NOVAES, 2019). A saúde é intrínseca à qualidade de vida e conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) sua definição é completo bem-estar físico, social e psíquico. Um dos contextos, além do médico, que tem buscado a melhora da qualidade de vida é o organizacional. Empresas têm introduzido programas que buscam gerar satisfação e consequentemente melhora de resultados dos colaboradores. Essas intervenções têm se mostrado eficaz evitando também os dispêndios com saúde de funcionários e como percebe-se, a qualidade de vida permeia todos os contextos de vida das pessoas (ALVARENGA, 2016).

Pessoas obesas encontram diversas dificuldades quanto à qualidade de vida. Pode-se observar dentre elas a dificuldade em comprar roupas, utilizar meios de transporte e até mesmo manter relações afetivas. Ao considerar a qualidade de vida, a obesidade pode ainda levar a repercussões socioeconômicas e psicossociais. Sendo assim, faz-se necessário dar ênfase a busca pela qualidade de vida no tratamento da obesidade mórbida (OLIVEIRA, 2018).

Segundo Lucas (2015), a cirurgia bariátrica pode levar o paciente a uma melhor qualidade de vida, pois resgata a autoestima e a valorização da autoimagem do paciente. Assim como, pode colaborar no tratamento de outras doenças decorrentes e/ou associadas a obesidade, como os transtornos alimentares, psicológicos, ortopédicos, hipertensão arterial e diabetes melittus (NOVAS, 2019).

Há de se ressaltar que ao falar de qualidade de vida e tratamento psicológico é necessário abordar aspectos cognitivos e emocionais. Ao tratar de como a alimentação está relacionada ao aspecto emocional torna-se de grande relevância o entendimento de compreender o “ato de comer”. No campo da psicologia o comer é um processo que envolve afetividade sendo a comida um meio de prazer, satisfação emocional e memória (ALVARENGA et al., 2015).

Torna-se importante salientar que a CB pode proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente, porém no que tange a satisfação com a imagem corporal, o mesmo pode apresentar-se insatisfeito, mesmo estando com o corpo saudável. Barros (1996) aponta como possível causa o distúrbio da imagem corporal, que é encontrado em 40 a 50% dos obesos. Esse dado é extremamente relevante ao abordar a cirurgia bariátrica, uma vez que segundo o

autor, nesses casos, há possibilidade do corpo emagrecer e “cabeça continuar” de uma pessoa com obesidade.

Ainda, em se tratando de imagem corporal, Schilder (1977) entende que seu conceito está relacionado à representação que pessoa forma mentalmente de seu próprio corpo. Imagem corporal para o autor refere-se ao corpo como experiência psicológica atravessada por sentimentos que o indivíduo tem de seu próprio corpo (AZEVEDO & SPADOTTO, 2004).

Sendo assim, percebe-se o quanto a componente psicológico está ligado à autopercepção do sujeito com seu próprio corpo e como a satisfação com a imagem corporal está além de ter qualidade de vida. Nesse sentido é importante destacar que a busca pela beleza e a perseguição pelo ideal de beleza o qual exige das mulheres um corpo magro e do homem um corpo atlético influencia na maneira de como o obeso se vê (MACEDO et al., 2015).

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-analítico de abordagem quantitativa. Estudos transversais são aqueles capazes de descrever uma situação de saúde num determinado momento. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que são percebidos, mas ainda não esclarecidos. A pesquisa exploratória-analítica permite familiarizar-se com o assunto ainda pouco conhecido, testar associações, conhecer o tema com maior profundidade de forma a torná-lo mais claro e esclarecer questões importantes com a condução da pesquisa (ARAGÃO, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Clínica Agir fundada há 15 anos na cidade de Divinópolis/Minas Gerais, para prestar assistência a portadores de obesidade, de ambos os sexos, para tratamento clínico e/ou cirúrgico. Trata-se de uma clínica com o registro nº 8630503 no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas, cuja principal atividade é prestar assistência médica ambulatorial por meio de consultas relacionadas à execução de cirurgias bariátricas para os 56 municípios[1] da região Centro-Oeste de Minas Gerais. Possui uma clientela diversificada advinda de planos de saúde e atendimentos particulares. Todavia é importante ressaltar que as cirurgias não são realizadas na clínica e sim em hospitais com os recursos necessários para tal procedimento. A clínica, além de consultas clínicas, executa também atividades por meio de uma equipe multiprofissional como palestras e encontros centrados no conhecimento acerca da CB. Essa clínica foi escolhida como cenário para o estudo devido ao fato de ser a com mais tempo de atuação e com o maior número de pacientes atendidos na região do Centro-Oeste.

4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA

Para a realização deste estudo partiu-se de uma população composta por todos os pacientes atendidos pela Clínica Agir que foram submetidos a cirurgia bariátrica no período

---

[1] Os 56 municípios são: Aguanil, Araújos, Arcos, Bambuí, Bom Despacho, Camacho, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Carmo da Mata, Carmo do Cajurú, Carmópolis de Minas, Cláudio, Conceição do Pará, Córrego Dantas, Cristais, Divinópolis, Dores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Formiga, Igaratinga, Iguatama, Itaguara, Itapecerica, Itatiaiuçu, Itaúna, Lagoa da Prata, Leandro, Ferreira, Luz, Maravilhas, Martinho Campos, Medeiros, Moema, Nova Serrana, Oliveira, Onça de Pitanguí, Paíns, Papagaios, Pará de Minas, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Pequi, Perdigão, Pimenta, Piracema, Pitanguí, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São José da Varginha, São Sebastião do Oeste, Serra da Saudade e Tapiraí.

de 15 anos de existência da clínica, totalizando 1416 pacientes. O tamanho da amostra foi calculado considerando a população alvo, para o cálculo amostral considerou-se a proporção de 50% para determinada característica (por se tratar de um projeto com múltiplos desfechos), valor este que fornece o maior tamanho amostral, para população finita (n=1416), fixando o nível de significância em 5% (alfa ou erro tipo I), e o erro amostral em 5%, segundo os critérios de Hulley e Cummings (2001). Sendo assim foi estabelecido um "n" mínimo estimado de 303 pacientes. É importante destacar que para se alcançar o "n" amostral final de 305 pacientes foi necessário contactar via telefone todos os 1416 pacientes, pois devido a grande maioria dos pacientes já terem muito tempo que realizaram a cirurgia, muitos haviam mudado de número de telefone e/ou endereço.

4.4 COLETA DE DADOS

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu a partir de um questionário elaborado pelos autores da pesquisa para obter informações que possibilitassem contactar os pacientes como endereço e telefone e para levantar dados sociodemográficos. O questionário foi assim utilizado para extrair as informações dos registros dos atendimentos dos pacientes em formato físico (prontuários) disponíveis no arquivo médico estatístico da Clínica. Tendo sido coletados os dados de todos os prontuários que perfizeram o período entre março de 2004 e março de 2019 totalizando 15 anos de atendimentos e 1416 pacientes. No primeiro momento o foco foram as seguintes variáveis: medicação, psicoterapia, exames laboratoriais, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, idade igual ou maior a dezoito anos. Critérios de Exclusão: apresentar qualquer condição que interferisse na coleta e na mensuração dos dados, informações errôneas e/ou incompletas. A medida em que as informações foram extraídas dos prontuários, elas foram inseridas em um banco de dados eletrônico criado no *Statistical Package for the Social Sciences* (*SPSS*) versão 21.0 e categorizadas em variáveis nominais e ordinais. Tendo às informações sido digitadas duas vezes, para verificar possíveis erros de digitação.

O SPSS permitiu o tratamento das variáveis coletadas e dentre as oito variáveis geradas, três: medicações, psicoterapia e exames laboratoriais foram excluídas dos resultados do presente trabalho. A primeira pela extensão e complexidade dos dados relacionados as medicações utilizadas pelos pacientes, as quais merecem um trabalho a parte. A segunda e a terceira devido ao não preenchimento destas informações nos prontuários da Clínica Agir.

Assim, das oito variáveis finais, cinco possibilitam resultados sociodemográficos, sendo elas: sexo; faixa etária; estado civil; escolaridade e renda familiar.

A segunda etapa da coleta ocorreu por meio de duas escalas de medidas: a primeira para avaliar a acurácia perceptiva e a satisfação dos pacientes com seus corpos por meio da Escala de Figura de Silhuetas e a segunda para avaliar a qualidade de vida por meio da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida / *World Health Organization Quality of Live Asssessment-Bref (WHOQOL-BREF).* As referidas escalas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram diagramadas e disponibilizadas em formato eletrônico por meio Google Forms, um aplicativo gratuito de administração de pesquisas que permite o envio dos formulários por meio de link via whatssapp e/ou e-mail.

A ferramenta Google Forms foi utilizada para viabilizar a realização da pesquisa, pois em detrimento das distâncias geográficas das residências dos pacientes advindos dos 54 municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, a coleta dos dados de forma presencial se tornaria inviável em detrimento dos custos e tempo dispendido. Deste modo, a Google Forms apresentou-se como de fácil utilização, gratuita e totalmente viável para a coleta e validação dos dados, facilitando o processo de pesquisa. Sendo assim, os pacientes foram contatados primeiramente por telefone e ao aceitarem participar da segunda etapa da pesquisa, receberam o link para acesso online ao TCLE e às escalas, os quais responderam a partir da orientação feitas previamente pelo pesquisador via telefone. É importante ressaltar que as escalas podem ser autoaplicáveis.

4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

a) Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado pelos autores da pesquisa a partir dos dados contidos nos prontuários um questionário para abordar os dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar). Deste modo, para cada prontuário consultado era preenchido um questionário sociodemográfico com às variáveis estabelecidas e a posteriori os dados foram lançados no banco de dados eletrônico criado no *Statistical Package for the Social Sciences* (*SPSS*) versão 21.0.

b) Escala de Figuras de Silhuetas (EFS)

A Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (Figura 1) tem a finalidade de avaliar a percepção de tamanho e forma corporal. A escala consiste de um conjunto de dezoito imagens

(nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas), que representam figuras humanas com nove variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra à mais larga, com Índice de Massa Corporal médio: Figura 1 (IMC 17,5); Figura 2 (IMC 20,0); Figura 3 (IMC 22,5); Figura 4 (IMC 25,0); Figura 5 (IMC 27,5); Figura 6 (IMC 30,0); Figura 7 (IMC 32,5); Figura 8 (IMC 35,0) e Figura 9 (37,5).

A aplicação ("escolha") consistiu em apresentar o conjunto de figuras femininas de 1 a 9 para a mulher ou o conjunto de figuras masculinas de 1 a 9 para o homem, considerando-se a ordem ascendente (da menor para a maior figura). O paciente foi assim solicitado a escolher: 1º) a figura que representasse a silhueta de seu corpo atual; 2º) a figura que representasse a silhueta de um corpo que gostaria de ter; 3º) a figura que representasse a silhueta de um corpo que o paciente acreditava que iria alcançar após a cirurgia bariátrica. O avaliador isentou-se de opinião na escolha das silhuetas. A seguir apresenta-se a "Escala de Figuras e Silhuetas":

Figura 1 – Escala de Figuras e Silhuetas por Stunkard et al.. Divinópolis (MG), 2020.

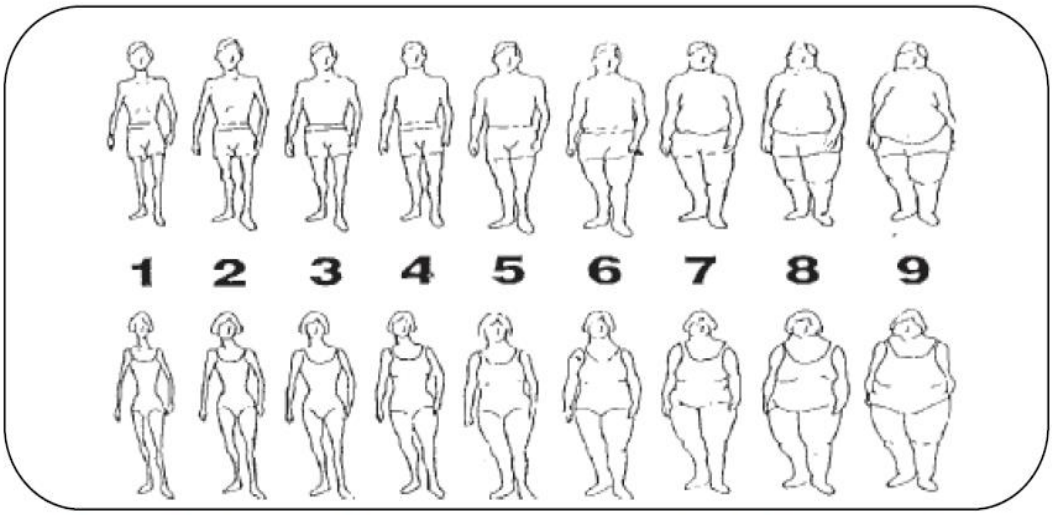


Figura 1 - Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard et al. (1983).

Fonte: PEREIRA & SOARES, 2015.

A acurácia perceptiva e a satisfação com a imagem corporal foram assim calculadas subtraindo-se o IMC da figura escolhida como sendo o seu corpo atual do IMC da figura escolhida como sendo o corpo desejado. O resultado igual a zero indicou acurácia perceptiva real e satisfação com a imagem corporal, o resultado com valor positivo indicou superestimação do tamanho corporal e o resultado com valor negativo indicou subestimação do tamanho corporal.

c) Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (EAQV)

A Escala de Avaliação de Qualidade de Vida / *World Health Organization Quality of Live Assessment-Bref* (*WHOQOL-bref*)" **(**ANEXO B). Instrumento validado no Brasil, de acesso livre e gratuito. Composto por 26 questões fechadas, com pontuações das respostas obtidas por meio de uma escala do tipo *likert* de cinco pontos (1 a 5). Por meio das quais são analisadas as condições de qualidade de vida em quatro domínios: 1- domínio físico avalia dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso. 2 - domínio psicológico avalia sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e sentimentos negativos. 3 - domínio relações sociais avalia as relações pessoais, suporte social e atividade social. 4 - domínio meio ambiente avalia a segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, transporte e ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima). Além dos 4 domínios, a escala apresenta duas questões gerais de qualidade de vida, uma delas se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra à satisfação com a saúde. O presente estudo adaptou a classificação agrupando os pacientes de acordo com três classes de distribuição de frequência, segundo os valores médios de qualidade de vida: "ruim" (de 1,0 até 2,9); "regular" (de 3,0 a 3,9) e "boa" (acima de 4,0).

Tabela 1 - Domínios e Facetas A Escala de Avaliação de Qualidade de Vida / *World Health Organization Quality of Live Assessment-Bref.* Divinópolis (MG), 2020.

Domínios	Facetas
I – Físico	Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho.
II – Psicológico	Sentimento positivos; pensar, aprender, memória de concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais
III - Relações sociais	Relações pessoais; atividade sexual; suporte (apoio) social.
IV - Meio Ambiete	Segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/clima; transporte.
V – Geral	Percepção da qualidade de vida; satisfação com a saúde.

Fonte: Elaborado a partir de Fleck (2008).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 21. Para descrever os resultados, foram utilizadas análises de medidas de frequências (absoluta e relativa) e tendência central (média). A acurácia perceptiva e a satisfação com a imagem corporal foram calculadas a partir das análises estabelecidas pela "Escala de Figuras e Silhuetas", ou seja, subtraindo-se o IMC da figura escolhida como sendo o seu corpo atual do IMC da figura escolhida como sendo o corpo desejado. O resultado igual a zero indicou acurácia perceptiva real e satisfação com a imagem corporal, o resultado com valor positivo indicou superestimação do tamanho corporal e o resultado com valor negativo indicou subestimação do tamanho corporal. A categorização da qualidade de vida baseou-se na classificação dada pelos escores da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida. Para analisar a associação entre a acurácia perceptiva, a satisfação corporal, a qualidade de vida e o tempo pós-cirurgia bariátrica foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fischer. Utilizou-se o critério forward para entrada das variáveis no modelo e para permanência das variáveis no modelo final foi adotado um nível de 5% de significância ($p<0,05$). Após ajuste do modelo final, foi avaliada a estimativa do Odds Ratio (OR) ajustado com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados para a realização dessa pesquisa obedeceram a todas as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Todo o processo seguiu os termos da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de Nº 3.330.917 (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta dissertação foram apresentados na forma de artigo científico elaborado conforme as normas da revista. Adotou-se o formato ABNT.

5.1 ARTIGO 1 – CIRURGIA BARIÁTRICA: ACURÁCIA PERCEPTIVA, SATISFAÇÃO CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA

Gladson Henrique Silva, Richardson Miranda Machado

RESUMO

Introdução: a obesidade tem aumentado de forma significativa em todo mundo, tendo sua prevalência dobrado desde 1980. A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública, com mais de 2,2 bilhões de pessoas, entre crianças e adultos. Quanto ao tratamento tem os convencionais baseados em dietas com a restrição da ingestão calórica e prática de atividades físicas e quando não mostraram resultados satisfatórios nos casos mais graves torna-se indicativo a realização da cirurgia bariátrica. Sendo assim o trabalho se faz relevante tendo em vista a busca pela elucidação da relação que o paciente tem com seu corpo quanto ao aspecto perceptual bem como sua qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar a acurácia perceptiva, a satisfação corporal e a qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo transversal realizado com 305 pacientes de uma clínica de médio porte referência na execução de cirurgias bariátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais. Foi utilizada uma escala de avaliação da acurácia perceptiva e satisfação corporal e outra para avaliar a qualidade de vida. Realizou-se análise descritiva e de associação dos dados. **Resultados:** o estudo demonstrou que houve distorção da imagem corporal e insatisfação dos pacientes quanto a seus corpos no período estudado. A qualidade de vida foi considerada boa em todos os domínios. Não houve influência do tempo pós cirurgia nos resultados. **Conclusão:** diante desses achados pode-se afirmar que a cirurgia bariátrica é eficaz principalmente no que tange à qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Cirurgia Bariátrica; Acurácia Perceptiva; Satisfação Corporal; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: obesity has increased significantly throughout the world, with its prevalence doubling since 1980. The World Health Organization points to obesity as one of the biggest public health problems, with more than 2.2 billion people, including children and adults. As for the treatment, there are the conventional ones based on diets with the restriction of caloric

intake and practice of physical activities and when they have not shown satisfactory results, in the most severe cases, bariatric surgery becomes indicative. Therefore, the work is relevant in view of the search for elucidating the relationship that the patient has with its body concerning the perceptual aspect as well as its quality of life. **Objective:** to evaluate the perceptual accuracy, body satisfaction and quality of patients' life undergoing bariatric surgery. **Methods:** cross-sectional study carried out with 305 patients from a medium-sized reference clinic in the execution of bariatric surgeries in the Midwest region of Minas Gerais. One scale was used to assess perceptual accuracy and body satisfaction and another one to assess quality of life. Descriptive and association analysis of data was performed. **Results:** the study showed that there was distortion of body's image and patients' dissatisfaction with their bodies in the studied period. Quality of life was considered good in all areas. There was no time influence after surgery on the results. **Conclusion:** in view of these findings, it can be said that bariatric surgery is effective especially regarding to quality of life.**Descriptors:** Psychiatric Nursing; Bariatric surgery; Perceptual Accuracy; Body Satisfaction; Quality of life.

RESUMEN

Introducción: la obesidad ha crecido considerablemente en todo el mundo, y su prevalencia se ha duplicado desde 1980. La Organización Mundial de la Salud señala la obesidad como uno de nuestros mayores problemas de salud pública, abarcando más de 2.200 millones de personas, entre niños y adultos. En cuanto al tratamiento, existen los convencionales basados en dietas con restricción del aporte calórico y práctica de actividades físicas; y cuando no han mostrado resultados satisfactorios, en los casos más graves, la realización de cirugía bariátrica se vuelve indicativa. Así, el trabajo es relevante teniendo en cuenta la búsqueda de la elucidación de la relación que el paciente tiene con su cuerpo en cuanto al aspecto perceptual, así como su calidad de vida. **Objetivo:** evaluar la precisión perceptiva, la satisfacción corporal y la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. **Métodos:** estudio transversal efectuado con 305 pacientes de una clínica de tamaño medio que es referencia en la ejecución de cirugías bariátricas en la región Centro-Oeste de Minas Gerais. Se utilizó una escala para evaluar la precisión de la percepción y la satisfacción corporal y otra para evaluar la calidad de vida. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y de asociación de los datos. **Resultados:** el estudio mostró que hubo distorsión de la imagen corporal e insatisfacción de los pacientes con respecto a sus cuerpos en el período estudiado. La calidad de vida se consideró buena en todos los ámbitos. No hubo influencia del tiempo posquirúrgico en los

resultados. **Conclusión:** A la vista de estos hallazgos, se puede decir que la cirugía bariátrica es efectiva principalmente en lo que respecta a la calidad de vida.

Descriptores: Enfermería Psiquiátrica; Cirugía Bariátrica; Precisión Perceptiva; Satisfacción Corporal; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

Dados do VIGITEL (2018) apontam que 55,7% da população brasileira tem excesso de peso. O aumento da prevalência foi maior entre as faixa etárias de 18 a 24 anos (período 2006-2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, com mais de 2,2 bilhões de pessoas, entre crianças e adultos, equivalente a 30% da população.

A obesidade tem etiologia complexa, multifatorial, sendo o resultado da interação de diferentes fatores, como: genéticos; metabólicos; ambientais (modernização das cidades, concentração das populações no meio urbano); comportamentais; emocionais; doenças predisponentes e tratamentos medicamentosos (MALTA et al, 2014; FRANCISCO et al, 2015).

A obesidade é considerada quando o Índice de Massa Corporal (IMC) está acima de 30 kg/m^2. Sendo a sua gravidade classificada em grau I (moderado excesso de peso), quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m^2, grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e 39,9 kg/m^{2}e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa 40 kg/m^2 (FLEGAL et al, 2014; OMS, 2015).

A obesidade é uma doença grave e pode ocasionar outras comorbidades de impacto para a saúde pública, como distúrbios cardiovasculares; endócrinos; respiratórios; gastrointestinais e músculos-esqueléticos; além de atingir o sistema reprodutor e causar distúrbios psiquiátricos e outras complicações como neoplasias e a diminuição da mobilidade física (FLEGAL et al, 2014; CASTRO et al, 2017; ANDRADE et al, 2017).

Ao se falar em tratamentos para pacientes com IMC maior que 35 Kg/m², grau II (obesidade leve ou moderada) ou com IMC maior que 40 Kg/m², grau III (obesidade mórbida), deve-se considerar o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica). Além do IMC considera-se como propensos à cirurgia os pacientes com comorbidades, como hipertensão arterial (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM)

Sendo que a indicação para os pacientes requer um tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados. Os resultados assim esperados com a cirurgia bariátrica incluem:

perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida (WU et al, 2014; STEYER et al, 2016).

A cirurgia bariátrica leva à 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, ou com o emagrecimento abrupto resultar em uma imagem de magreza incompatível com a psiquicamente elaborada pelo indivíduo a partir de anos de obesidade. Desse modo, a reestruturação perceptiva tende a ser mais lenta do que a rápida perda de peso. O que pode causar após a cirurgia uma insatisfação com a imagem corporal, seja pela inadequação da reestruturação perceptiva ou pelas consequências diretas da própria cirurgia como, por exemplo, a flacidez da pele nas mamas e no abdome, além das cicatrizes (LACERDA et al, 2018).

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 e dismorfia corporal. Esses problemas podem se agravar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois pode dificultar a adesão aos novos hábitos necessários, ocasionando consequências negativas, como reganho de peso, carências nutricionais e, até mesmo, o risco de suicídio (STEYER et al, 2016; LACERDA et al, 2018). Nesse sentido, a acurácia perceptiva, ou seja, a forma como o paciente percebe seu corpo, incluindo a sua altura, forma e peso e a satisfação com a imagem corporal são fundamentais para a auto aceitação e o sucesso do tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica.

Esta pesquisa assim propõe avaliar a acurácia/inacurácia perceptiva, a satisfação/insatisfação corporal e a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica levando em consideração o tempo de pós-operatório para elucidar possíveis mudanças comportamentais e perceptuais envolvidos nesse processo. Os resultados poderão contribuir para a produção de conhecimentos que permitirão uma melhor atuação do trabalho dos profissionais de saúde e do cuidado dos pacientes quanto às suas expectativas em relação a esse procedimento.

OBJETIVO

Avaliar a acurácia perceptiva, a satisfação com a imagem corporal e a qualidade de vida dos pacientes bariatrizados e a associação com o tempo pós-cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-analítico de abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em uma clínica de médio porte, referência na execução de cirurgias bariátricas para os 56 municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais. Possui uma clientela advinda de planos de saúde e atendimentos particulares.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos pela clínica que foram submetidos a cirurgia bariátrica no período de março de 2004, data de inauguração da clínica, até março de 2019, data da coleta de dados, totalizando 15 anos de atendimentos e 1416 pacientes. O cálculo amostral foi realizado a partir desse total de pacientes atendidos, para o qual considerou-se uma proporção de 50% para determinada característica (por se tratar de um projeto com múltiplos desfechos), valor este que forneceu o maior tamanho amostral, para população finita (n=1416), fixando o nível de significância em 5% (alfa ou erro tipo I), e o erro amostral em 5%. Ao final resultando em um "n" mínimo estimado de 303 pacientes.

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu a partir dos registros dos atendimentos dos pacientes em formato físico (prontuários) disponíveis no arquivo médico estatístico da Clínica. Tendo como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, idade igual ou maior a dezoito anos. Critérios de Exclusão: apresentar qualquer condição que interferisse na coleta e na mensuração dos dados, informações errôneas e/ou incompletas. A medida em que as informações foram extraídas dos prontuários, elas foram inseridas em um banco de dados eletrônico criado no *Statistical Package for the Social Sciences* (*SPSS*) versão 21.0 e categorizadas em variáveis nominais e ordinais.

A segunda etapa da coleta ocorreu por meio de duas escalas de medida; a primeira para avaliar a acurácia perceptiva e a satisfação dos pacientes com seus corpos e a segunda para estimar a qualidade de vida. Às referidas escalas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram diagramadas e disponibilizadas em formato eletrônico por meio do Google Forms, um aplicativo gratuito de administração de pesquisas que permite o envio dos formulários por meio de link via WhatsApp e e-mail. Deste modo, os pacientes foram contatados por telefone e ao aceitarem participar da segunda etapa da pesquisa, receberam o link para acesso online ao TCLE e às escalas, os quais responderam a partir da orientação feita previamente pelo pesquisador via telefone. É importante ressaltar que ambas as escalas podem ser autoaplicáveis.

A Escala de figura de silhuetas teve a finalidade de avaliar a acurácia perceptiva e a satisfação com a imagem corporal. A escala consiste de um conjunto de dezoito imagens

(nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas), que representam figuras humanas com nove variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra à mais larga, com Índice de Massa Corporal médio: Figura 1 (IMC 17,5); Figura 2 (IMC 20,0); Figura 3 (IMC 22,5); Figura 4 (IMC 25,0); Figura 5 (IMC 27,5); Figura 6 (IMC 30,0); Figura 7 (IMC 32,5); Figura 8 (IMC 35,0) e Figura 9 (37,5) (KAKESHITA E ALMEIDA, 2006).

A aplicação ("escolha") consistiu em apresentar o conjunto de figuras femininas de 1 a 9 para a mulher ou o conjunto de figuras masculinas de 1 a 9 para o homem, considerando-se a ordem ascendente (da menor para a maior figura). O paciente foi assim solicitado a escolher: 1º) a figura que representasse a silhueta de seu corpo atual; 2º) a figura que representasse a silhueta de um corpo que gostaria de ter; 3º) a figura que representasse a silhueta de um corpo que o paciente acreditava que iria alcançar após a cirurgia bariátrica. O avaliador isentou-se de opinião na escolha das silhuetas.

A acurácia perceptiva e a satisfação com a imagem corporal foram assim calculadas subtraindo-se o IMC da figura escolhida como sendo o seu corpo atual do IMC da figura escolhida como sendo o corpo desejado. O resultado igual a zero indicou acurácia perceptiva real e satisfação com a imagem corporal, o resultado com valor positivo indicou superestimação do tamanho corporal e o resultado com valor negativo indicou subestimação do tamanho corporal.

Em seguida, foi aplicada a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (*World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref, WHOQOL-bref*) composta por 26 questões, sendo duas de caráter geral, que avaliam a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde pelo paciente e outras 24 questões distribuídas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente). Cada domínio tem seu escore calculado individualmente, o que permite a avaliação do nível de qualidade de vida em cada contexto. Deste modo, quanto mais alto o escore melhor a qualidade de vida em cada domínio. A pontuação é obtida por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 a 5). O presente estudo adaptou a classificação agrupando os pacientes de acordo com três classes de distribuição de frequência, segundo os valores médios de qualidade de vida: "ruim" (de 1,0 até 2,9); "regular" (de 3,0 a 3,9) e "boa" (acima de 4,0).

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences*® (*SPSS*), versão 21. Foram conduzidas análises descritivas e de medidas de frequências (absoluta e relativa) e tendência central (média).

O tempo de cirurgia foi divido em quartis ficando da seguinte forma: no 1° quartil (0 a 444 dias) 77 pacientes, para o 2º quartil (445 até 1165 dias) 76 pacientes, 3° quartil (1166 até

2249 dias) 76 pacientes e 4° quartil (2250 até 4952 dias) 76 pacientes. Essa divisão foi feita a partir de uma análise estatística para propiciar maior fidedignidade ao estudo.

Os dados coletados, para a realização dessa pesquisa, obedeceram a todas as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Todo o processo seguiu os termos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de Nº 3.330.917.

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 305 pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica. A caracterização sóciodemográfica mostrou predominância de pacientes do sexo feminino (255-83,6%), da faixa etária entre 31 e 40 anos (127-41,6%), casados (188-61,6%), com ensino superior completo (128-42%) e com renda familiar mensal superior a três salários mínimos (148-48,5%).

As tabelas 1, 2 e 3 apresentadas a seguir representam a distribuição do n=305 divididos em quartis no que se refere a acurácia perceptiva, satisfação com a imagem corporal e qualidade de vida por meio da divisão entre os domínios (físico, psicológico, meio ambiente, qualidade de vida geral).

A divisão do tempo se deu pela distância interquartílica, ou seja, foi divido o tempo em quatro partes de forma que o número de pacientes ficasse igual em cada faixa de tempo. Para cada tabela foram gerados dois P* valor divididos entre homens e mulheres para testar linha e coluna sendo as linhas representando as variáveis e a coluna representando seus respectivos quartis para testar a associação entre às variáveis.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes segundo a classificação da acurácia perceptiva da imagem corporal por sexo e sua associação com o tempo de cirurgia bariátrica.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da acurácia perceptiva da imagem corporal da escala de Figuras de Silhuetas e o tempo de cirurgia bariátrica. Divinópolis, MG, Brasil, 2020.

Acurácia Perceptiva da Imagem Corporal x Tempo de Cirurgia Bariátrica										
Acurácia Perceptiva	**Homens**					**Mulheres**				
	1 quartil	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor-p***	**1 quartil**	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor-p***
Superestima	5	6	9	10		44	35	40	44	

Acurácia	4	2	4	3	0,802	13	25	17	14	0,123
Subestima	1	3	1	2		10	5	5	3	
Total	10	11	14	15		67	65	62	61	

*Teste qui-quadrado de Pearson (Nível de significância p< 0,05).
Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes segundo a classificação da satisfação com a imagem corporal por sexo e sua associação com o tempo de cirurgia bariátrica.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da satisfação com a imagem corporal da escala de Figuras de Silhuetas e o tempo de cirurgia bariátrica, Divinópolis, MG, Brasil, 2020.

Satisfação com a Imagem Corporal x Tempo de Cirurgia Bariátrica										
Satisfação Imagem Corporal	**Homens**					**Mulheres**				
	1 quartil	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor-p***	**1 quartil**	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor-p***
Insatisfeito Perdeu pouco peso	6	9	12	10	0,284	51	40	45	46	0,456
Satisfeito	0	1	0	0		13	23	15	14	
Insatisfeito Perdeu muito peso	4	1	2	5		3	2	2	1	
Total	10	11	14	15		67	65	62	61	

*Teste qui-quadrado de Pearson (Ní vel de significância p< 0,05).
Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes segundo a classificação da qualidade de vida por sexo e sua associação com o tempo de cirurgia bariátrica.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação da qualidade de vida por domínios e o tempo de cirurgia bariátrica. Divinópolis, MG, Brasil, 2020.

Qualidade de Vida por Domínios x Tempo de Cirurgia Bariátrica											
Qualidade de Vida por Domínios		**Homens**					**Mulheres**				
		1 quartil	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor p***	**1 quartil**	**2 quartil**	**3 quartil**	**4 quartil**	**Valor-p***
Físico	**Boa** (> 4,0)	8	6	9	11	0,916	36	42	42	37	0,529
	Regular (3,0 a 3,9)	2	4	4	3		21	18	17	17	
	Ruim (até 2,9)	0	1	1	1		10	5	3	7	

Psicológico	**Boa** (≥ 4,0)	8	5	7	9	0,197	38	39	40	33	0,758
	Regular (3,0 a 3,9)	2	4	3	6		23	19	15	18	
	Ruim (até 2,9)	0	2	4	0		6	7	7	10	
Relações Sociais	**Boa** (≥ 4,0)	6	6	8	12	0,462	41	45	38	31	0,184
	Regular (3,0 a 3,9)	4	4	3	2		16	14	21	22	
	Ruim (até 2,9)	0	1	3	1		10	6	3	8	
Meio Ambiente	**Boa** (≥ 4,0)	7	5	5	8	0,419	31	37	34	21	0,225
	Regular (3,0 a 3,9)	3	5	6	7		28	23	23	33	
	Ruim (até 2,9)	0	1	3	0		8	5	5	7	
Qualidade de Vida Geral	**Boa** (≥ 4,0)	8	8	7	12	0,452	51	54	52	41	0,253
	Regular (3,0 a 3,9)	2	1	5	2		12	10	7	16	
	Ruim (até 2,9)	0	2	2	1		4	1	3	4	

*Teste qui-quadrado de Pearson (Nível de significância p< 0,05).
Fonte: dados da pesquisa, 2020.

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou uma maior frequência de mulheres que realizaram cirurgia bariátrica (83,6%). Fato que pode estar associado a grande pressão social e midiática por um corpo magro principalmente direcionado às mulheres (LIMA et al, 2018). Porém, não apenas a mídia impõe tal modelo para as mulheres e homens, a própria visão biomédica mostra que o corpo magro é o desejável e o saudável. Frisa-se que entende-se a visão biomédica nesse contexto a partir do discurso, no ocidente, que aborda de forma hegemônica a explicação que valoriza a dimensão biológica dos corpos e processos corporais. Assim, a visão biomédica cria formas de modificar o corpo por meio de intervenções estéticas, colocando grande pressão nos indivíduos que não se encaixam nos padrões impostos, levando-os até mesmo a enfrentar transtornos emocionas que podem, por exemplo, agravar o consumo de alimentos. (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010). Outro fator pode estar ligado ao atual contexto social no qual observa-se uma supervalorização dos corpos veiculados na mídia, sendo o corpo magro idealizado pelas mulheres (DE CARVALHO et al, 2016).

No entanto, vale ressaltar o aumento por procedimentos cirúrgicos realizados por homens. A ideologia de um corpo portador de medida ideais como resultado do imaginário coletivo permeado pela cultura narcisista pode levar à busca do sucesso individual materializado no corpo (LEAL et. al, 2008). Sendo assim, ao falar de imaginário coletivo e cultura narcisista, infere-se que tanto os homens quanto as mulheres estão implicados nesse processo.

Quanto ao estado civil, 61,6% dos pacientes eram casados. Não há muitos estudos que relacionam o estado civil com a CB, porém Almeida e colaboradores (2011) evidenciam que pacientes que tinham parceiros apresentavam maior desejo de perda de peso em decorrência de alguma exigência do casamento como a não-satisfação do parceiro (LIMA et.al, 2018). Nesse sentido, cabe evidenciar que a decisão de realizar um tratamento cirúrgico para o casal pode ser tida como um reavivamento do relacionamento, uma forma de reafirmação do desejo de fazer o melhor para o outro (ARANTES, 2008). Entretanto, o desejo pode ser uma via de acolhimento de um ideal e percebe-se que o corpo/beleza é ditado como algo que pode ser comprado (TINOCO, 2014). Sendo assim a normatização da imagem corporal parece passar pelo aspecto ligado ao ideal de beleza e por conseguinte, pela apreciação do outro. Um estudo realizado por Hebe (2011) aborda a questão do corpo como algo que pode ser apreciado apenas como uma imagem. O “corpo imagem” se constitui, também, como fundamento da autoestima sendo ela atualmente reduzida a questões de ordem subjetiva moldada em uma cultura narcisista na qual a imagem que se oferece ao mundo passa pela necessidade de aceitação social (LEAL et. al, 2008).

No que se refere a faixa-etária (41,6% - entre 31 e 40 anos), escolaridade (ensino superior completo – 42%) e renda familiar (48,5% - superior a três salários mínimos). Tem-se com a idade um ganho de peso esperado, sendo que da adolescência para a idade adulta o indivíduo tenha um aumento em seu IMC. A CB no país não é permitida antes dos 16 anos de idade e mesmo nessa faixa etária é necessário um acompanhamento multiprofissional para se tomar a decisão de realizar essa cirurgia, no país não se tem muitos estudos sobre CB na adolescência, o que pode levar muitos profissionais da saúde a não aconselharem esse procedimento (MASSABKI et al, 2016; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011), assim seguem-se tratamento mais conservadores que podem não dar resultados imediatos ou não conseguirem sozinhos resolver a problemática, até que ao se adentrar na idade adulta, com as demandas sociais e comorbidades secundárias, o indivíduo assume a responsabilidade pela CB.

Estudo realizado por Pacheco Neto et al (2018) concorda com os resultados da presente pesquisa quanto a renda familiar, os quais mostram que uma renda familiar adequada

se relaciona a uma maior aptidão ao trabalho e maior envolvimento com atividades físicas pós CB e maior tendência se conseguir uma redução do IMC.

No que se refere a escolaridade o estudo está de acordo com os resultados de Junge et al (2016) em que a maior parcela tinha ensino médio completo e superior, mas outros estudos discordam quanto a importância da escolaridade (EDUARDO et al, 2017), podendo estar relacionado ao perfil dos participantes que procuraram uma clínica particular para realizar o procedimento. O perfil dos pacientes que procura uma clínica particular pode também estar associado ao nível da renda familiar demonstrada nesse estudo, superior a três salários mínimos.

O estudo demonstra que houve distorção da imagem corporal independentemente do sexo em todos os quartis. A distorção da imagem pode ser associada a medos de retorno ao peso anterior, insatisfação com a imagem atual e a insegurança com o corpo atual (EDUARDO et al, 2017).

Os resultados também demonstraram que a maioria dos pacientes superestimam sua imagem corporal, os seja, escolheram a figura mais obesa representando seu corpo atual e uma figura mais magra para a figura que representa o corpo que acreditariam ter após a cirurgia bariátrica, também nos 4 quartis. Esse resultado relaciona-se com outros estudos sobre a temática (SEGURA et al, 2016; LACERDA et al, 2018). Ao se realizar uma CB muitos pacientes acreditam que irão ter a solução dos seus problemas e ao perceberem que com a cirurgia advém outras dificuldades, como a diminuição da absorção de nutrientes, perda muito rápida de peso com perda da elasticidade da pele e até mesmo ganho de peso com o passar dos anos, esses indivíduos podem desenvolver desvios da imagem corporal (LACERDA et al, 2018).

Estudo conduzido por Lacerda et al (2018) analisou a percepção da imagem corporal de pacientes submetidos a CB, demonstrando que também tinham distorção da imagem. Sendo que a insatisfação era maior entre os indivíduos que realizaram a CB há pelo menos seis meses. A maior distorção da imagem foi encontrada no grupo de pacientes com 12 a 24 meses pós-operatório. Já o presente estudo não demonstrou variação dentro do tempo estudado para as variáveis distorção da imagem e satisfação com a imagem corporal.

A variável qualidade de vida também não demonstrou alterações estatisticamente significativas nos quartis nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A maior frequência de acordo com o questionário Whoqol bref foi considerada “boa”. Contudo, a partir desses achados, é relevante uma maior reflexão quanto ao domínio

psicológico uma vez que a distorção da imagem corporal pode ter implicações no aspecto psíquico.

A qualidade de vida geral também demonstrou o mesmo resultado (boa). Esse resultado demonstra que a CB é eficaz para o tratamento da obesidade, trazendo para os indivíduos melhora na qualidade de vida, apesar dos medos e possíveis frustrações de não se ter o corpo perfeito. Estudos demonstram que com a CB se tem melhora do humor, melhora da autoestima e do interesse sexual (MARCHESINI et al, 2019; EDUARDO et al, 2017). Percebe-se que a efetividade do respectivo procedimento não está associada apenas à perda de peso, uma vez que estudos apontam sua relevância na reeducação alimentar e estilo de vida mais saudáveis impactando assim na saúde física e mental dos pacientes (CASTANHA et. al, 2018).

Portanto, a CB pode repercutir de forma positiva na qualidade de vida dos pacientes, contudo faz-se necessário o acompanhamento periódico, por profissionais da saúde, dos indivíduos que passaram por esse procedimento para que seja identificada possíveis alterações na qualidade de vida (OLIVEIRA et. al, 2018). Tal assertiva vai ao encontro do proposto e achado nesta pesquisa uma vez que os pacientes foram avaliados em um período de até 15 anos após a cirurgia e observa-se na literatura uma limitação quanto a esse tempo.

Outras pesquisas também demonstraram a efetividade da CB para a qualidade de vida. Como o estudo de Duarte et al (2014) que avaliou 57 indivíduos submetidos ao procedimento após 12 a 36 meses da cirurgia e os compararam com um grupo que aguardava para a realização da CB, o resultado demonstrou que os que se submeterem ao procedimento tiverem resultados mais satisfatórios quanto a qualidade de vida do que o grupo não submetido.

Importante ressaltar que os estudos utilizados para discussão não pesquisaram indivíduos submetidos a CB após 36 meses da intervenção como o estudo aqui apresentado. Devido a isso seria de vital importância a realização de outras pesquisas, com diferentes cenários para se discutir melhor com a pesquisa.

O que se infere é que a qualidade de vida se relaciona com a CB de forma positiva, mas a autoimagem subjetiva deve ser considerada como fundamental como demonstrado na pesquisa, pois uma autoimagem negativa pode trazer consequências a longo prazo negativas, como depressão, transtornos alimentares com consequente ganho de peso ou sua perda excessiva levando assim a um forte impacto sobre a qualidade de vida (LACERDA et al, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstrou por meio de divisão do tempo usando a distância interquartílica que a qualidade de vida foi considerada boa em todos os quartis. Pode-se considerar, também, que há distorção da imagem corporal e insatisfação dos pacientes quanto a seus corpos no período estudado. Frisa-se, todavia que também entre os 305 pacientes não houve influência do tempo de cirurgia quanto a esse resultado.

Diante desses achados percebe-se eficiência da cirurgia bariátrica principalmente no que tange à qualidade de vida levando em consideração quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, todavia a percepção e consequentemente a satisfação que os pacientes têm de seus corpos devem ter maior atenção dos profissionais envolvidos com a cirurgia bariátrica para evitar frustrações e outras consequências psíquicas. Cabe ressaltar que parece haver certa incongruência entre o resultado do domínio psicológico e a distorção da imagem corporal apresentada pelos pacientes o que possibilita a percepção da necessidade de mais estudos quanto ao aspecto psicológico dos pacientes que submeteram-se à cirurgia bariátrica.

A qualidade de vida do paciente deve ser avaliada com mais clareza quanto ao período e tempo após o procedimento uma vez que estudos científicos não convergem ao mesmo ponto. Sendo assim percebe-se a necessidade de mais pesquisas nessa perspectiva.

Ainda, como limitação na elaboração desse estudo pode-se citar a dificuldade de contactar com os pacientes devido ao tempo de cirurgia (até 15 anos) além do fato de que todos os prontuários da clínica estavam em formato físico.

REFERÊNCIAS

ARANTES, F. B. **O Impacto da Cirurgia Bariátrica na Relação de Casal: Uma Perspectiva dos Cônjuges Masculinos.** 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

CASTANHA, C. R. et al . **Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 45, n. 3, e1864, 2018 .

DE CARVALHO, P. H. B.; GOMES, L. de F.; FERREIRA, M. E. C. **Comparação Social, Insatisfação Corporal e Comportamento Alimentar em Jovens Adultos**. Interação em Psicologia, Curitiba, v. 20, n. 2, dec. 2016.

DOMÍNGUEZ, H. T. **El cuerpo en la experiencia analítica**. Freudiana nº 63, ISSN 1131-5776, Barcelona, ELP - Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, p. 29-32, 2011.

DUARTE, M. I. X. de T. et al. **Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric bypass.** Arq Gastroenterol. 2014.

EDUARDO, C. A. et al. **Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social.** Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v.7**,** 2017.

LACERDA, R. M. R. et al. **Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, e1793, 2018.

LEAL, V. C. L. V. et al . **O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 77-86, Jan. 2010 .

LIMA, A. R. et al. **Evolução ponderal e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 12(76), p. 1087-1094, 2018.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z, M. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4767-4776, Dec. 2011.

MARCHESINI, S. D.; ANTUNES, M. C. **A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho do peso.** Interação em Psicologia**,** Curitiba, v. 21, n. 2, ISSN 1981-8076. aug. 2017.

MASSABKI, L. H. P. et al. **Cirurgia bariátrica: é razoável antes dos 16 anos de idade?**. Rev. Col. Bras. Cir**.**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 5, p. 360-367, Oct. 2016

NETO, P. P.; OLIVEIRA, A. A. R. de; SILVA, C. A. B. da. **Avaliação da qualidade de vida associada à obesidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica**. Motri., Ribeira de Pena , v. 14, n. 1, p. 123-132, maio 2018.

OLIVEIRA, L. S. F. de. et al. **Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, no perfil bioquímico e na pressão arterial de pacientes com obesidade mórbida.** Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 284-293, Sept. 2018 .

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. **Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão**. **Saude soc.** São Paulo , v. 19, n. 2, p. 249-259, jun. 2010 .

SEGURA D.C.A. et. al. **Análise da imagem corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica**. Rev Pesqui Saúde;17(3):170-4, 2016

TINOCO, D. L.; SIRELLI, N. M. **O CORPO A SERVIÇO DE UM IDEAL: SUBJETIVIDADE E CULTURA**. Psicanálise & Barroco em revista v.12, n.1: 148-171, jul.2014.

6 LIMITAÇÕES

6 LIMITAÇÕES

Foi observada a dificuldade de contactar com os pacientes devido ao tempo de cirurgia (até 15 anos). Apesar do “n” amostral ter sido alcançado, foi feita tentativa de contato com toda a população de pacientes operados da clínica. Três pacientes se recusaram a responder e três haviam falecido, não foram levantados os motivos pelos quais ocorreram esses óbitos e nos demais contatos os números de telefones estavam desatualizados ou as ligações não eram atendidas mesmo com várias tentativas.

Houve também limitação como escassez de literatura de estudos nacionais e internacionais mais atuais que levam em consideração um tempo maior de pós-cirurgia bariátrica. Outra limitação refere-se aos períodos de avaliação em que os pacientes eram submetidos, observou-se que não houve convergência de estudos que demonstrassem claramente o parâmetro e período de tempo ideal a que esses pacientes deveriam ser avaliados e por isso nesse estudo foi utilizada análise estatística utilizando intervalo de tempo de forma interquartílica.

7 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

7 CONCLUSÃO

Os achados demonstram que houve distorção da imagem corporal e que tal fato pode acarretar insatisfação corporal. É importante ressaltar que o tempo pós cirurgia bariátrica não influenciou nos resultados. Foi demonstrado também que a qualidade de vida dos pacientes foi considerada boa e esse achado está presente nas quatro divisões de tempo conforme análise estatística utilizada.

8 REFERÊNCIAS DISSERTAÇÃO

8 REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Obesidade: muito além de comer**. São Paulo, 2018. Acesso em: 25 jun. 2020.

ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. São Paulo, 2016. Disponível em: < https://abeso.org.br › wp-content › uploads › 2019/12>. Acesso em: 25 jun. 2020.

Almeida, Jussara C.; Rodrigues, Ticiana C.; Silva, Flávia Moraes; Azevedo, Mirela J. de. **Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2009

ANDRADE, J.; et al. **Fenótipo da cintura hipertrigliceridêmica e fatores nutricionais: um estudo com participantes do ELSA-Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]; v. 20, n. 03, p. 382-393, 2017

ARANTES, F. B. **O Impacto da Cirurgia Bariátrica na Relação de Casal: Uma Perspectiva dos Cônjuges Masculinos.** 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira.** Versão para a consulta técnica. Brasília: Câmara Inter - ministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuiçãosociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bit.LY/2QMT7IX>. Acesso em 21 Jan. 2020.

CASTANHA, C. R. et al . **Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 45, n. 3, e1864, 2018 .

CASTRO, I. et al. **Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle.** Cadernos de Saúde Pública [online], v. 33, n. 7, 2017.

CARNEIRO, H. A; HORA, J. A. B. **Gastroenterologia [Principais temas para provas de residência médica]**. São Paulo: Medcel, 2018.

COSTA, A. M. J.; DUARTE, S. F. P. **Principais Medicamentos Utilizados no tratamento da Obesidade eVias de Ação: Uma Revisão Sistemática**. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2017, vol.11, n.35, ISSN: 1981-1179. Disponível em < https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/728>. acessos em 07 jul. 2020.

DAGAN, S. S. et al. **Nutritional recommendations for adult bariatric surgery patients: clinical ptactice**. Adv Nutr. 382-39, Mar 2017.

DA SILVA, J. A. et al. **Avaliação de aspectos clínicos e nutricionais em obesos em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica em um hospital universitário de João Pessoa-PB.** RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, 11(67), 506-522, 2018.

DA SILVA, R. F.; KELLY, E. de O. **Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux.** Com Ciências Saúde. 2013.

DAMASCENO, V. O. et al. **Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada.** Rev Bras Med Esporte, Niterói , v. 11, n. 3, p. 181-186, June 2005.

DE CARVALHO, P. H. B.; GOMES, L. de F.; FERREIRA, M, E. C. **Comparação Social, Insatisfação Corporal e Comportamento Alimentar em Jovens Adultos.** Interação em Psicologia, Curitiba, v. 20, n. 2, dec. 2016.

DIAS, P. C. et al . **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, 2017.

DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre** : Artmed, 2014.

DUARTE, M. I. X. de T. et al. **Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric bypass**. Arq Gastroenterol. 2014.

EDUARDO, C. A. et al. **Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social.** Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v.7**,** 2017.

EHRLICH, A. C.; FRIEDENBERG, F. K. **Genetic Associations of Obesity: The Fat-Mass and Obesity-Associated (FTO) Gene**. Clinical and translation gastroenterology vol.7,1 e 140. 28 Jan. 2016.

ENES, C. L. **Predição da adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar**. Divinópolis, 2020.

FERREIRA-NOVAES, N. et al . **Avaliação da qualidade de vida de obesos pretendentes à cirurgia bariátrica.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa , v. 20, n. 1, p. 1-15, mar. 2019 .

FLUENTES, D.; et al. **Neuropsicologia: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLECK, M. P. de A. (org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

FLEGAL, K. et al. **Body mass index categories in observational studies of weight and risk of death.** Am J Epidemiol, 180 (3): 288-296, 2014.

FRANCISCO, L.; et al. **Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos.** DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, 10:705-16, 2015.

FRANCISCHI, R. P. P. et al . **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** Rev. Nutr., Campinas , v. 13, n. 1, p. 17-28, Apr. 2000 .

FREITAS, J. de L. et al. **Corpo e psicologia: uma revisão da produção científica brasileira na primeira década dos anos 2000**. Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 21, n. 1, p. 66-86, jan. 2015.

GELONEZE, B. **Tratamento farmacológico da obesidade: passado, presente e futuro**. HU Rev. Disponível em: < https://periodicos.ufjf.br/index/hurevista/article/view/11989>. Acesso em: 11 julho de 2020. 44(2):261-8, 2018.

GIL, A. et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo (SP): Atlas; 2017.

8 – KONTTINEN, H.; et al. **Longitudinal associations between depressive symptoms and body massindex in a 20-year follow-up.** Int J Obes (Lond) 2014.

GONDOLI, et al.; **Heterosocial involvement, peer pressure for thinnes, and body dissasfaction among young adolescent girls.** Body Image 2011.

GORENSTEIN, C.; WANG, Yan-Pang.; HUNGERBÜHLER, I. (orgs). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed; 2016.

GREGORIO, V. D. et al. **O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica?** ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 31, n. 2, e1378, 2018 .

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. **Sobrepeso e obesidade na mídia impressa: uma análise retrospectiva na revista Veja.** Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 817-839, dez. 2017 .

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. de S. **Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 40, n. 3, p. 497-504, June 2006 .

KLOBUKOSKI, C.; HOFELMANN, D. A. **Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 443-452, Dec. 2017 .

LACERDA, R. M. R. et al. **Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 45, n. 2, e1793, 2018.

LEAL, V. C. L. V. et al . **O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 77-86, Jan. 2010.

LEVINE, M.; SMOLAK, L. **The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating.** Eat Disord.;24(1):39-46, 2016.

LIMA, A. R. et al. **Evolução ponderal e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 12(76), 1087-1094, 2019.

LIMA, M. V. de. **Estratégias para tratamento farmacológico da obesidade no Brasil: Revisão sistemática de literatura para análise econômica sob perspectiva privada.** Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) - Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LIMA, C. T.; RAMOS-OLIVEIRA, D.; BARBOSA, C. **Aspectos sociocognitivos da obesidade: Estereótipos do excesso de peso**. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa , v. 18, n. 3, p. 681-698, dez. 2017.

MALTA, D.; et al. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011.** Epidemiol Serv Saúde; 23:599-608, 2014.

MARCHESINI, S. D.; ANTUNES, M. C. **A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho do peso.** Interação em Psicologia**,** Curitiba, v. 21, n. 2, aug. 2017.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4767-4776, Dec. 2011.

Ministério da Saúde,SVS. Departamento de análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico , VIGITEL: Brasília, 2018.

NOBLE, E. E. et al. **Hypothalamus-hippocampus circuitry regulates impulsivity via melanina-concentrating hormone.** Nat Commun. 29;10(1);4923, out. 2019.

NETO, P. P.; OLIVEIRA, A. A. R. de.; SILVA, C. A. B, da. **Avaliação da qualidade de vida associada à obesidade em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica**. Motri., Ribeira de Pena , v. 14, n. 1, p. 123-132, maio 2018 .

OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade:** 2016.. Disponível em: <Disponível em: https://bit.ly/2T5FIbn >. Acesso em: 09 de Jul. 2020.

OLIVEIRA, L. S. F. de et al . **Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, no perfil bioquímico e na pressão arterial de pacientes com obesidade mórbida.** Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 284-293, Sept. 2018 .

OLIVEIRA, A. C. M de; FERREIRA, R. C.; SANTOS, A. A. **Cardiovascular risk assessment according to the Framingham score and abdominal obesity in individuals seen by a clinical school of nutrition**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 62, n. 2, p. 138-144, Apr. 2016 .

PEREIRA, V.; RODRIGUES, C.; CORTEZ, F. **Fatores genéticos, epigenómicos, metagenómicos e cronobiológicos da obesidade.** Acta Port Nutr, Porto , n. 17, p. 22-26, jun. 2019 .

PEREIRA, D. D. G.; SOARES, P. G. **Percepção da imagem corporal em um grupo de estudantes de educação física**. EFDesportes, Revista digital. Buenos Aires, Ano 19, n°

202.2015. Disponível em:< https://www.efdeportes.com/efd202/percepcao-da-imagem-corporal-de-estudantes.htm>. Acesso em: 25 jun. 2020.

RADAELLI, M. et al. **Farmacoterapia da obesidade: Benefícios e Riscos. Rev Saúde e Desenvolvimento Humano.** v. 4, n. 1, p. 101-115, Canoas, Mai. 2016. Disponível em: < http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2317-8582.16.23> Acesso em: 06 de Jul. 2020.

RIBEIRO, R.V.E.; SILVA, G.B.; AUGUSTO. F.V. **Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes candidatos e/ou submetidos a procedimentos estéticos na especialidade da cirurgia plástica: uma revisão sistemática com meta-análise**. Rev. Bras. Cir. Plást. 2017.

SAIKALI, C. J. et al**. Imagem corporal nos transtornos alimentares**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SEGURA D.C.A. et. al. **Análise da imagem corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica**. Rev Pesqui Saúde;17(3):170-4, 2016

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. **Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão**. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 249-259, jun. 2010 .

SEIXAS, C. M. **Dimensões clínicas do ato na obesidade: compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica.** Psicol. Estud., Maringá , v. 24, e40350, 2019.

SIERZANTOWICZ R. et al. **Effect of BMI on quality of life and depression levels after bariatric surgery**. Adv Clin Exp Med. 2017.

STEYER, N.; et al. **Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev Gaúcha Enferm; ; 37:e50170, 2016.

SCAGLIUSI, F.B. et al. **Concurrent and discriminant validity of the Stunkards figure rating scale adapted into Portuguese**. Appetite, v. 47, n. 1, p. 77-82. 2006.

SBCM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>. Acesso em 09 junh. 2020.

TINOCO, D. L.; SIRELLI, N. M. **O CORPO A SERVIÇO DE UM IDEAL: SUBJETIVIDADE E CULTURA**. Psicanálise & Barroco em revista v.12, n.1 : 148-171, jul.2014

UCHOA, F. N. M. et al. **Media influence and body dissatisfaction in Brazilian adolescents. Biomedical Research**, v. 28, n. 6, p. 2445-2451, 2017.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. **Obesidade: uma perspectiva plural.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 185-194, Jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight.** Fact sheet n°. 311. Updated January, 2015.

WU, C.Y.; et al. **Association of body mass index with all-cause and cardiovascular disease mortality in the elderly.** PLoS One 2014; 9 (7): e102589.

ZHANG, Y. et al. **Effects of walkability on physical activity and obesity: a prospective observational study protocol**. BMJ Open. 2020;10(10):e034882. Oct, 2020.

ZAROS, K. J. B. **O uso off label de medicamentos para obesidade.** Boletim do centro de informação sobre medicamentos. Ed. 2, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convite aos Pacientes

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **"CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas"** sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Richardson Miranda Machado, que objetiva o esclarecimento de aspectos clínicos relativos à cirurgia bariátrica, elucidando possíveis repercussões psiquiátricas no pós operatório tais como ocorrência de transtornos alimentares (compulsão alimentar, bulimia e anorexia), transtornos afetivos (depressão, ansiedade e estresse), adoção de novas dependências, como o uso de álcool e/ou outras drogas, avaliação da qualidade de vida e satisfação dos pacientes com seus novos corpos, comparando o pré e pós-operatório e finalmente, identificar a ocorrência de transtornos de personalidade no pré e pós operatório.

Entendemos que este estudo poderá trazer benefícios, como a ampliação do conhecimento sobre aspectos clínicos e psiquiátricos de pacientes pré e pós cirúrgicos, favorecendo e subsidiando a elaboração de estratégias em saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes em questão.

Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas. Desta forma, consideramos que os benefícios do presente estudo, para os pacientes estudados e futuros candidatos à cirurgia bariátrica, superarão os riscos da mesma.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, você deverá responder a entrevista sócio demográfica e posteriormente o preenchimento de escalas específicas, em formato eletrônico, ou seja por meio de um link que será enviado para seu e-mail pelo qual você terá acesso a esses questionários, já validados e utilizados internacionalmente, que geram dados para avaliação de possíveis problemas psiquiátricos, que são objetos deste

estudo, sendo eles: ocorrência de transtornos alimentares; de transtornos afetivos; estresse; uso de álcool e/ou drogas; perda da qualidade de vida; acurácia perceptiva e da satisfação dos pacientes com seus corpos e a ocorrência de transtornos de personalidade.

Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser acionado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. O participante poderá pedir esclarecimentos, se desejar, bem como, em qualquer momento, interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

As informações coletadas, além dos termos de consentimento, serão mantidos sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e após serão eliminados. Sendo os resultados finais apresentados a todos os participantes do estudo e divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da identidade dos participantes será preservada.

Todos os participantes dessa pesquisa receberão esse documento via e-mail assinado em todo as vias pelo pesquisador. Caso o participante opte em recebê-lo por outro meio, poderá solicitar ao pesquisador responsável que deverá, imediatamente, providenciar o envio.

É importante ressaltar que garantimos que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os participantes terão a identidade exposta.

Deste modo, você declara que aceita espontaneamente participar deste estudo, pois foi devidamente esclarecido sobre as questões da pesquisa e sobre a sua participação nela. Declara ainda que sabe que pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício. Declara saber que pode obter informações sobre a pesquisa em qualquer momento com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei- UFSJ.

Sendo assim, declaro que li, entendi e concordo com o que está disposto no atual documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos. Você concorda em participar desta pesquisa? Assinale uma alternativa:

( ) Sou maior de 18 anos, submeti-me à cirurgia bariátrica e concordo em participar da pesquisa

( ) Não quero participar da pesquisa

Data: / / _____

ContatodoPesquisador:Prof.Dr.RichardsonMiranda Machado-
RuaSebastiãoGonçalvesCoelho,400.Bairro Chanadour,CEP35.501-296.Divinópolis–MG,Telefone: (37)8801-9356.
E-mail:richardson@ufsj.edu.br

ContatodoComitêdeÉticaUFSJ-CCO: RuaSebastião GonçalvesCoelho,400.BairroChanadour,CEP35.501-296. Divinópolis–MG,Telefone:(37)3690-4489
E-mail:cepes_cco@ufsj.edu.br

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE FIGURAS E SILHUETAS (EFS)

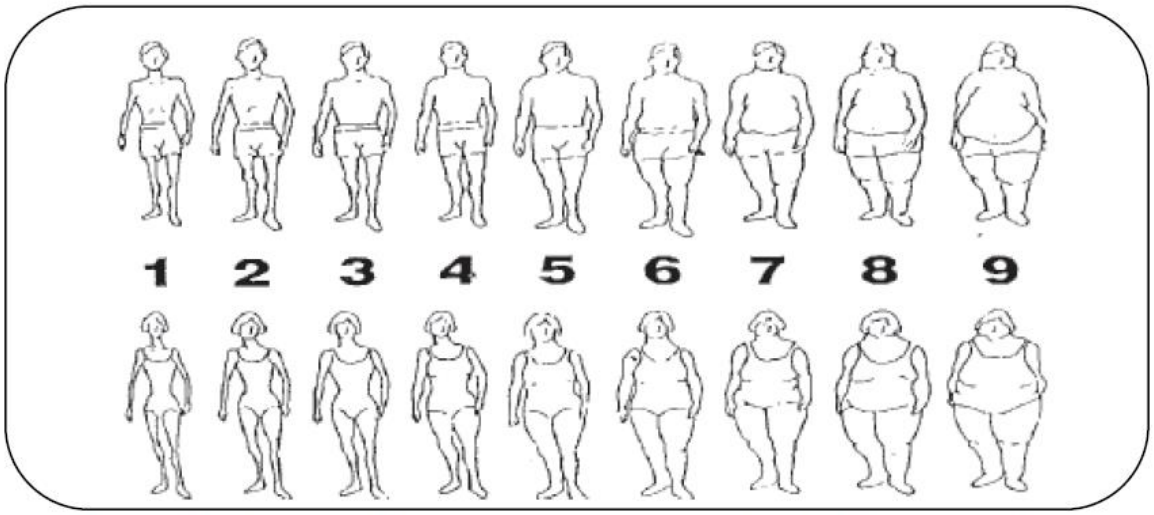


Figura 1 - Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard et al. (1983).

ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref
Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas:

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFSJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas.
Pesquisador: Richardson Miranda Machado
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 91130518.1.0000.5545
Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.330.917

Apresentação do Projeto:
Trata-se de emenda que devido à dispersão geográfica dos pacientes a coleta de dados será em ambiente virtual. Primeiramente será feito contato por telefone com os pacientes com intuito de fazer o convite para responderem aos questionários, nesse momento o pesquisador se colocará a disposição para sanar quaisquer dúvidas que possam ocorrer. Posteriormente será enviado um link ou e-mail àqueles que concordarem em participar da pesquisa.
A plataforma a ser utilizada para esse fim será a Survey Monkey. Ressalta-se que os questionários serão precedidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual o paciente após lê-lo terá a opção de consentir ou não em participar voluntariamente da pesquisa. Caso o paciente opte por marcar a opção de "não participar", este não terá acesso ao formulário sem ônus ou prejuízo para o mesmo.
É importante frisar que a utilização de coleta de dados em ambientes virtuais proporciona vários benefícios como: o custo reduzido, o conforto dos participantes responderem à pesquisa no seu melhor tempo e local, a possibilidade de atingir um público diversificado, a diminuição de erros devido a inserção automática no banco de dados dentre outros (FALEIROS, 2016).

Objetivo da Pesquisa:
Conforme projeto inicial:
- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br

bariátrica;
- Avaliar a ocorrência de transtornos alimentares: compulsão alimentar, bulimia e anorexia no pré e pós operatório;
- Avaliar a ocorrência de transtornos afetivos: depressão, ansiedade e estresse no pré e pós operatório;
- Avaliar o uso de álcool e/ou outras drogas pelos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- Avaliar a qualidade de vida e a acurácia perceptiva e da satisfação dos pacientes com seus corpos no pré e pós-operatório;
- Avaliar a ocorrência de transtornos de personalidade no pré e pós operatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas. Desta forma, consideramos que os benefícios do presente estudo, para os pacientes estudados e futuros candidatos à cirurgia bariátrica, superarão os riscos da mesma.

Benefícios: Ampliação do conhecimento sobre aspectos clínicos e psiquiátricos de pacientes pré e pós cirúrgicos, favorecendo e subsidiando a elaboração de estratégias em saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes em questão.

Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas.

Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser acionado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. O participante poderá pedir esclarecimentos, se desejar, bem como, em qualquer momento, interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

As informações coletadas, além dos termos de consentimento, serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e após serão eliminados. Sendo os resultados finais

apresentados a todos os participantes do estudo e divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da identidade dos participantes será preservada.
Todos os participantes dessa pesquisa receberão esse documento via e-mail assinado em todas as vias pelo pesquisador. Caso o participante opte em recebê-lo por outro meio, poderá solicitar ao pesquisador responsável que deverá, imediatamente, providenciar o envio.
É importante ressaltar que garantimos que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os participantes terão a identidade exposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Emenda para inclusão de coleta de dados via virtual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram apresentados o projeto, TCLE e carta de justificativa com os ajustes para a emenda da coleta de dados.

Recomendações:
Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEPCO recomenda aos
Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social e aprova a emenda para este protocolo de pesquisa apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341313_E1.pdf	02/05/2019 17:30:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3.docx	02/05/2019 17:27:10	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	2.docx	30/04/2019	Richardson Miranda	Aceito

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br

UFSJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

Continuação do Parecer: 3.330.917

Outros	2.docx	15:44:03	Machado	Aceito
Outros	1.doc	30/04/2019 15:42:57	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	895.pdf	04/10/2018 14:03:00	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	456.pdf	04/10/2018 14:02:50	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	123.pdf	04/10/2018 14:02:40	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	AlteracoesSolicitadasCEP.pdf	11/09/2018 13:30:48	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.doc	06/07/2018 08:21:52	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.pdf	06/07/2018 08:21:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/07/2018 08:16:32	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Outros	CheckListCEPCCO.pdf	17/05/2018 15:49:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	04/05/2018 20:17:40	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODOSETOR.pdf	04/05/2018 20:11:31	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

DIVINOPOLIS, 17 de Maio de 2019

Assinado por:
Luciana Estefani Drumond de Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br