



Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento - PPGNC

Comportamento Alimentar e Imagem Corporal em pessoas que fizeram  
cirurgia bariátrica no Brasil

RENATA CRISTINA BEZERRA RODRIGUES

Belém  
2023

Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento - PPGNC

Comportamento Alimentar e Imagem Corporal em pessoas que fizeram  
cirurgia bariátrica no Brasil

RENATA CRISTINA BEZERRA RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Neurociência e Comportamento, do Núcleo de Teoria  
e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal  
do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título  
de Mestre em Neurociências e Comportamento  
Orientadora: Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá  
Coorientadora: Dra. Carla Cristina Paiva Paracampo

Belém  
2023

RENATA CRISTINA BEZERRA RODRIGUES

Comportamento Alimentar e Imagem Corporal em pessoas que fizeram  
cirurgia bariátrica no Brasil

Dissertação de Mestrado submetida ao  
Programa de Pós-Graduação em Neurociências  
e Comportamento da Universidade Federal do  
Pará, como requisito parcial para obtenção do  
título de mestre.

Candidato: Renata Cristina Bezerra Rodrigues

Data da defesa: 20 de Março de 2023

Resultado:

Comissão Examinadora

---

Orientadora: Profa. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá  
Universidade Federal do Pará

---

Coorientadora: Prof. Dra. Carla Cristina Paiva Paracampo  
Universidade Federal do Pará

---

Membro avaliador(a): Prof. Dr. Paulo Roney Kilpp Goulart  
Universidade Federal do Pará - UFPA

---

Membro avaliador(a) externo ao programa: Profa. Dra. Vanessa Vieira Lourenço Costa  
Faculdade de Nutrição (FANUT) – Universidade Federal do Pará - UFPA

---

Membro suplente: Prof. Dr. Fernando Allan de Farias Rocha  
Universidade Federal do Pará – UFPA

Belém  
2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

---

- R696c Rodrigues, Renata Cristina Bezerra, 1991  
Comportamento alimentar e imagem corporal em pessoas que  
fizeram cirurgia bariátrica no Brasil / Renata Cristina Bezerra Rodrigues.  
— 2023.  
94 f.: il.  
Orientadora: Naíza Nayla Bandeira de Sá  
Coorientadora: Carla Cristina Paiva Paracampo
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de  
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós- Graduação  
em Neurociência e Comportamento, Belém, 2023.
1. Análise do comportamento. 2. Cirurgia bariátrica - Brasil. 3.  
Comportamento alimentar. 4. Imagem corporal (distorção). I. Título.

CDD - 23. ed. — 617.43

---

Catálogo na fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB2/780

*“<sup>1</sup>Ao homem pertencem os planos do coração, mas do Senhor vem a resposta da língua.*

*<sup>3</sup>Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.”*

Provérbios 16:1,3

## AGRADECIMENTOS

Quantas adversidades vividas nesses últimos 24 meses. Quantas vezes foi necessário resiliência para compreender, aceitar, superar e prosseguir... e, nos momentos em que me vi sem forças, minha **FÉ** me fez acreditar que Deus não me permitiria plantar uma semente, que eu não fosse capaz de cultivar até colher! Eis que, enfim, chegou o momento da colheita!

Por isso, primeiro agradeço a Deus, por ter me permitido a realização deste mestrado e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que amenizaram os passos desta (difícil) jornada acadêmica, e a quem quero agradecer.

*Mãe*, para alguém que escreveu mais de 25 mil palavras neste trabalho, admito o quanto é difícil encontrar as palavras certas para lhe agradecer... OBRIGADA! Pela torcida, cuidado, incentivo e inspiração. Por acreditar, quando eu duvidei. Por tentar entender meu riso, meu choro, meu silêncio e minha ausência em tantos momentos. Por comemorar comigo cada pequeno passo e por ouvir, tantas vezes, eu ler o mesmo texto. Sem seu apoio incondicional, nada disso seria possível. Lhe dedico cada palavra em forma de obrigada!

*Pai*, quisera eu saber tecer belas palavras em forma de poesia, e construir uma colcha de retalhos-palavras, com pequenas mensagens de gratidão para lhe dar. Mas, de nós dois, sabemos quem é o poeta. Aceite, então, meu singelo obrigada! Por tudo, por tanto e por aquela tarde inteira de sexta corrigindo esse texto! rs. Deixo, também, meus sinceros agradecimentos a sua esposa, professora, dra. e, acima de tudo amiga, Ivaneide, que desde o projeto, me ajudou, deu dicas valiosas, acompanhou e torceu por esse mestrado. Muito obrigada!

Estendo meus agradecimentos a toda minha família (tios(as), primos(as), minhas avós, padrinho e madrinha, meus irmãos) por torcerem por mim e perdoarem minhas faltas. Obrigada!

*Iza*, amiga! Juntas desde o começo, vivemos cada disciplina, cada desafio e chegamos até o final. Compartilhamos momentos de alegria, tristeza, angústia e desespero, nessa rodagigante maluca que nos metemos! rs. Mas nada disso importa agora, porque nós conseguimos!!!

E, como eu te disse várias vezes ao longo desses dois anos, que bom que eu tinha uma amiga como você pra contar! Muito obrigada por tudo!

Agradeço, também, a todos meus amigos que estiveram na torcida e que ainda querem ser meus amigos, mesmo eu demorando 12 horas pra responder uma mensagem! Em especial, quero agradecer: Gleicy, Leila, Maurício, Monique e Renata (em ordem alfabética para evitar ciúmes) por cada palavra de incentivo! Vocês são amigos incríveis!

*Professora Carla Paracampo*, minha simpatia pela senhora foi quase imediata. Uma grande profissional, com quem tive o prazer de conviver em algumas disciplinas e na condução deste trabalho. Obrigada por suas contribuições! Obrigada por cada aula, por toda ajuda extraclasse e pelas palavras amigas! Espero que saiba o quanto lhe sou grata!

*Professora Naíza*, do fundo do meu coração, preciso lhe dizer: obrigada por não ter desistido de mim, não ter soltado minha mão e ter acreditado que eu era capaz, apesar de todas as adversidades. A senhora foi muito mais que uma orientadora durante esses dois anos e, hoje, é uma grande amiga. Mesmo com a minha teimosia (rs), formamos uma ótima equipe e o que aprendi com a senhora não cabe nesses agradecimentos. Vou levar pra vida! Obrigada por ser tão humana! Obrigada por TUDO!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, por ter me desafiado e me ensinado tanto! Em especial, com todo meu reconhecimento, agradeço a professora Dra. Ana Leda de Faria Brino, por ter me enriquecido com tanto conhecimento. No ensejo, agradeço aos demais professores e aos colegas que fizeram parte desta caminhada.

Agradeço, igualmente, pelo tempo e disponibilidade da banca avaliadora: professora dra. Vanessa Lourenço, professor dr. Paulo Goulart e professor dr. Fernando Rocha.

Por fim, agradeço a CAPES/FAPESPA, pela bolsa de mestrado a mim concedida, para o financiamento deste mestrado.

Meu coração se resume em uma palavra: **GRATIDÃO!**

*“Sem dados, você é uma pessoa qualquer com uma opinião.”*

William E. Deming



## RESUMO

A cirurgia bariátrica se mostra eficaz na perda de peso e controle de comorbidades para aqueles com indicação ao procedimento. Adversidades no comportamento alimentar e na imagem corporal podem influenciar nos resultados do pós-operatório. Este estudo objetivou analisar a relação entre o comportamento alimentar e a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. Realizou-se um estudo transversal, quantitativo, com amostra não probabilística por conveniência e coleta de dados, com auxílio do *Google Forms*®. Foram coletados dados sociodemográficos, dados do pré e pós-operatório, os domínios do comportamento alimentar com o *Three Factor Eating Questionnaire*, distorção de imagem corporal com o *Body Shape Questionnaire* e satisfação com a imagem corporal com a Escala de Silhuetas. Dos 398 respondentes, 93,5% foram do sexo feminino e 57,3% tiveram idade entre 40 e 59 anos. O *Bypass* gástrico em Y de Roux representou 80,2% das cirurgias e houve 18,9% de reganho de peso. Houve algum grau de distorção de imagem corporal em 38,4% e insatisfação de imagem em 87,5%. A restrição cognitiva foi o domínio do comportamento alimentar mais frequente, com 75,9%. Foram encontradas associações entre os domínios restrição cognitiva ( $p = 0,000$ ) e alimentação emocional ( $p = 0,000$ ) com a distorção de imagem corporal. Esses resultados mostraram que a distorção de imagem corporal pode interferir nas probabilidades de exibir comportamento alimentar disfuncional. A insatisfação com a imagem corporal apresentou maior frequência, porém não houve associação entre os domínios do comportamento alimentar e a insatisfação com a imagem corporal na amostra. Concluiu-se que a distorção e a insatisfação com a imagem corporal interagem de formas diferentes nos domínios do comportamento alimentar. Entretanto, novas pesquisas são necessárias para confirmar os resultados.

**Palavras-chave.** cirurgia bariátrica, comportamento alimentar, imagem corporal.

## ABSTRACT

Bariatric surgery is effective in weight loss and control of comorbidities for those with an indication for the procedure. Adversities in eating behavior and body image can influence in the postoperative results. This study aimed to analyze the relationship between eating behavior and body image in people who underwent bariatric surgery in Brazil. A cross-sectional, quantitative study was carried out, with a non-probabilistic sample, got for convenience and data collection with Google Forms® aid. Were collected Socio-demographic data, pre- and postoperative data, the domains of eating behavior with the Three Factor Eating Questionnaire, body image distortion with the Body Shape Questionnaire and body image satisfaction with the Silhouette Scale. About 398 respondents, 93.5% were female and 57.3% had between 40 and 59 years old. The Roux-en-Y gastric bypass accounted 80.2% of total surgeries and 18.9% had weight regain. There was some degree of body image distortion in 38.4% and body image dissatisfaction in 87.5%. Cognitive restraint was the domain of eating behavior most frequent in 75.9%. Associations were found between the cognitive restraint domains ( $p = 0,000$ ) and emotional eating ( $p = 0,000$ ) with body image distortion. Associations were found between the cognitive restraint domains ( $p = 0,000$ ) and emotional eating ( $p = 0,000$ ) with body image distortion, showing that the presence of body image distortion interfered with the probabilities of presenting dysfunctional eating behavior. Dissatisfaction with body image was more frequent. However, there was not found association between dissatisfaction with body image and domains of eating behavior in this sample. This, the results showed that distortion with body image and body image dissatisfaction can interact in different ways in the domains of eating behavior. Nevertheless, further research is needed to confirm the results.

**Keywords.** bariatric surgery, body image, eating behavior.

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

### *Artigo 1*

<b>Tabela 1</b>	Frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil e participaram deste estudo .....	<b>28</b>
<b>Tabela 2</b>	Características do procedimento cirúrgico .....	<b>29</b>
<b>Gráfico 1</b>	Comparação da Frequência relativa do IMC pré e pós-operatório .....	<b>30</b>
<b>Gráfico 2</b>	Frequência do grau de distorção com a forma e tamanho da imagem corporal, segundo os resultados do <i>Body Shape Questionnaire</i> .....	<b>30</b>
<b>Tabela 3</b>	Frequência do grau de insatisfação com o tamanho da imagem corporal obtido pela Escala de Silhuetas de Stunkard, Sorens e Schulsinger (1983) .....	<b>31</b>
<b>Gráfico 3</b>	Frequência de distorção com a imagem corporal, segundo BSQ, pelo tempo de pós-operatório de cirurgia bariátrica .....	<b>32</b>
<b>Gráfico 4</b>	Frequência relativa (Fr%) de insatisfação com a imagem corporal, segundo ES, pelo tempo de pós-operatório de cirurgia bariátrica .....	<b>33</b>

### *Artigo 2*

<b>Tabela 1</b>	Fatores sociodemográficos de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil e que participaram desta pesquisa, segundo o tempo de pós-operatório e total .....	<b>53</b>
<b>Tabela 2</b>	Características do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, realizada pelos voluntários da pesquisa, segundo tempo de pós-operatório e total ....	<b>54</b>
<b>Tabela 3</b>	Satisfação e distorção com a imagem corporal e domínios do comportamento alimentar dos voluntários da pesquisa, divididos por tempo de pós-operatório e total .....	<b>56</b>
<b>Tabela 4</b>	Frequências (n e %) e razão de prevalência bruta de domínios do comportamento alimentar segundo distorção e satisfação com a imagem em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil .....	<b>57</b>

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
ARTIGO 1.....	20
ARTIGO 2.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72
REFERÊNCIAS .....	75
APÊNDICE 1 – TCLE .....	81
APÊNDICE 2 – TCUD .....	83
APÊNDICE 3 – Questionário sociodemográfico e características cirúrgicas.....	84
ANEXO 1 – Carta de aceite Artigo 1.....	86
ANEXO 2 – The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21).....	87
ANEXO 3 – Body Shape Questionnaire – (BSQ).....	90
ANEXO 4 – Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983). .....	94

A alimentação inadequada, escassa de alimentos *in natura* ou minimamente processados, afeta diretamente a incidência de obesidade e outras condições crônicas não transmissíveis (CCNTs) (Santin et al., 2022, *World Health Organization* [WHO], 2021). Segundo o Inquérito Nacional de Alimentação, houve diminuição da compra de comidas típicas da cultura brasileira e aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, que detém de 20% a 33% do total de calorias consumidas em países de média renda (Bezerra et al., 2021, Rebouças et al., 2022).

Nas últimas décadas a obesidade tornou-se uma pandemia, afetando em 2020 mais de 600 milhões de adultos e, acredita-se que em 2030 serão mais de um bilhão de adultos em todo o mundo (*World Obesity Atlas*, 2022, WHO, 2021). No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), o percentual de pessoas com obesidade mais que dobrou, passando de 12,2% em 2002, para 26,8% em 2019.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade pode ser definida como uma doença crônica na qual o excesso de gordura corporal se acumulou a ponto de afetar, adversamente, a saúde (WHO, 2000, p. 6). O Índice de Massa Corporal (IMC = peso/altura<sup>2</sup>) classifica o estado nutricional (EN) a partir dos pontos de corte definidos pela OMS. Para adultos, o IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> é considerado sobrepeso e  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> obesidade. Contudo, o IMC é um guia aproximado, que não diferencia composição corporal e local de depósito do excesso de gordura, fator relevante na morbimortalidade da obesidade (WHO, 2000, 2021).

Como exemplo, a obesidade central tem maior deposição de gordura na região abdominal, o que favorece uma produção elevada de marcadores inflamatórios e representa maior risco para advento de CCNTs. Algumas destas estão entre as principais causas de morte no mundo, como diabetes tipo 2, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e esteatose hepática não alcoólica (Dâmaso & Campos, 2021; WHO, 2021). Segundo Rabacow et al. (2019), a cada ano no Brasil, com a redução do IMC a um nível mínimo de exposição ao risco

(22 kg/m<sup>2</sup>), mais de 168 mil mortes poderiam ser evitadas ou, a redução de 1 kg/m<sup>2</sup>, poderia evitar cerca de 30 mil mortes.

Em 2013, a Associação Médica Americana reconheceu a obesidade como um estado de doença de múltiplos aspectos etiológicos e fisiopatológicos, o que reverberou no reconhecimento de outras organizações no mundo (Pollack, 2013). Na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS, a categorização da obesidade como doença apresentou inconsistências ao longo de suas versões (Santolin, 2021). No CID-10, em vigor desde 1993, a obesidade aparece com a descrição “obesidade devida a excesso de calorias” sob código E66, em “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e “Obesidade e outras formas de hiperalimentação” ([www.cid10.com.br](http://www.cid10.com.br)).

A descrição simplista, que justifica a obesidade pela hiperalimentação, não traduz a complexidade necessária para sua total compreensão. O consenso na literatura atual descreve a complexidade de fatores que são associados a etiologia da obesidade (Kyle et al., 2016). A hiperalimentação, ingestão maior que a necessidade energética, é associada a múltiplos fatores, como genéticos, emocionais, sociais, culturais, econômicos e ambientais, estilo de vida, falta de políticas públicas e dificuldade de acesso à saúde (*World Obesity Atlas 2022*, 2022).

Tal qual a etiologia multifatorial, os tratamentos para obesidade envolvem multifatores. Destacam-se, entre eles, a perda de peso, mudanças na alimentação, atividade física, terapias cognitivo comportamentais e/ou uso de medicamentos (WHO, 2021). No entanto, em caso de obesidade severa (IMC  $\geq$  40 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade grau II (IMC  $\geq$  35 Kg/m<sup>2</sup>) associada a comorbidades de alto risco e/ou de difícil controle, ou quando os tratamentos primários não alcançam os resultados esperados, a cirurgia bariátrica (CB) é considerada o tratamento mais efetivo, tanto para perda de peso, quanto controle de CCNTs associadas (Félix et al., 2022).

Segundo a Resolução nº 2.131/15 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2016) é indicado que o tratamento clínico prévio tenha sido insatisfatório por, pelo menos, dois anos.

Na mesma resolução, o CFM apresenta uma lista atualizada de comorbidades que, por serem agravadas pela obesidade, têm perspectivas de melhora com tratamento eficaz e, assim, poderão justificar a indicação para a realização da cirurgia (CFM, 2016).

Existem três tipos principais de cirurgias bariátricas: as restritivas, que apenas diminuem a capacidade do estômago, como a *Sleeve*, onde o estômago é transformado em um tubo, com capacidade entre 80 e 100 ml. As disabsortivas (ou *bypass* intestinal), que diminuem o tempo do alimento no intestino, mas são pouco utilizadas pela diminuição na absorção de nutrientes. Por fim, as técnicas mistas, como gastroplastia com desvio intestinal em Y de *Roux*, padrão ouro, atualmente a técnica mais utilizada, cerca de 75% das cirurgias; nesta há diminuição da capacidade gástrica por grampeamento e desvio no intestino inicial (Floriano et al., 2021; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2017, Zeve et al., 2012).

Modificar a forma e a capacidade volumétrica do estômago promove a redução da ingesta alimentar e pode corrigir, em parte, a hiperalimentação (Marchesini & Antunes, 2020). No *Bypass* gástrico em Y de *Roux*, além da barreira física, ocorre: o estímulo precoce do centro da saciedade pela redução da grelina (hormônio da fome), a sinalização precoce dos hormônios GLP-1 (lentifica o esvaziamento gástrico) e do polipeptídeo Y (diminui a motilidade intestinal e aumenta a saciedade), além de controlar o diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial. (Abu Dayyeh et al., 2016, SBCBM, 2017; Zeve et al., 2012).

Dependendo da técnica utilizada, até 24 meses após a CB pode ser alcançada uma perda entre 50% e 80% do excesso de peso corporal (Bastos et al., 2013, SBCBM, 2017, Zeve et al., 2012). Entretanto, a manutenção dessa perda depende da adesão permanente a novos hábitos alimentares e mudança no estilo de vida (Costa et al., 2022, Lent et al., 2019, Marchesini & Antunes, 2020). Após 24 meses da CB ocorre a maior incidência de reganho ponderal e, após cinco anos, 50% dos pacientes tendem a retornar ao peso inicial (Bardal, et al., 2016; Bastos et al., 2013). Numerosos fatores comportamentais e psicossociais podem dificultar a adesão as

mudanças recomendadas, a exemplo da insatisfação com a imagem corporal (Geller et al., 2019, Ivezaj & Grilo, 2018) e o comportamento alimentar disfuncional (Engström et al., 2015, de Lourdes et al., 2021)

Estudiosos clássicos da imagem corporal, Cash e Pruzinsky (1990, *as cited in* Barros, 2005) explicam a imagem corporal como multifacetada em imagens corporais, produto das experiências visuais passadas e presentes, pensamentos e sentimentos, imagens socialmente influenciadas pelas interações sociais e em constante mudança. Todas essas experiências conduzem à percepção que temos em relação ao nosso corpo. A insatisfação com a imagem corporal pode se manifestar, igualmente, de múltiplas formas e são percepções sobre a imagem (ver-se maior do que é e/ou ter o desejo por uma silhueta menor) que refletem em sentimentos negativos (baixa autoestima, ansiedade, depressão) (Jumbe et al., 2017; Lacerda, et al., 2018).

A insatisfação com a imagem corporal está positivamente associada ao aumento do IMC e relacionada a questões como superestimação do tamanho corporal em pessoas com diagnóstico de obesidade (Jumbe et al., 2017). Weinberger et al. (2016), publicaram uma revisão sistemática que comparou a satisfação com a imagem corporal entre adultos com obesidade e estado nutricional adequado (ou eutrofia, IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> e 24,9 kg/m<sup>2</sup>). Ao todo, foram incluídos 17 estudos e, em todos os artigos incluídos na revisão, houve maior grau de insatisfação com a imagem corporal nas pessoas com obesidade.

A rápida modificação na forma corporal, alcançada com a CB, pode não ser acompanhada de mudanças psicológicas imediatas, relacionadas à imagem corporal (de Lourdes et al., 2021), principalmente em pessoas que apresentaram obesidade ao longo da vida (Bertoletti et al., 2019; Watson et al., 2020). Mesmo com a redução do IMC, após a CB, a insatisfação com a imagem corporal, por vezes, não é sanada e o impacto da perda de peso rápida, no bem-estar psicológico, ainda precisa ser melhor compreendido (Jumbe et al., 2017).



Bianciardi et al. (2019) afirmaram que o impacto da CB na imagem corporal não é uniformemente positivo, pois mesmo após a cirurgia, a insatisfação ainda é maior nessa população do que na população em geral, devido a preocupação com a imagem corporal residual após a perda de peso, por algumas pessoas ainda apresentarem IMC maior que o normal, ou pelo excesso de pele resultante da perda de peso.

Dentro deste contexto, após revisão bibliográfica, Ivezaj e Grilo (2018) propuseram que o motivo da insatisfação com a imagem corporal após a CB pode estar na não realização da cirurgia de contorno corporal, pois 84,5% das pessoas desejam realizá-la, mas apenas 21% a realizam. Para os autores, este não é um fator determinante e a complexidade da insatisfação com a imagem corporal, no pós-operatório da CB, permanece mal compreendida, por carência de estudos que discutam este objetivo.

Geller et al. (2019) estudaram 169 pessoas que fizeram CB com objetivo de avaliar o papel da insatisfação com a imagem corporal e da alimentação emocional no sofrimento psicológico. Nos resultados, a diminuição da insatisfação previu melhora no sofrimento psicológico pós-cirurgia, enquanto que maiores graus de insatisfação no pós-operatório e alimentação emocional, agravaram depressão e ansiedade. Os autores concluíram que a perda de peso é insuficiente para determinar uma mudança no sofrimento psicológico após a cirurgia.

Neste cenário, estudos revelam que a insatisfação com a imagem corporal, após a cirurgia, parece estar relacionada ao que a literatura tem chamado de comer transtornado, ou comportamentos alimentares disfuncionais, como compulsão alimentar, alimentação noturna, alimentação emocional e descontrole alimentar (Ivezaj & Grilo, 2018, Natacci & Ferreira Júnior, 2011). O comer transtornado tem frequência preocupante em pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica e pode ser um prenúncio para transtornos alimentares (Novelle & Alvarenga, 2016, de Jesus et al. 2017).

O *comportamento alimentar* é o conjunto de ações relacionadas ao alimento – envolve questionamentos de quanto, como, com o quê, com quem, onde e quando comemos (Alvarenga & Koritar, 2016). No momento da escolha, o indivíduo tenta atender as suas necessidades hedônicas e fisiológicas, agindo sob influência de fatores determinantes, como peso e imagem corporal, fatores psicológicos, ambiente familiar, cultura, renda, escolaridade e a mídia (Alvarenga & Koritar, 2016, Vaz & Bennemann, 2014).

Devido à complexidade das variáveis envolvidas, modificar o comportamento alimentar demanda tempo, dedicação do profissional e disposição do paciente à adesão ao tratamento (Marchesini & Antunes, 2020). Estudos qualitativos indicam que o controle de ingestão alimentar é um aspecto fundamental, antes e depois da cirurgia bariátrica (Engström et al., 2015), e a modificação do comportamento alimentar é incontestável para o êxito no procedimento, já que a quantidade e qualidade do alimento ingerido, e a capacidade em seguir as orientações nutricionais, são fundamentais para a perda e, sobretudo, manutenção do peso perdido a longo prazo (de Jesus et al., 2017).

Segundo Novelle e Alvarenga (2016), a compulsão alimentar é o comportamento alimentar disfuncional mais frequente em candidatos a cirurgia bariátrica, assim como o transtorno de compulsão alimentar, que podem permanecer mesmo após a realização da cirurgia. Outras pesquisas evidenciam pessoas que relatam alimentação emocional frequente, vício por determinados alimentos, ou vontade de voltar a hábitos alimentares menos saudáveis, logo após a cirurgia (de Jesus et al., 2017, Engström et al., 2015, Hindle et al., 2020).

O *The Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ), é uma importante ferramenta de rastreio para o comer transtornado, o qual avalia três domínios do comportamento alimentar: restrição cognitiva (comer, voluntariamente, menos que o desejado), alimentação emocional (comer em resposta a emoções específicas) e descontrole alimentar (comer descontroladamente grande quantidade de alimento, mesmo sem apetite) (Natacci & Ferreira Júnior, 2011).

De Jesus et al. (2017) estudaram 19 pacientes no pré e 30 pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica utilizando o TFEQ. O comportamento alimentar prevalente no pré e pós-operatório foi a restrição cognitiva e os pacientes no pré-operatório foram mais vulneráveis ao descontrole alimentar. Os pacientes que reganharam peso após a cirurgia apresentaram maior presença de alimentação emocional, comparados ao grupo não reganho.

Identificar, de forma eficaz, comportamentos alimentares disfuncionais, referentes aos três domínios do comportamento alimentar (RC, AE e DA), pode auxiliar na implementação de estratégias de aconselhamento nutricional para controle de peso no pós-operatório (Natacci & Ferreira Júnior, 2011). Sabe-se que a mudança na alimentação a longo prazo é determinante, uma vez que a quantidade e qualidade do alimento e a capacidade em seguir as orientações nutricionais são fundamentais para a perda e manutenção do peso perdido (de Jesus et al., 2017).

Em síntese, tais descobertas revelam uma associação entre a insatisfação com imagem, tamanho e forma corporal com o comportamento alimentar (Almeida et al., 2012; Ivezaj & Grilo, 2018). Assim, entende-se que os aspectos psicológicos são fundamentais para a adaptação corporal e manutenção da redução de peso (Castro et al. 2013). Portanto, este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre o comportamento alimentar disfuncional e a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. A hipótese do estudo é que a insatisfação com a imagem corporal, mensurada pela Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983), e a distorção de imagem corporal, avaliada por meio do *Body Shape Questionnaire*, terão associação com os domínios do comportamento alimentar, mensurados pelo *The Three Factor Eating Questionnaire*.

Para responder à hipótese, esta pesquisa buscou (1) descrever as características sociodemográficas, cirúrgicas e antropométricas relatadas pelos participantes, (2) identificar a frequência de distorção e a frequência da insatisfação com a imagem corporal, (3) identificar o comportamento alimentar disfuncional predominante, a frequência de distorção e a frequência

da insatisfação com a imagem corporal por tempo pós-cirurgia (0 a 24 meses e 25 meses ou mais) e (4) verificar a relação entre três domínios do comportamento alimentar disfuncional (alimentação emocional, descontrole alimentar e restrição cognitiva) e o grau de distorção e a satisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil.

Os resultados desta dissertação estão apresentados na forma de dois artigos originais. O Artigo 1, teve como título “Frequência de distorção e insatisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil” e foi submetido à Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento (RBONE)<sup>1</sup>, Qualis B1 (em Nutrição e Psicologia), aceito (Anexo 1) e publicado em Rodrigues et al. (2023). O Artigo 2, intitulado “Comportamento alimentar e imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica, segundo tempo pós-cirúrgico, no Brasil” será submetido à Revista de Ciências Médicas e Biológicas<sup>2</sup>, Qualis A4 (em Nutrição e Psicologia).

---

<sup>1</sup> Normas de submissão disponíveis em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/about/submissions#authorGuidelines>

<sup>2</sup> Normas de submissão disponíveis em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/about/submissions>

## ARTIGO 1<sup>3</sup>

### **Frequência de distorção e insatisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil**

Renata Cristina Bezerra Rodrigues<sup>1</sup>

E-mail: renata.rodriques@ntpc.ufpa.br

Carla Cristina Paiva Paracampo<sup>1</sup>

E-mail: cparacampo@gmail.com

Naíza Nayla Bandeira de Sá<sup>1</sup>

E-mail: naizasa@ufpa.br

Gleidisom Thyery Souza da Costa<sup>1</sup>

E-mail: thyery1808@gmail.com

Isis Monteiro Façanha da Silva<sup>1</sup>

E-mail: Isismfs6@gmail.com

Bárbara Martins de Sales Santos<sup>1</sup>

E-mail: barbaramartins591@gmail.com

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, Pará, Brasil.

Autor correspondente:

Renata Cristina Bezerra Rodrigues.

Email: renata.rodriques@ntpc.ufpa.br.

Endereço: rua Augusto Corrêa n° 1, bairro Guamá

Belém, Pará, Brasil.

CEP: 66075-110.

### **Resumo**

A imagem corporal é um constructo multifacetado que exerce forte influência sobre a pessoa que fez cirurgia bariátrica. São escassos na literatura estudos que estabeleçam qual aspecto da imagem corporal é o objetivo da análise, ou seja, se investiga a dimensão perceptiva ou atitudinal e que apresentem mais de um instrumento para avaliar os resultados apresentados.

---

<sup>3</sup> A fonte original de submissão do artigo foi Arial. Para padronização visual deste trabalho, foi mantido em todo texto a fonte Times New Roman.

Assim, este trabalho objetivou identificar a frequência da distorção da imagem corporal e a frequência da insatisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. Tratou-se de um estudo transversal, analítico, quantitativo, com amostra obtida por conveniência, com questionário *on-line*, disponibilizado no *Google Forms*®. A população do estudo foi em sua maioria do sexo feminino (93,47%), com maior frequência no intervalo de idade entre 40 e 59 anos (57,29%) e tempo de cirurgia maior que 25 meses (42,2%). No *Body Shape Questionnaire* observou-se maiores percentuais de distorção com a imagem corporal entre aqueles com maior tempo de realização da cirurgia bariátrica, 25 ou mais meses (44,0%) e naqueles com menor tempo pós realização da cirurgia, 0 a 6 meses (40,4%). Na escala de silhuetas, de 0 a 6 meses apareceu o maior grau de insatisfação (93,3%) e entre 13 e 24 meses o máximo de satisfação com a imagem corporal (21,7%). Observou-se, portanto, uma variação na frequência com a satisfação com a imagem corporal pelo tempo de pós-operatório.

**Palavras-chave:** cirurgia bariátrica; Insatisfação com a Imagem Corporal; Insatisfação Corporal; imagem corporal.

### **Abstract**

Body image is a multifaceted construct who exerts a strong influence on the person undergoing bariatric surgery. There are few studies in the literature that establish which aspect of body image is the objective of the analysis, that is, if is the perceptive or attitudinal dimension having had investigated, and who present more than one instrument to validate the collected data. Thus, this study aimed to identify the frequency of body image distortion and the frequency of body image dissatisfaction, in underwent bariatric surgery Brazilian people. This was an analytical, quantitative cross-sectional study, with a sample obtained by convenience and an online questionnaire available on *Google Forms*®. This population study was mostly

female, with a higher frequency in the age range among 40 and 59 years and undergoing surgery time greater than 25 months. In Body Shape Questionnaire, the highest percentages of distortion with body image were found in periods of 25 months or more (44%) and 0 to 6 months (40.4%). In the Body Shape Questionnaire, higher percentages of body image dissatisfaction were observed on 25 or more months (44.0%) and 0 to 6 months (40.4%) time after bariatric surgery. In the silhouette scale, from 0 to 6 months, the highest degree of dissatisfaction appeared (93.3%) and between 13 and 24 months, the maximum satisfaction with body image (21.7%). We concluded that there was variation in the frequency of satisfaction with body image in the postoperative period of bariatric surgery.

**Keywords:** bariatric surgery; Body Image Dissatisfaction; body image.

## **Introdução**

A obesidade é uma condição crônica não transmissível, definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal a ponto de prejudicar a saúde (WHO, 2021). Em caso de obesidade severa ( $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ ), ou obesidade grau 2 ( $IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$ ) com comorbidades de alto risco e/ou difícil controle, a cirurgia bariátrica (CB) é considerada o tratamento mais efetivo para perda de peso e controle de outras condições crônicas não transmissíveis (Lent e colaboradores, 2020; Oliveira e colaboradores, 2021).

A CB pode ser de técnica restritiva, disabsortiva, ou a mista, quando diminui a capacidade do estômago e causa um desvio curto do intestino, como o *Bypass* gástrico em Y de Roux, padrão ouro entre as técnicas e, atualmente, a mais utilizada (Floriano e colaboradores, 2021; Jaunoo; Southall, 2009). Ao diminuir a ingestão e absorção dos alimentos corrige-se, em parte, o efeito da obesidade, onde entre 18 e 24 meses após a CB, pode ser alcançada uma perda máxima de 75% do excesso de peso corporal (Marchesini; Antunes, 2020).

A modificação na forma corporal devido a perda maciça de peso provocada pela CB, pode não ser acompanhada das mudanças psicológicas imediatas relacionadas à imagem corporal, principalmente em pacientes que foram obesos ao longo de toda vida (Bertoletti e colaboradores, 2019). A reestruturação da percepção da imagem corporal ocorre de forma mais lenta do que a passagem de um corpo “obeso” a um corpo “emagrecido”, com maior dificuldade nos estágios iniciais do pós-operatório (Lacerda e colaboradores, 2018; Pineda-García e colaboradores, 2022).

A imagem corporal é a nossa representação do nosso corpo, produto das experiências visuais passadas e presentes, de como as outras pessoas nos relatam quando nos veem e o tamanho da roupa que usamos. Todas essas experiências conduzem à percepção que temos em relação ao nosso próprio corpo. A insatisfação com a imagem corporal pode ser entendida como percepções e sentimentos negativos sobre o próprio corpo (Cohen e colaboradores, 2020; Dias, 2014).

A não especificidade de qual aspecto da imagem corporal é o objetivo dos estudos, ou seja, se investiga a dimensão atitudinal (e seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais), ou a dimensão perceptiva, é um fator que corrobora para que os resultados se restrinjam a tratar a imagem corporal como única, não como “imagens corporais” em um constructo multifacetado (Cash, 2003; Pineda-García e colaboradores, 2022).

A complexidade da imagem corporal no pós-operatório de CB permanece pouco compreendida, embora seja recorrente em estudos multidisciplinares (Mento e colaboradores, 2021). Quando a dimensão da imagem corporal investigada não se mostra bem definida no estudo, os resultados tornam-se pouco comparáveis, com vieses metodológicos que vão desde a escolha do instrumento à apresentação dos resultados (Ferreira, 2018; Ivezaj; Grillo, 2018).

Para pesquisas referentes a dimensão perceptiva da imagem corporal, a literatura dispõe de diversos instrumentos validados para rastreamento de insatisfação com a forma e tamanho



corporal e alguns deles são utilizados com pessoas que fizeram CB. À exemplo, a Escala de Silhuetas (ES) de Stunkard, Sorens e Schulsinger (1983), é de rápido e fácil aplicação, e pode aferir o grau de satisfação com o tamanho da imagem corporal (diferença entre o IMC da silhueta atual e o IMC da silhueta desejada) e o grau de distorção com a imagem corporal (diferença da silhueta do IMC atual escolhido e a silhueta do IMC calculado).

Ribeiro e colaboradores (2013), utilizando a ES de Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983), avaliaram as diferentes percepções relativas à imagem corporal. Participaram do estudo 423 adultos divididos desde o pré-operatório até mais de 37 meses de CB. A percepção dos pacientes estava de acordo com o tamanho atual, mesmo após perda de peso. Foi observado que, quanto maior o tempo pós-operatório, maior a consciência da real perda de peso, e uma maior insatisfação corporal entre 12 e 24 meses após a cirurgia. Para os autores, este resultado pode levar à frustração e pouco uso dos benefícios da cirurgia para a saúde e qualidade de vida.

Outro instrumento utilizado para estudos da dimensão perceptiva da imagem corporal é o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), que tem seus resultados associados ao grau de distorção com a imagem corporal, e igualmente é utilizado em pessoas que fizeram CB. Silva e colaboradores (2020) avaliaram a percepção da imagem corporal dos pacientes por meio do BSQ, em um período entre seis e 18 meses do pós-operatório e observaram que 56% dos pacientes apresentaram algum nível de distorção da imagem corporal.

Outros estudos reafirmam que a insatisfação com a imagem corporal persiste após a CB (Mento e colaboradores, 2021), mesmo a perda de peso apresentando relações positivas com melhora da insatisfação com a imagem corporal (Geller e colaboradores, 2019). Em adição, estes resultados são frequentemente associados a outros complicadores, como não adesão ao novo estilo de vida recomendado (dieta balanceada, atividade física moderada e suplementos multivitamínicos), compulsão alimentar e depressão (Bianciardi e colaboradores, 2019; Lent e colaboradores, 2020; Marchesini; Antunes, 2020; Pineda-García e colaboradores, 2022).

Para Behrens e colaboradores (2021), a imagem corporal pode ser um mecanismo chave para os resultados da CB e sugerem que uma maior atenção seja dada ao subgrupo de pacientes com obesidade que apresenta uma imagem corporal patológica, no sentido de insatisfação corporal, supervalorização do peso e da forma e baixa autoestima. Por fim, a insatisfação com a imagem corporal pode gerar desconforto ou sofrimento psicológico, devido ao desejo constante de alcançar uma figura ideal irrealista com potencial para transformar-se em um pensamento obsessivo-compulsivo, prejudicando o nível geral de autoeficácia e capacidade de autocuidado (Pineda-García e colaboradores, 2022).

Dentro deste contexto, não foram encontrados, nas bases de dados pesquisadas, estudos que utilizassem, simultaneamente, dois instrumentos validados específicos para dimensão perceptiva, que avaliassem as mudanças na frequência da satisfação com a dimensão perceptiva da imagem corporal (tamanho e forma corporal) com pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica, em recorte temporal mais amplo, desde o pós-operatório recente ao tardio de CB.

Diante do exposto, este estudo objetivou identificar a frequência da distorção da imagem corporal por meio do *Body Shape Questionnaire* e a frequência da insatisfação com a imagem corporal, por meio da escala de silhuetas de Stunkard, Sorens e Schulsinger (1983), em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se um estudo transversal descritivo, com amostra obtida por conveniência. Para estimar o tamanho amostral, utilizou-se o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), registrado pelo DATASUS, no ano de 2019 (12.541 procedimentos). Foi considerado nível de confiança de 95%, e erro de 5%, resultando na casuística de 385 participantes.

A pesquisa foi realizada em ambiente virtual e o *link* de acesso à participação foi disponibilizado *on-line* por meio do *Google Forms*®. Participaram do estudo 398 brasileiros entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos que fizeram cirurgia bariátrica, independentemente do método. Foram critérios de exclusão, pessoas reincidentes na cirurgia bariátrica, fora da faixa etária determinada, não ter acesso à *internet* para preenchimento *on-line* do questionário e residir, ou ter realizado, o procedimento fora do Brasil.

O convite para a participação na pesquisa foi divulgado nas mídias sociais com o *link* de acesso à participação. Inicialmente, o participante, ao acessar o *link*, tinha acesso ao TCLE com as opções “concordo” e “discordo”. Caso optasse por “discordo”, o participante era direcionado ao final da pesquisa e a uma mensagem de agradecimento. Ao selecionar “concordo”, o participante seguia para os questionários.

Os questionários foram apresentados na seguinte ordem: sociodemográfico, cirúrgico-antropométrico, *Body Shape Questionnaire* e Escala de Silhuetas. Era obrigatório responder todas as perguntas, caso o participante deixasse de responder alguma pergunta, o formulário não permitia avançar para o próximo bloco de questões.

O questionário sociodemográfico foi composto por 13 perguntas sobre região que reside, sexo, idade, renda, escolaridade e estado civil. O Questionário cirúrgico-antropométrico foi composto por 19 perguntas sobre o procedimento cirúrgico realizado, tempo da realização do procedimento e medidas antropométricas autorreferidas na época da cirurgia e atuais.

O *Body Shape Questionnaire* é composto por 34 sentenças, com respostas em escala *Likert* variando de nunca (01 ponto), raramente (02 pontos), às vezes (03 pontos), frequentemente (04 pontos), muito frequentemente (05 pontos) até sempre (06 pontos). A pontuação final é obtida pela soma de todas as respostas. Na interpretação dos resultados, soma  $\leq 110$  representa ausência de distorção, de  $> 110$  e  $\leq 138$  distorção leve, de  $> 138$  a  $\leq 167$  distorção moderada e  $> 167$  distorção grave da imagem corporal (Di Pietro; Silveira, 2009).

A Escala de silhuetas de Stunkard, Sorens e Schulsinger (1983) é formada por um conjunto de dezoito imagens, nove femininas e nove masculinas, representando silhuetas humanas com nove variações em ordem de tamanho corporal segundo a média crescente do Índice de Massa Corporal. A diferença numérica entre a imagem real e a desejada selecionadas na escala, representam o grau de satisfação com o tamanho da imagem corporal. Quando o resultado for igual a zero, representa satisfação com a imagem corporal,  $< 1$  (*score* negativo) representa o desejo por uma silhueta maior e  $> 1$  (*score* positivo) desejo por uma silhueta menor do que a atual.

Inicialmente, utilizou-se a análise exploratória de dados que permite o agrupamento detalhado dos dados transformando-os depois em informações estatísticas descritivas. Procedeu-se a análise descritiva, n e percentual, por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26 para *Windows*. A seguir, os dados foram sintetizados em gráficos, tabelas e figuras com o auxílio do Programa *Microsoft Office Excel 2021™*. A condução do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará – Parecer nº: 5.213.783.

## **Resultados**

A população do estudo foi constituída de 398 brasileiros, em sua maioria do sexo feminino (93,47%), com maior frequência no intervalo de idade entre 40 e 59 anos (57,29%), estado civil casado (a) (60,8%) e raça/cor autodeclarada branca (58,79%). Houve mais respondentes da região sudeste (35,93%), com 12 ou mais anos de estudo (81,15%) e renda maior que cinco salários mínimos (34,18%). Na Tabela 1, estão descritas as características sociodemográficas dos participantes.

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil e participaram deste estudo.

Variável	Categoria	f	Fr (%)
Sexo	Masculino	26	6,53
	Feminino	372	93,47
Faixa Etária	20 a 39	170	42,71
	40 a 59	228	57,29
Estado civil	Casado (a)	242	60,8
	Divorciado (a) \ Separado (a) \ Solteiro (a) \ Viúvo (a)	156	39,2
Cor \ raça (autodeclarada)	Amarela \ Indígena	8	2,01
	Branca	234	58,79
	Preta \ Parda	156	39,2
Região de residência	Norte	101	25,38
	Nordeste	40	10,05
	Centro-Oeste	35	8,79
	Sudeste	143	35,93
	Sul	79	19,85
Anos de Estudo*	0 a 8	6	1,51
	9 a 11	69	17,34
	12 ou mais	323	81,15
Renda Familiar**	< 1 SM	11	2,76
	1 a 2 SM	64	16,08
	2 a 3 SM	91	22,86
	3 a 5 SM	96	24,12
	≥ 5 SM	136	34,18

Legenda: \*Anos de estudo: 0 a 8 = Ensino Fundamental incompleto e completo; 9 a 11 = Ensino Médio incompleto e completo; 12 ou mais = Ensino Superior incompleto e completo.

\*\*SM = salário mínimo, considerando valor em 2022 de R\$ 1.212,00.

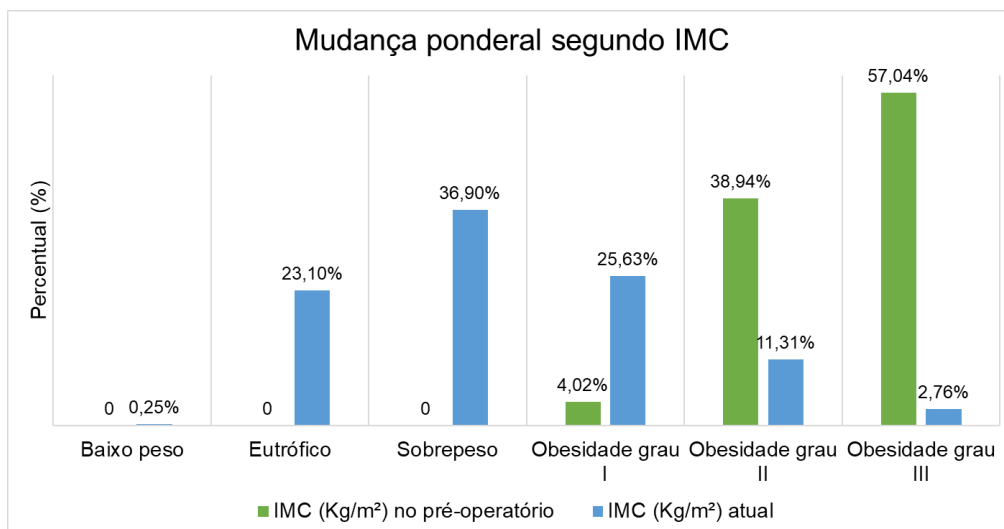
Na Tabela 2 estão descritas as características do procedimento cirúrgico realizado e estado nutricional dos participantes da pesquisa. A região sudeste apareceu com maior concentração de realização de procedimentos (36,43%) e a técnica mais frequente foi o *Bypass* gástrico em Y de Roux (80,2%). Observou-se uma população mais tardia no tempo de procedimento, com maior percentual para 25 ou mais meses de pós-operatório (42,2%), e em sequência os intervalos entre 0 a 6 (22,4%) e 7 a 12 meses (18,1%).

**Tabela 2** - Características do procedimento cirúrgico

Variável	Categoria	f	Fr (%)
Região de realização do Procedimento	Norte	96	24,12
	Nordeste	41	10,30
	Centro-Oeste	37	9,30
	Sudeste	145	36,43
	Sul	79	19,85
Tipo de Procedimento	<i>Bypass</i> gástrico ou Derivação Gástrica em Y de Roux	319	80,2
	Gastrectomia vertical ou Sleeve ou Gastrectomia em Manga	74	18,6
	Não soube informar \ Outros	5	1,3
Tempo de Realização da Cirurgia (em meses)	0 a 6	89	22,4
	07 a 12	72	18,1
	13 a 24	60	15,1
	25 ou mais	168	42,2
	Omissos	9	2,3
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) no pré-operatório	Baixo peso / Eutrófico / Sobrepeso	-	0
	Obesidade grau I	16	4,02
	Obesidade grau II	155	38,94
	Obesidade grau III	227	57,04
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) atual	Baixo peso	1	0,25
	Eutrófico	92	23,1
	Sobrepeso	147	36,9
	Obesidade grau I	102	25,63
	Obesidade grau II	45	11,31
	Obesidade grau III	11	2,76

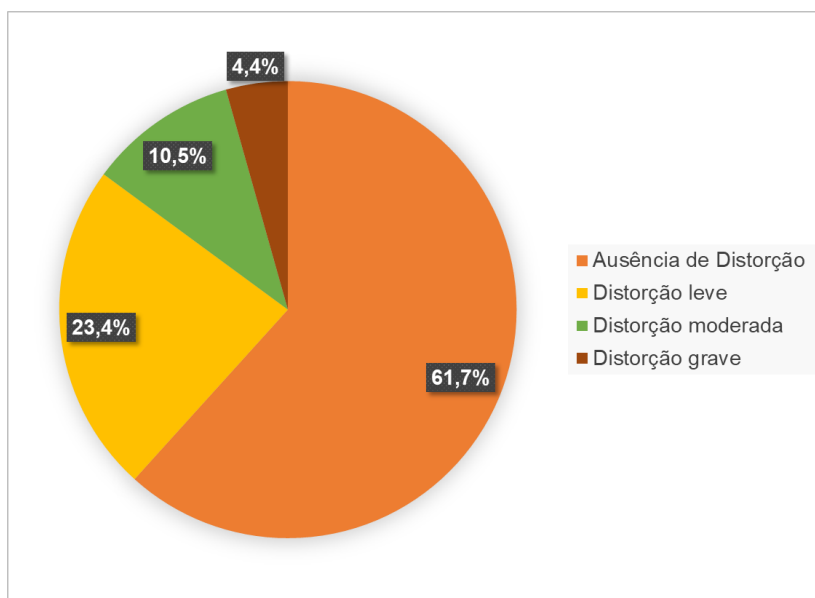
Ainda na Tabela 2 foi possível observar a inversão do IMC, quando comparados antes e após a CB. No pré-operatório observou-se IMC a partir de obesidade grau I com 4,02% (n=16) com percentual crescente para grau II com 38,94% (n=155) e grau III com 57,04% (n=227). Após o procedimento, os voluntários apresentaram maior frequência para sobrepeso com 36,9% (n=147), seguido de obesidade grau I com 25,63% (n=102) e eutrofia com 23,1% (n=92). Para melhor visualização da modificação das frequências de IMC, os dados da frequência relativa foram descritos no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Comparação da Frequência relativa do IMC pré e pós-operatório



O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) avaliou o grau de distorção com a forma e tamanho corporal conforme ilustra o Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Frequência do grau de distorção com a forma e tamanho da imagem corporal, segundo os resultados do *Body Shape Questionnaire*.



Nos resultados do BSQ, a maior frequência pôde ser observada na categoria ausência de distorção, com 61,7% (n=245). Em contraponto, quando somadas as demais frequências, foi possível observar que 38,3% da amostra apresentou de algum grau de distorção com a imagem

corporal, com frequência decrescente desde leve com 23,4% (n=93), moderada 10,5% (n=42) à grave com 4,4% (n=18),

Com a escala de silhuetas foi avaliado o grau de satisfação com a imagem corporal. Conforme pode ser observado na Tabela 3, apenas 12,6% dos dados da amostra resultaram em satisfação e 87,2% em insatisfação com a imagem corporal, sendo 5% *score* negativo e 82,2% *score* positivo. Para o desejo por uma silhueta maior o *score* variou de -4 a -1, com a maior frequência no grau -1 com 3% (n=12) e -2 com 1,5% (n=6). Para o desejo de uma silhueta menor, o *score* apresentou frequência mais distribuída, variando de 1 a 6, com maior frequência no grau 2 com 30,7% (n=122) seguido dos graus 1 com 24,4% (n=97) e 3 com 17,6% (n=70).

**Tabela 3** – Frequência do grau de insatisfação com o tamanho da imagem corporal obtido pela Escala de Silhuetas de Stunkard, Sorens e Schulsinger (1983).

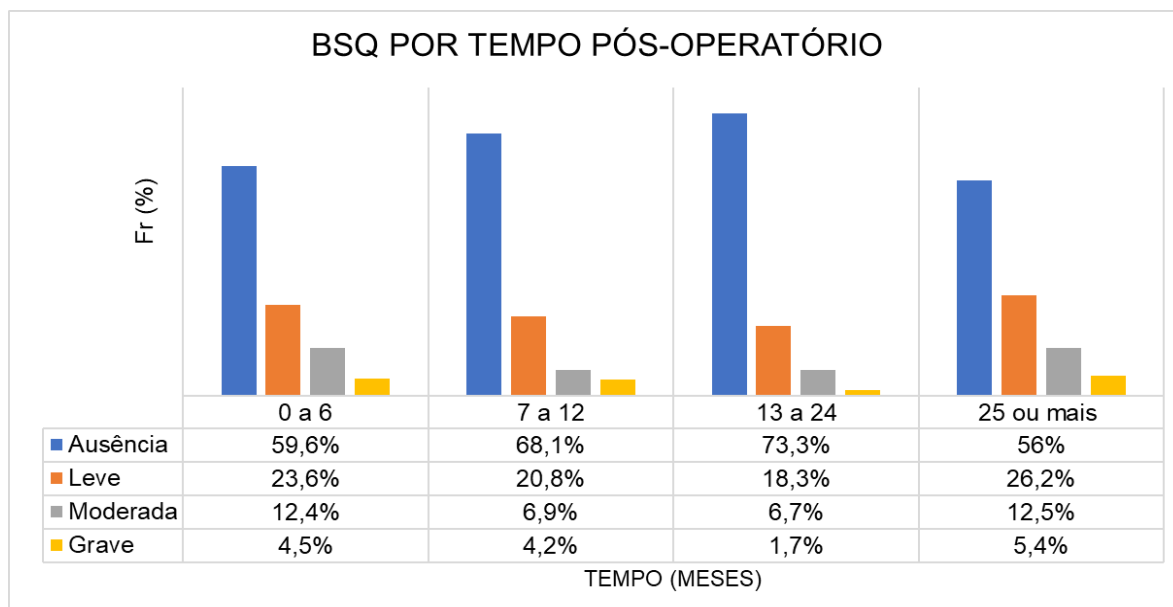
Classificação ES	Score	f	Fr (%)
Insatisfação / Silhueta maior	-4	1	0,3
	-3	1	0,3
	-2	6	1,5
	-1	12	3,0
Satisfação	0	51	12,8
Insatisfação / Silhueta menor	1	97	24,4
	2	122	30,7
	3	70	17,6
	4	25	6,3
	5	10	2,5
	6	3	0,8
Total		398	100

No gráfico 3 foi possível verificar a frequência da distorção com imagem corporal segundo o tempo pós realização da CB. Observou-se que a categoria ausência de distorção com a imagem corporal foi a mais frequente em todos os intervalos pós CB, variando de 56,0% a 73,3% no intervalo de 0 a 25 ou mais meses pós CB; entretanto, foi possível verificar que em todos os intervalos de tempo, a maior frequência relativa apontou para ausência de distorção, seguida por distorção leve, moderada e grave.



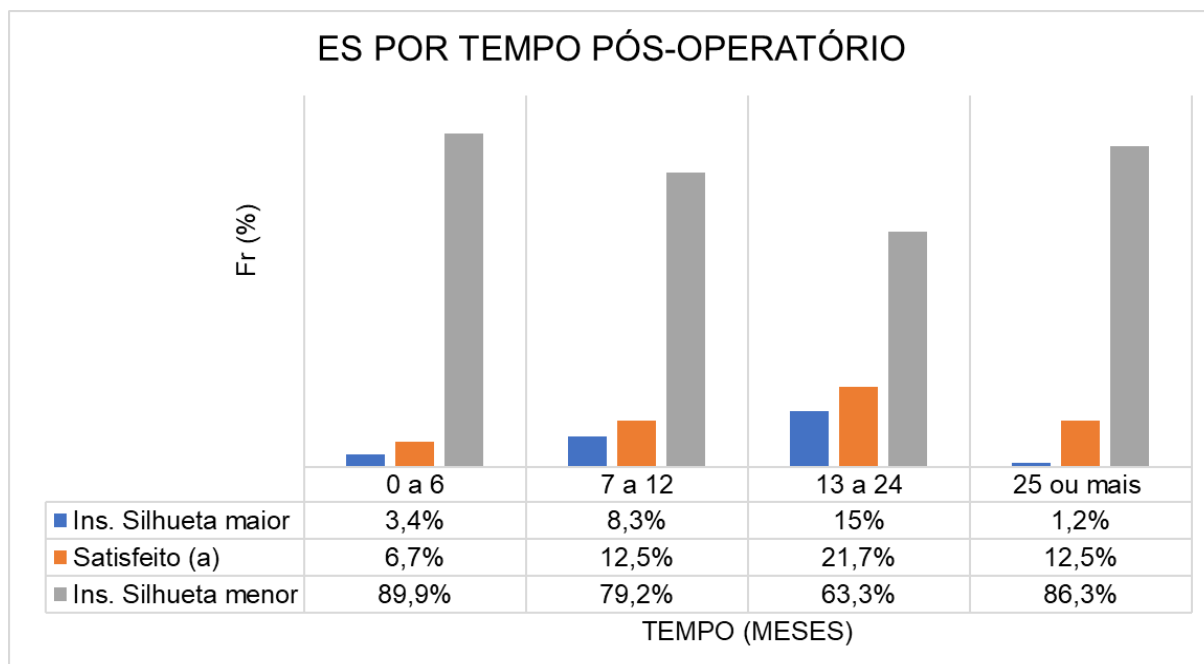
As maiores frequências de distorção grave ficaram nos intervalos de tempo pós CB extremos: no intervalo de 25 ou mais meses (5,4%), seguido do período de 0 a 6 (4,5%). As demais frequências podem ser visualizadas no Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Frequência de distorção com a imagem corporal, segundo BSQ, pelo tempo de pós-operatório de cirurgia bariátrica.



A mesma distribuição foi feita com os dados obtidos pela ES e, em todos os intervalos de tempo pós-operatório, houve maior frequência relativa para insatisfação com a imagem corporal. Até os 24 meses observou-se uma redução nos percentuais de Insatisfação com desejo para uma silhueta menor, Reduzindo de 89,9% em 0 a 6 meses, para 79,2% e 63,3% em 7 a 12 e 13 a 24 meses, sucessivamente. Já no pós-operatório tardio, de 25 meses ou mais, observou-se que o percentual voltou a crescer, com valor 86,3%, conforme o Gráfico 4.

**Gráfico 4** – Frequência relativa (Fr%) de insatisfação com a imagem corporal, segundo ES, pelo tempo de pós-operatório de cirurgia bariátrica



Ainda no Gráfico 4 observamos que o desejo por uma silhueta maior teve aumento de frequência percentual até os 24 meses, onde alcançou a máxima de 15%. No entanto, no intervalo de tempo seguinte, 25 meses ou mais, essa frequência cai para apenas 1,2%. Oscilação de percentual semelhante na classificação de satisfação com a imagem corporal, que apresentou aumento percentual até os 24 meses, chegando a 21,7%, porém reduzindo para quase metade desse valor no intervalo seguinte, onde alcançou resultado de 12,5% para 25 meses ou mais.

## Discussão

A amostra deste estudo contou com predominância de mulheres (93,47% n=372), perfil amostral que também foi observado em outras pesquisas que avaliaram pessoas pós-cirurgia bariátrica (Caldeira; Domingos; Miyazaki, 2020; Pineda-García e colaboradores, 2022; Santos e colaboradores, 2018). Por esse motivo, as frequências absolutas ou relativas não foram divididas por sexo. Observou-se maior frequência no intervalo de idade entre 40 e 59 anos

(57,29% n=228), maioria para estado civil casado (a) (60,8% n=242) e raça autodeclarada branca (58,79% n=234).

Segundo o perfil de hospitalizações da população para realização de cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde no Brasil, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, a média de idade foi de 39,0 anos, o sexo feminino foi a maioria (85,4%) e a faixa etária de 35-39 anos concentrou 18,0% dos casos (Carvalho; Rosa, 2018) refletindo um perfil próximo ao alcançado pela amostra. Não foram encontrados dados de raça/etnia para comparação.

A maior frequência de realização de procedimentos entre as regiões apareceu no sudeste (36,43% n=145), norte (24,12% n=96) e sul (19,85% n=79). Entre o ano de 2010 e 2019 a região sul foi a que mais realizou procedimentos (58,55%), com a região sudeste em segundo na classificação (32,63%), o Norte aparece com pouca expressividade (0,78%) (Oliveira e colaboradores, 2021). Vale ressaltar que, apesar da ampla divulgação nas mídias sociais por todas as regiões do Brasil, a pesquisa foi realizada na região norte, justificando uma maior participação de voluntários desta região.

O *Bypass* gástrico ou Derivação Gástrica em Y de Roux (BGYR) foi prevalente na amostra do estudo (79,15% n=315). Atualmente, a BGYR é considerada padrão ouro e é a técnica mais utilizada, comumente aparecendo nos estudos como a técnica prevalente utilizada entre os procedimentos (Floriano e colaboradores, 2021). Houve maior frequência de uma população tardia, com 25 ou mais meses de pós-operatório (42,2% n=168), seguida por pós-operatório recente com 0 a 6 meses (22,4% n=89).

Estudos com populações tardias são escassos, em parte pela dificuldade do acompanhamento dos pacientes, ou pela ausência de detalhamento da amostra, como em Sousa e colaboradores (2014), que realizaram estudo com pessoas entre 24 e 132 meses após a cirurgia bariátrica, porém não detalharam a amostra por tempo, dificultando a comparação entre dados.

Para os participantes deste estudo, no pré-operatório, o IMC resultou em 4,02% obesidade grau I (n=16) com frequência crescente para grau II com 38,94% (n=155) e grau III com 57,04% (n=227). Já o IMC atual mostrou resultados promissores, com maior frequência em sobrepeso com 37,19% (n=148), seguido de 25,63% para obesidade grau I (n=102) e 22,86% para eutrofia. Apesar da presença de resultados de obesidade, a redução expressiva nos percentuais reforça o que estudos com *follow up* mais amplos vêm mostrando (Caldeira; Domingos; Miyazaki, 2020; Pineda-García e colaboradores, 2022; Santos e colaboradores, 2018).

Em Santos e colaboradores (2018), foi observado que dos 90% dos pacientes que apresentavam obesidade grau II ou grau III no pré-operatório, apenas 6% mantiveram esses graus após 60 meses do pós-operatório. Mesmo sem dados pré-operatórios para comparação, Lacerda e colaboradores (2018) descrevem o estado nutricional após, no máximo, 84 meses (7 anos) do procedimento, semelhante ao deste estudo. Foram 35,3% da amostra com IMC para obesidade grau I, 29,4% para sobrepeso, 14,7% eutrofia, 11,8% obesidade grau II e 8,8% para obesidade grau III.

No entanto, em Caldeira, Domingos e Miyazaki (2020), também após 60 meses, 72,1% (n=31) dos voluntários apresentavam obesidade e 25,6% (n=11) sobrepeso, com apenas um entrevistado (2,3%) em eutrofia. Porém, este resultado pode ter sido influenciado pela técnica cirúrgica dos participantes do estudo (apenas restritiva) e pelo tamanho amostral reduzido (n=43).

Nos resultados do BSQ, obtivemos nas frequências relativas os valores de 61,7% para ausência e 38,3% para presença de distorção. Na distribuição dos dados conforme o tempo de pós-operatório, no intervalo de 13 a 24 meses houve o maior grau de ausência de distorção (73,3%) seguido do intervalo entre 7 e 12 meses (68,1%). As maiores frequências dos três graus de distorção apareceram na categoria 25 meses ou mais (44%); 26,2% leve, 12,5% moderada e

5,4% grave, seguido do intervalo de 0 a 6 meses (40,4%), 23,6% leve, 12,4% moderada e 4,5% grave.

Pineda-García e colaboradores (2022) avaliaram 102 pessoas, 50% haviam realizado a cirurgia entre um e três anos, 27,5% entre seis meses e um ano e 22,5% há mais de três anos. Os escores de insatisfação indicaram o desejo de ser mais magro em 62%, satisfação corporal em 25% e o desejo de ser mais robusto em 13%. De acordo com o BSQ, 44% relataram um alto nível de distorção de imagem corporal. No entanto, os resultados não foram categorizados por tempo de pós-operatório, impossibilitando uma comparação mais detalhada.

O BSQ foi desenvolvido originalmente para “investigar o papel das preocupações com a forma do corpo no desenvolvimento, manutenção e tratamento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa” (Cooper e colaboradores 1987, p. 1). Para Ivezaj e Grilo (2018), medidas de imagem corporal criadas para população de transtornos alimentares, podem auxiliar na compreensão da complexidade das alterações da imagem corporal após a cirurgia bariátrica, visto que as características da distorção de imagem refletem a incapacidade ou dificuldade do reconhecimento fidedigno de si mesmas, o que é parte do processo do pós-operatório de CB.

Na escala de silhuetas, distribuindo os dados obtidos conforme o tempo de pós-operatório e somados os valores de insatisfação para silhueta maior e menor, de 0 a 6 meses apareceu a maior frequência de insatisfação com a imagem corporal, com 93,3%, seguido de um empate entre 7 a 12 meses e mais que 25 meses com 87,5%. O desejo por uma silhueta maior apareceu com maior frequência no intervalo de tempo de 13 a 24 meses com 15%, seguido imediatamente pelo menor percentual encontrado, que foi de 1,2% em 25 meses ou mais. O desejo por uma silhueta menor teve maior frequência no intervalo de 0 a 6 meses com 89,9%.

Apresentando resultados semelhantes, Caldeira, Domingos e Miyazaki (2020) avaliaram a percepção da imagem corporal de acordo com a Escala de Figuras de Silhuetas e

verificaram que 95,4% (n=41) dos participantes apresentaram algum grau de insatisfação com a própria imagem, 90,7% (n=39) gostariam de uma silhueta menor e apenas 4,7% (n=2) prefeririam estar com o peso maior que o atual.

Estes resultados com a escala de silhuetas traduzem os períodos esperados no pós-operatório; grande insatisfação no pós-operatório imediato, que ainda não alcançou o peso desejado/necessário, um período intermediário com queda na frequência de insatisfação devido a mudanças intensas e perda de peso, e após os 25 meses ou mais, por já reconhecer os resultados reais da cirurgia, os índices de insatisfação com a imagem tendem novamente a aumentar. Sem mencionar outros fatores que comprometem a imagem corporal da população tardia, como reganho de peso e excesso de pele (Behrens e colaboradores, 2021; Ivezaj; Grilo, 2018).

Em Lacerda e colaboradores (2018) foi utilizada a Escala de Figuras de Silhuetas para verificar o grau de distorção e insatisfação com a imagem corporal. Nos resultados, 87,5% das mulheres e 100% dos homens se viu maior do que realmente era e 85,3% das mulheres e 50% dos homens gostaria de ter uma silhueta menor. O maior nível de insatisfação foi observado no grupo de até seis meses, onde a perda de peso ainda é insuficiente, seguido do grupo com mais de 12 a 24 meses, período em que já houve perda maciça de peso e é esperado o início do reganho de peso.

Os valores de distorção do estudo supracitado divergem dos demais encontrados nesta análise, pelos seus valores notadamente acima dos demais. O resultado exposto que o participante “se viu maior do que realmente era”, foi diretamente associado à distorção, segundo a Escala de Figuras de Silhuetas e o IMC verificado pelos pesquisadores, sem um instrumento para contraprova, ou comparação entre os resultados. Ratificamos a importância de estudos que utilizem dois instrumentos validados específicos para dimensão avaliada, para que sejam minimizados possíveis vieses de resultados.

Dias e colaboradores (2021) utilizaram formulário próprio para entrevistar 50 mulheres com mais de 24 meses após cirurgia bariátrica. Nos resultados, entre as opções satisfeita/insatisfeita, 62% relataram estar satisfeitas com a imagem corporal atual. A não utilização de um instrumento validado para avaliação da imagem corporal no estudo inviabiliza a validação e uma compreensão mais detalhada deste resultado, uma vez que o mesmo divergiu da maioria dos dados publicados na literatura.

Em adição, pela praticidade de aplicação e variedade disponível, as escalas de silhuetas são predominantes nas pesquisas que avaliam insatisfação com a imagem corporal em diversas populações (Griep e colaboradores, 2012; Moraes; Anjos; Marinho, 2012). Em revisão sistemática, Ferreira (2018), verificou a escassez de instrumentos específicos para pessoas em pós-operatório de CB, para avaliar a imagem corporal. Assim, o uso desse tipo de instrumento deve ser criterioso desde a escolha, e a principal atenção deve ser dada ao uso de escalas de silhuetas apropriadas para cada população.

A combinação de duas ferramentas permite uma leitura mais ampla dos resultados. Um estudo semelhante a este foi desenvolvido por Silva e colaboradores (2020), utilizando a escala de silhuetas corporais e o BSQ, porém com menor amostra (n=36) e tempo pós-operatório (seis e 18 meses). Entre os principais resultados, segundo BSQ, 55,56% apresentaram alguma distorção de imagem, sendo 25% distorção leve, 25% moderada e 5,6% intensa/grave. Na escala de silhuetas, 83,3% dos pacientes desejavam diminuir e 2,8% desejariam aumentar a silhueta, e 13,9% apresentaram satisfação com a imagem corporal.

Em síntese, os aspectos que envolvem a imagem corporal, quando relacionados aos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, independente do tempo de pós-operatório, apresentam diversas complexidades que merecem atenção. Este estudo apresenta limitações, por não apresentar testes correlacionais próprios entre as variáveis. No entanto, apresenta um perfil amplo e correspondente a população brasileira que realizou cirurgia bariátrica, bem como

informações ainda não publicadas sobre percepção com a forma e tamanho com a imagem corporal de pessoas que realizaram CB no Brasil.

## **Conclusão**

A amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino, etnia autodeclarada branca, casado (a), com renda maior que cinco salários mínimos, tempo de cirurgia maior que 25 meses e 12 ou mais anos de estudo. O IMC atual teve maior frequência em sobrepeso.

Segundo *Body Shape Questionnaire*, em todos os períodos do pós-operatório de cirurgia houve presença de no mínimo 26,7% de distorção de imagem. Os valores encontrados para distorção de imagem com maior frequência entre 13 e 24 meses sugerem que, nesse período, após maciça perda de peso, a preocupação com imagem e o autorreconhecimento mereçam mais atenção da equipe de acompanhamento multiprofissional.

Na escala de silhuetas, em todos os períodos do pós-operatório, os percentuais mantiveram-se acima de 60% de pessoas que gostariam de uma silhueta menor, com o máximo de 21,7% de pessoas satisfeitas com o tamanho da silhueta no período entre 13 e 24 meses. As maiores frequências de insatisfação com o tamanho da silhueta aparecem no período de 0 a 6 meses (93,3%) sugerindo o perfil de um paciente que traz uma história de vida com insatisfação corporal, devido a obesidade. Valor este que volta a crescer após os 25 meses do procedimento (87,5%), por múltiplas razões que devem ser mais bem exploradas pela literatura.

Os resultados deste estudo poderão auxiliar a equipe multiprofissional a estabelecer um tratamento no acompanhamento de pessoas no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Estudos futuros podem buscar novas possibilidades de acompanhamento de pessoas que realizam cirurgia bariátrica, para que a imagem corporal seja trabalhada em suas múltiplas faces. Uma vez que a pessoa com obesidade, principalmente as que foram obesas ao longo da vida, tem maior dificuldade de lidar com a transição de imagem corporal para um corpo



emagrecido, bem como as frustrações entre o que é desejado e o que é possível alcançar após a cirurgia.

## Referências

- 1- Behrens, S. C. Lenhard, K. Junne, F. Ziser, K. Lange, J. Zipfel, S. Giel, K. E. Teufel, M. & Mack I. Efeitos da cirurgia bariátrica na depressão: papel da imagem corporal. *Obes Surg.* 2021, 31(4), p. 1864-1868.
- 2- Bertoletti, J., Aparicio, M. J. G., Bordignon, S., & Trentini, C. Body image and bariatric surgery outcomes – a systematic review of literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14 (2), 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bari.2018.0036>
- 3- Bianciardi, E., Di Lorenzo, G., Niolu, C., Betrò, S., Zerbin, F., Gentileschi, & Siracusano, P. Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Rivista di psichiatria*, 54 (1). 2019, p. 8-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1708/3104.30935>
- 4- Caldeira, D. P. T., Domingos & M. A. N., Miyazaki, S. O. C. M., Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 1. 2020, p. 883-900.
- 5- Carvalho, A. D. S., & Rosa, R. D. S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27, e 2017010, 2018.
- 6- Cash, Thomas F. Body image: past, present, and future. Editorial, *Body Image* 1, 2004, p. 1–5. Doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- 7- Cohen, E., Ndao, A., Bernard, J. Y., Gueye, A., Duboz, P., Macia, E., Boëtsch, G., Pasquet, P., Holdsworth, M., & Gradidge, P. J. Development and validation of the body shape

scale (BOSHAS) for assessing body shape perception in African populations. *BioMed Central Public Health*, 20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09654-w>

8- Cooper, P. Taylor, M. Cooper, Z. Fairburn, C. G. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal Of Eating Disorders*, Vol. 6, No. 4, 485-494, 1987.

9- Di Pietro, M. & Silveira, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009, 31 (1): 21-4

10- Dias, J. C. R. Validação das escalas de preocupação com o peso corporal e de estresse percebido. Dissertação de doutorado. Universidade Estadual Paulista, São Paulo. 2014.

11- Dias, J. L. L. Carvalhal, M. M. de L. Reis, A. L. & Gomes, D. L. Autoimagem corporal e comportamento alimentar de mulheres após cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v. 15. n. 92. p. 1-9, 2021.

12- Ferreira, A. F. R. P. Avaliação da imagem corporal: validação da escala de silhuetas para cirurgia da obesidade. Dissertação de doutorado. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. 2018.

13- Floriano, A. L. S., Lemos, A. C. dos A. B., Rangel, F. K. dos S., Amaral, J. O., Jesus, L. S. de, Durães, M. S., Maquiné, M. E. F., Corrêa, M. I. Comparação entre as principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade: revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, 2021, p. 26410-26420. DOI:<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-223>

14- Geller, S., Dahan, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S., & Abu-Abeid, S. Body Image and Emotional Eating as Predictors of Psychological Distress Following Bariatric Surgery. *Obesity surgery*, 30 (4). 2020, p. 1417–1423. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04309-1>

- 15- Griep, R. H., Aquino, E. M. L., Chor, D., Kakeshita, I. S., Gomes, A. L. C., & Nunes M. A. A. Confiabilidade teste-reteste de escalas de silhuetas de autoimagem corporal no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. *Caderno de Saúde Pública*, 28 (9), 1790-1794, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900017>
- 16- Ivezaj, V., & Grilo, C. M. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8). 2018, 1116–1140. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12685>
- 17- Jaunoo, S. S., & Southall & P. J. Bariatric surgery. *International journal of surgery*, 8(2), p. 86–89, (2010). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2009.12.003>
- 18- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, A. A. B., & Vilar, L. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45 (2), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>
- 19- Lent, M. R., Campbell, L. K., Kelly, M. C., Lawson, J. L., Murakami, J. M., Gorrell, S., Wood, G. C., Yohn, M. M., Ranck, S., Petrick, A. T., Cunningham, K., LaMotte, M. E., & Still, C. D. The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial. *PLoS ONE*, 14 (10), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223885>
- 20- Marchesini & Antunes. Fatores grupais e sociais que influenciam no reganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 40. nº 98, 2020, p. 100 – 108. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&tlng=pt).
- 21- Mento, C. Silvestri, M. C. Muscatello, M. R. A. Rizzo, A. Celebre, L. Cedro, C. Zoccali, R. A. Navarra & G. Bruno, A. The role of body image in obese identity changes post bariatric

Surgery. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w>

22- Moraes, C., Anjos, L. A., & Marinho, S. M. S. A. Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 28 (1), 7-19, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100002>

23- Oliveira, A. M., Costa, S. S., Costa, I. S., & Batalha Júnior, N. J. P. Bariatric surgeries performed in the unique brazilian health system between 2010 and 2019. *Research, Society and Development*, 10 (1), 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11982>

24- Pineda-García G, Serrano-Medina A, Cornejo-Bravo JM, Andrade-Soto VH, Armenta-Rojas E, González-Sánchez DL. Self-care model and body image in adults after a bariatric surgery. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022, 30: e 3536.

25- Ribeiro, G. A. N. A.; Giampietro, H. B.; Barbieri, L. B.; Pacheco, R. G.; Queiroz, R.; Ceneviva, R. Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. Vol. 26. Num. 2. p. 124-128. 2013

26- Santos, M. M. M.; Orth, L. C.; Prá, M.; Uberti, M. F.; Trevisol, F. S. Avaliação da condição de saúde e da qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 12, n. 74, p. 730-737, 2018.

27- Silva, H. B. A. Rossoni, C. Moreira, T. Oliveira, S. Iannuzzi, G. C. Nakasu, M. V. P. Percepção da imagem corporal e tolerância alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um hospital do Sul de Minas Gerais. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 41, n. 2. 2020, p. 123-140

- 28- Sousa, P. Bastos, A. P. Venâncio, C. Vaz, A. R. Brandão, I. Costa, J. M. Machado, P. Conceição, E. Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: o papel do peso, da alimentação e da imagem corporal. *Acta Med Port.* 2014; 27(4): p. 450-457
- 29- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. *Research Publications. Association for Research in Nervous & Mental Disease*, 60, 1983. P. 115-120.
- 30- World Health Organization. Obesity and overweight [Obesidade e sobrepeso]. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

## ARTIGO 2<sup>4</sup>

Comportamento alimentar e imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica,  
segundo o tempo pós-cirúrgico, no Brasil

*Eating behavior and body image in people who underwent bariatric surgery, according to  
post-surgery time, in Brazil*

Renata Cristina Bezerra Rodrigues\*, Naíza Nayla Bandeira de Sá\*\*, Carla Cristina Paiva  
Paracampo\*\*\*.

\*Nutricionista, Mestranda em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal do Pará. Endereço: Avenida Perimetral nº 1, bairro Guamá, Belém, Pará, Brasil. Telefone: (91) 3201-8536, e-mail: [renata.rodrigues@ntpc.ufpa.br](mailto:renata.rodrigues@ntpc.ufpa.br). ORCID: 0000-0002-9085-5234. \*\*Nutricionista, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Docente na Universidade Federal do Pará. ORCID: 0000-0002-1267-1624. \*\*\*Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, Docente na Universidade Federal do Pará. ORCID: 0000.0001.6638.5597.

### Resumo

A cirurgia bariátrica se mostra eficaz na perda de peso e melhora das comorbidades, na obesidade grave e indicações específicas. Esta pesquisa objetivou verificar satisfação e distorção de imagem corporal e o domínio do comportamento alimentar predominante, segundo tempo pós-cirúrgico, em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. Realizou-se um estudo transversal, com amostra não probabilística, obtida por conveniência. Foram coletados dados sociodemográficos e características do pré e pós-operatório, o *Three Factor Eating Questionnaire* para comportamento alimentar, o *Body Shape Questionnaire* para distorção e Escala de Silhuetas para satisfação com a imagem corporal. Entre 0 e 24 meses de pós-operatório houve 87,3% de insatisfação e 33,9% apresentaram algum grau de distorção de

---

<sup>4</sup> O espaçamento original de submissão é de 1,5 pts. Para padronização visual deste trabalho, foi utilizado espaçamento duplo em todo o documento.

imagem corporal. A restrição cognitiva foi o domínio do comportamento alimentar com maior frequência, 87,8%. Entre 25 meses ou mais houve 87,5% de insatisfação e destes 86,3% desejavam uma silhueta menor; houve a presença de algum grau de distorção de imagem em 44% dos participantes. No pós-operatório tardio a restrição cognitiva foi o domínio do comportamento alimentar predominante (60,7%), porém, frequências maiores de alimentação emocional e descontrole alimentar foram observadas neste grupo. Houve associação entre distorção de imagem corporal e restrição cognitiva ( $p = 0,000$ ) e alimentação emocional ( $p = 0,000$ ). Não houve associação entre insatisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar. Os resultados comprovaram a importância de pesquisar comportamento alimentar e imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica. Novos estudos prospectivos devem ser incentivados, incluindo associações de novas variáveis com o comportamento alimentar e a imagem corporal.

**Palavras-chave:** cirurgia bariátrica, comportamento alimentar, imagem corporal.

### **Abstract**

Bariatric surgery is effective in weight loss and improvement of comorbidities, in case of severe obesity and specific indications. This research aimed to verify distortion and satisfaction of body image and predominant behavioral domains of eating, according to post-surgical time, in people who underwent bariatric surgery, in Brazil. A cross-sectional study was carried out, with a non-probabilistic sample, obtained by convenience. Socio-demographic data and pre- and postoperative characteristics, the Three Factor Eating Questionnaire for eating behavior, the Body Shape Questionnaire for distortion and the Silhouette Scale for satisfaction with body image were collected. Between 0 and 24 months postoperatively, 87.3% were body image dissatisfaction and 33.9% had some degree of body image distortion. The most frequent domain

of eating behavior was cognitive restraint (87.8%). Around 25 months or more, there was 87.5% of dissatisfaction and of those numbers, 86.3% would want a smaller silhouette; the frequency of presence (44%) and degrees of body image distortion were higher. Cognitive restraint was the predominant eating behavior domain (60.7%), but higher frequencies of emotional eating and uncontrolled eating were observed in this group. There was an association between body image distortion and cognitive restraint ( $p = 0,000$ ) and emotional eating ( $p = 0,000$ ). There was no association between body image dissatisfaction and behavioral domains of eating. The results proved the importance of researching eating behavior and body image in people who underwent bariatric surgery. New prospective studies should be encouraged, including associations of new variables with eating behavior and body image.

**Keywords:** bariatric surgery, body image, eating behavior.

### Introdução

A obesidade é uma condição crônica não transmissível, com altos índices de morbimortalidade<sup>1</sup>. A etiologia da obesidade é multifatorial e associa a ingestão calórica maior que o gasto energético, com fatores genéticos, emocionais, socioculturais, econômicos, ambientais, estilo de vida, falta de políticas públicas e dificuldade de acesso à saúde<sup>2</sup>. Como estratégia de tratamento, a perda de peso alcançada com mudanças no estilo de vida, intervenção farmacológica e terapias comportamentais conseguem reduzir complicações médicas relacionadas à obesidade<sup>3</sup>.

A cirurgia bariátrica (CB) é considerada a intervenção clínica mais eficaz para perda de peso sustentável<sup>4</sup>, melhora significativa das comorbidades e redução da mortalidade<sup>3,5</sup>. Há indicação para CB em casos de obesidade grave,  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ , ou  $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$ , com comorbidades de alto risco e/ou difícil controle<sup>6,7</sup>. A técnica cirúrgica pode ser restritiva,



disabsortiva, ou mista, como o *Bypass* gástrico em Y de Roux, padrão ouro e mais recorrente entre as cirurgias realizadas atualmente no Brasil<sup>7,8</sup>.

A barreira física que limita a ingestão de alimentos e o estímulo precoce do centro da saciedade, decorrentes da CB, corrigem, em parte, o problema da obesidade<sup>9,10</sup>. Contudo, observa-se variabilidade quanto aos resultados de perda de peso após a CB, especialmente a longo prazo, que ainda não é totalmente compreendida<sup>11</sup>. Isto porque a manutenção da perda de peso depende da adesão permanente ao estilo de vida pós-operatório e é influenciada por diversos fatores particulares a cada paciente<sup>12,13</sup>.

Um fator relacionado a desfechos desfavoráveis à cirurgia bariátrica é o comportamento alimentar disfuncional<sup>11</sup>. Estudos realizados em dois períodos distintos do pós-operatório mostram resultados díspares sobre o comportamento alimentar: os primeiros 24 meses de pós-operatório, onde se perde cerca de 75% do excesso de peso, e após os 24 meses, nos quais o reganho de peso é registrado com maior frequência, <sup>9,12,14</sup>. Esses resultados indicam que o comportamento alimentar sofre variações ao longo do pós-operatório, sugerindo que estudá-lo pode contribuir para compreender os efeitos a curto, médio e longo prazo da CB.

O *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21) é uma importante ferramenta, que pode ser usada para rastreamento de comportamento alimentar disfuncional. Com esta ferramenta, é possível diferenciar a restrição cognitiva (comer, voluntariamente, menos que o desejado), a alimentação emocional (comer em resposta a emoções específicas) e o descontrole alimentar (comer descontroladamente grande quantidade de alimento, mesmo sem apetite<sup>15</sup>).

Em um estudo prospectivo, Tan et al. 3 (2020) utilizaram o TFEQ-R21 para comparar a presença de comportamento alimentar disfuncional entre um grupo pós cirurgia bariátrica e um grupo em tratamento medicamentoso. A coleta de dados foi dividida em três momentos: base/pré-operatório, 6 e 12 meses pós CB. No grupo pós CB, houve predomínio de DA no pré-operatório, com redução do *score* em seis meses e leve aumento em 12 meses de pós-operatório.

Resultado semelhante foi observado para AE. Ainda no grupo pós CB, a RC apresentou aumentos significativos nos *scores*, com valores mais altos que o grupo com tratamento medicamentoso, que manteve os valores dos três domínios estáveis nos três períodos.

Em agravante, a insatisfação com a imagem corporal após a CB é frequente e está correlacionada a mais ocorrências de comportamento alimentar disfuncional, como compulsão alimentar, alimentação noturna, alimentação emocional, restrição cognitiva e descontrole alimentar<sup>15,17</sup>. Da Silva et al. 18 (2020) avaliaram a percepção da imagem corporal de pacientes entre 6 e 18 meses do pós-operatório e observaram que 56% apresentaram algum nível de distorção de imagem e 83,3% insatisfação de imagem com desejo por uma silhueta menor.

Vale destacar que a percepção da imagem corporal de uma pessoa com o corpo “obeso”, que passa a ter um corpo “emagrecido”, ocorre de forma mais lenta que a perda de peso, com maior dificuldade nos estágios iniciais do pós-operatório<sup>19</sup>. Esse fato é frequentemente verificado em estudos que encontram maior nível de insatisfação com a imagem corporal nos primeiros meses após a CB, como em Lacerda et al. 19 (2018) que, utilizando a Escala de Figuras de Silhuetas, observaram o maior nível de insatisfação com a imagem corporal no grupo de até seis meses pós cirurgia.

Em resumo, tais descobertas sugerem que o comportamento alimentar disfuncional pode se relacionar com a insatisfação com a imagem corporal, apresentando resultados diferentes, segundo o tempo de pós-operatório. Assim, esta pesquisa objetivou (a) identificar o comportamento alimentar disfuncional predominante e a (b) satisfação e distorção de imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil, segundo o tempo pós-cirúrgico, e (c) analisar a relação entre os três domínios do comportamento alimentar (restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar) e a imagem corporal.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, analítico, com amostra não probabilística obtida por conveniência. Foram medidas duas variáveis principais: os domínios do comportamento alimentar e a imagem corporal, caracterizando a estratégia de pesquisa como correlacional. A pesquisa foi realizada de forma remota, com a utilização de questionários autoaplicáveis no *Google Forms*®.

Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Comportamento Alimentar e Imagem Corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil”. Parte dos resultados podem ser lidos em Rodrigues et al. 1 (2023). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical (NMT), sob Número do Parecer: 5.213.783.

O cálculo amostral baseou-se no número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, em 2019, segundo dados registrados pelo DATASUS, que apontaram a realização de 12.569 procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>. Foi considerado nível de confiança de 95%, com margem de erro de 5%, resultando em um n aproximado de 385 participantes.

Foram incluídas, neste estudo, pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, independentemente do método, e com tempos diferentes de pós-operatório, mediante anuência com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento de 100% dos questionários. Foram critérios de exclusão, pessoas reincidentes na cirurgia bariátrica, fora da faixa etária determinada (menos de 18 e mais que 59 anos), não ter acesso à *internet* para preenchimento *on-line* do questionário e residir, ou ter realizado, o procedimento fora do Brasil.

Os questionários foram apresentados aos participantes na seguinte ordem: (1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (2) Questionário de perfil sociodemográfico, antropométrico e de informações sobre o procedimento cirúrgico, (3) o *The Three Factor Eating*

*Questionnaire* (TFEQ-21), o (4) *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e (5) a Escala de Silhuetas de Stunkard et al. 20 (1983).

No TCLE foram disponibilizadas, ao final da descrição do termo, as opções “concordo” e “discordo”, das quais apenas a opção “concordo” permitia o acesso aos demais questionários; a opção “discordo” encaminhava para a tela final com a mensagem de agradecimento. Após o TCLE todas as perguntas eram marcadas como obrigatórias e, apenas o preenchimento completo de um questionário, dava acesso ao próximo.

O TFEQ-R21 é composto por 21 itens, com quatro opções de resposta em escala *Likert*, que visam identificar qual domínio predominante do comportamento alimentar (restrição cognitiva [RC], alimentação emocional [AE] e descontrole alimentar [DE]). Quanto mais alta a pontuação obtida, maior a presença do domínio e, entre os três, o que tiver maior pontuação é o domínio predominante. A pontuação final foi obtida conforme as instruções de classificação fornecidas pelos autores do questionário<sup>21</sup>.

O BSQ é composto por 34 sentenças, com seis respostas em escala *Likert*, variando de nunca (1 ponto) até sempre (6 pontos), segundo grau de concordância para cada sentença. Para classificação da pontuação final, a soma  $\leq 110$  representa ausência de distorção,  $> 110$  e  $\leq 138$  distorção leve,  $> 138$  a  $\leq 167$  distorção moderada e  $> 167$  distorção grave da imagem corporal, conforme as instruções de classificação fornecidas pelos autores do questionário<sup>22</sup>.

A escala de silhuetas desenvolvida por Stunkard et al. 20 (1983) é formada por um conjunto de dezoito figuras, nove femininas e nove masculinas, representando silhuetas humanas com variações em ordem de tamanho corporal, segundo a média crescente do IMC. A diferença numérica entre a figura escolhida como imagem real e a figura escolhida como imagem desejada, selecionadas na escala, representa o grau de satisfação com a imagem corporal. Quando o resultado é igual a zero, interpreta-se como satisfação com a imagem

corporal;  $< 1$  (*score* negativo) interpreta-se como insatisfação, com “desejo por uma silhueta maior”, e  $> 1$  (*score* positivo) insatisfação, com “desejo por uma silhueta menor” que a atual.

Para avaliar a normalidade das variáveis, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Para a análise descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo, segundo tempo de cirurgia (0 a 24 meses e 25 meses ou mais) e o total. Para verificar as associações entre os domínios do comportamento alimentar e a distorção da imagem corporal e a satisfação com a imagem corporal, calculou-se a razão de prevalência univariada por meio da regressão log-linear de Poisson, considerando-se IC 95% e  $p \leq 0,05$ .

As categorias de referência adotadas para o cálculo da razão de prevalência foram as de maior proteção para cada um dos três domínios do comportamento alimentar. Considerou-se associação quando  $p \leq 0,05$ . As análises dos dados foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0 para *Windows*.

## Resultados

Participaram deste estudo 398 adultos que fizeram cirurgia bariátrica. Dentre as características sociodemográficas, observou-se maior frequência do sexo feminino (93,5%) e idade entre 40 e 59 anos (57,3%). A maioria das pessoas que alegaram ter entre 0 e 24 meses de realização da CB tinham idade entre 20 e 39 anos (52,0%), enquanto que, as que tinham realizado a cirurgia bariátrica há 25 meses ou mais, a faixa etária mais frequente foi entre 40 e 59 anos (68,5%).

A maioria das pessoas que participaram da pesquisa declararam estado civil casado(a) ou união estável (60,8%) e raça/cor branca (58,8%). Entre as regiões, a maior frequência de respondentes foi do Sudeste (36,4%), seguida da região Norte (24,1%). Apenas 4,8% dos voluntários afirmaram residir na zona rural. A escolaridade mais frequente foi de 12 ou mais anos de estudo (81,2%), que representa o ensino superior incompleto/completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Fatores sociodemográficos de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil.

Variáveis	0 a 24 meses (n = 221)		≥ 25 meses (n = 168)		Total* (n = 398)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	208	94,1	155	92,3	372	93,5
Masculino	13	5,9	13	7,7	26	6,5
<b>Faixa etária**</b>						
20 a 39 anos	115	52,0	53	31,5	170	42,7
40 a 59 anos	106	48,0	115	68,5	228	57,3
<b>Estado civil</b>						
Casado(a) / União estável	140	63,3	97	57,7	242	60,8
Divorciado(a) / Separado(a) / Solteiro(a) \ Viúvo(a)	81	36,7	71	42,3	156	39,2
<b>Raça/Cor</b>						
Branca	128	57,9	102	60,7	234	58,8
Preta / Parda	89	40,3	62	36,9	156	39,2
Amarela / Indígena	4	1,8	4	2,4	8	2
<b>Região de Residência</b>						
Norte	50	22,6	44	26,2	96	24,1
Nordeste	22	10	17	10,1	41	10,3
Centro-Oeste	22	10	15	8,9	37	9,3
Sudeste	76	34,4	65	38,7	145	36,4
Sul	51	23,1	27	16,1	79	19,8
<b>Zona de Residência</b>						
Rural	10	4,5	8	4,8	19	4,8
Urbana	211	95,5	160	95,2	379	95,2
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0 a 8	5	2,3	1	0,6	6	1,5
9 a 11	40	18,1	26	15,5	69	17,3
12 ou mais	176	79,6	141	83,9	323	81,2

Legenda: \*Total de respondentes, considerando 9 voluntários que não responderam corretamente a questão sobre tempo de realização da cirurgia bariátrica. \*\*A menor idade encontrada foi de 20 anos. \*\*\*SM = salário mínimo, considerando valor em 2022 de R\$ 1.212,00.

No que se refere às características do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, observou-se que o *Bypass* gástrico em Y de Roux apareceu como técnica cirúrgica mais frequente (80,2%). Com relação ao tempo de duração do preparo para a cirurgia bariátrica, 53,5% relataram tempo menor que seis meses completos de pré-operatório e 4,3% afirmaram não ter feito preparo pré-cirúrgico. Sobre o acompanhamento nutricional, a maioria das pessoas (40,5%) declarou ter realizado cinco ou mais consultas e, em contrapartida, 31,4% afirmaram ter realizado uma ou duas ou nenhuma consulta com nutricionista no pré-operatório.

Houve maior frequência da preocupação com a saúde (71,4%) como principal motivação para realização da CB, seguida da insatisfação com a imagem corporal (23,4%). Quanto ao estado nutricional, no pré-operatório foi observada maior frequência de obesidade grau III (57%), seguida de grau II (38,9%). No estado nutricional atual as maiores frequências foram para sobrepeso (36,9%), obesidade grau I (25,6%) e eutrofia (23,1%). O menor IMC alcançado para maior parte da amostra foi de eutrofia (36,5%) e sobrepeso (36%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, segundo tempo de pós-operatório.

		(continua)					
Variáveis		0 a 24 meses (n = 221)		≥ 25 meses (n = 168)		Total* (n = 398)	
		n	%	n	%	n	%
<b>Tipo de procedimento</b>							
	<i>Bypass gástrico em Y de Roux</i>	178	80,5	135	80,4	319	80,2
	<i>Gastrectomia vertical/em manga ou, Sleeve</i>	43	19,5	29	17,3	74	18,6
	Não sabe / Outros	0	0	4	2,4	5	1,3
<b>Tempo de duração do pré-operatório</b>							
	Não fez	3	1,4	14	8,3	17	4,3
	Menos de 6 meses completos	125	56,6	83	49,4	213	53,5
	Entre 6 e 18 meses	72	32,6	60	35,7	135	33,9
	Mais de 18 meses	21	9,5	11	6,5	33	8,3
<b>Nº de consultas com nutricionista no pré-operatório</b>							
	Nenhuma	5	2,3	12	7,1	18	4,5
	1 ou 2	56	25,3	51	30,4	107	26,9
	3 ou 4	67	30,3	44	26,2	112	28,1
	5 ou mais	93	42,1	61	36,3	161	40,5
<b>Mantém acompanhamento com nutricionista</b>							
	Não	45	20,4	113	67,3	158	40,6
	Sim	176	79,6	55	32,7	231	59,4
<b>Motivação para cirurgia</b>							
	Preocupação com a saúde	164	74,2	113	67,3	284	71,4
	Insatisfação com a imagem corporal	46	20,8	45	26,8	93	23,4
	Incentivo familiar, de cônjuge ou similares	4	1,8	2	1,2	6	1,5
	Insistência de familiares, cônjuge ou similares	1	0,5	3	1,8	4	1
	Outros	6	2,7	5	3	11	2,7
<b>Estado nutricional pré-operatório</b>							
	Obesidade grau I	12	5,4	4	2,4	16	4
	Obesidade grau II	89	40,3	62	36,9	155	38,9
	Obesidade grau III	120	54,3	102	60,7	227	57
<b>Estado nutricional atual</b>							
	Baixo peso	1	0,5	0	0	1	0,3
	Eutrofia	50	22,6	40	23,8	92	23,1
	Sobrepeso	82	37,1	62	36,9	147	36,9
	Obesidade grau I	52	23,5	47	28	102	25,6
	Obesidade grau II	30	13,6	15	8,9	45	11,3
	Obesidade grau III	6	2,7	4	2,4	11	2,8

Tabela 2 – Características do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, segundo tempo de pós-operatório.

<b>Menor IMC alcançado</b>							
Baixo peso	1	0,5	3	1,8	4	1	
Eutrofia	51	23,2	89	53	145	36,5	
Sobrepeso	82	37,3	58	34,5	143	36	
Obesidade grau I	51	23,2	15	8,9	67	16,9	
Obesidade grau II	29	13,2	3	1,8	32	8,1	
Obesidade grau III	6	2,7	0	0	6	1,5	
<b>Reganho de peso**</b>							
Sim	1	0,5	69	41,1	75	18,9	
Não	219	99,5	99	58,9	322	81,1	

Legenda: \*Total de respondentes, considerando 9 voluntários que não responderam corretamente a questão sobre tempo de realização da cirurgia bariátrica. \*\*Foi considerado reganho de peso  $\geq 15\%$ .

Os resultados da Escala de Silhuetas mostraram que a maior parte dos voluntários (87,5%) apresentou insatisfação com a imagem corporal – sendo mais frequente o desejo por uma silhueta menor (82,2%), quando comparado ao desejo de uma silhueta maior (5%) – e apenas 12,8% apresentaram satisfação com a imagem corporal. Observou-se que, no grupo de 0 a 24 meses, 8,1% das pessoas com insatisfação de imagem demonstraram o desejo por uma silhueta maior e, no grupo de 25 meses ou mais, apenas 1,2% tinham desejo por uma silhueta maior (Tabela 3).

No *Body Shape Questionnaire*, a maior frequência encontrada foi referente à ausência de distorção de imagem corporal (61,6%) e 38,4% apresentaram algum grau de distorção, seja leve, moderada ou grave. No grupo com 0 a 24 meses de pós-operatório, uma a cada três pessoas apresentou algum grau de distorção (33,9%) e em 66,1% o resultado foi de ausência de distorção de imagem. No grupo de 25 meses ou mais, a presença de distorção de imagem alcançou quase metade dos participantes (44%). Em relação ao grupo 0 a 24 meses, houve queda na frequência (56%) de pessoas com ausência de distorção (Tabela 3).



Tabela 3 – Satisfação e distorção com a imagem corporal e domínios do comportamento alimentar por tempo de pós-operatório e total.

Variáveis	0 a 24 meses (n = 221)		≥ 25 meses (n = 168)		Total* (n = 398)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Satisfação com imagem corporal</b>						
Insatisfeito / silhueta maior	18	8,1	2	1,2	20	5,0
Satisfeito	28	12,7	21	12,5	51	12,8
Insatisfeito / silhueta menor	175	79,2	145	86,3	327	82,2
<b>Distorção de imagem corporal</b>						
Ausência de distorção	146	66,1	94	56	245	61,6
Distorção leve	47	21,3	44	26,2	93	23,4
Distorção moderada	20	9	21	12,5	43	10,8
Distorção grave	8	3,6	9	5,4	17	4,3
<b>Domínios de Comportamento Alimentar</b>						
Alimentação emocional (AE)	15	6,8	44	26,2	61	15,3
Descontrole alimentar (DA)	7	3,2	12	7,1	19	4,8
Restrição cognitiva (RC)	194	87,8	102	60,7	302	75,9
AE + DA**	1	0,5	2	1,2	3	0,8
AE + RC**	4	1,8	8	4,8	13	3,3

Legenda: \*Total de respondentes, considerando 9 voluntários que não responderam a questão sobre tempo de realização da cirurgia bariátrica. \*\*Nestes casos, houve empate do domínio predominante.

Quanto aos domínios do comportamento alimentar disfuncional, rastreados com o TFEQ-R21, houve maior frequência de restrição cognitiva (RC), como domínio predominante (DP), em 75,9%, seguida de alimentação emocional (AE) com 15,3%. Entre 0 e 24 meses de pós-operatório, o domínio predominante que apresentou maior frequência foi a RC, com 87,8%, seguida de pouca expressividade nas frequências de AE e descontrole alimentar (DA), 6,8% e 3,2%, respectivamente. No grupo com 25 meses ou mais, a RC aparece como DP com frequência de 60,7% e alimentação emocional com 26,2% (Tabela 3).

Após determinar o domínio predominante do comportamento alimentar, foram testadas as associações entre o DP e a distorção de imagem corporal e entre o DP e a insatisfação com a imagem corporal. Na coluna 1, da Tabela 4, estão descritos os resultados da alimentação emocional. Observou-se que, do total de respondentes com AE como domínio predominante, 65,5% apresentou algum grau de distorção de imagem corporal pelo BSQ. Houve associação estatística, segundo a razão de prevalência bruta: pessoas com distorção de imagem corporal

moderada (6,32), grave (4,44) e leve (RP 2,74) tiveram maiores probabilidades de apresentar AE como domínio predominante, quando comparadas com pessoas com ausência de distorção ( $p = 0,000$ ). Na Escala de Silhueta observou-se que 91,8% expressaram insatisfação com sua imagem corporal e destes, 88,5% com desejo por uma silhueta menor. Não houve associação estatística entre a AE e a satisfação com a imagem corporal ( $p = 0,336$ ) (Tabela 4).

Na coluna 2, da Tabela 4, observa-se os resultados do descontrole alimentar como DP. Dos voluntários, 47,4% apresentaram ausência de distorção e 42,1% distorção de imagem corporal de grau leve e observou-se 100% de insatisfação com a imagem corporal. No descontrole alimentar como DP foi encontrada a maior frequência de insatisfação de imagem com desejo por uma silhueta menor, com 94,7% (DP-AE = 88,5% e DP-RC = 79,7%). Não foram encontradas associações estatísticas entre DA e distorção de imagem corporal ( $p = 0,064$ ) e DA com a satisfação com a imagem corporal ( $p = 0,23$ ).

Tabela 4 – Frequências e razão de prevalência bruta dos domínios do comportamento alimentar, segundo distorção e satisfação com a imagem corporal.

Variáveis	Domínios do comportamento alimentar***											
	Alimentação emocional ( $p = 0,000$ )				Descontrole alimentar ( $p = 0,27$ )				Restrição cognitiva ( $p = 0,000$ )			
<b>Distorção de imagem corporal*</b>	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%
Ausência	21	34,4	1		9	47,4	1		210	69,8	1	
Leve	19	31,1	2,74	(1,4 - 5,4)	8	42,1	2,46	(0,9 - 6,6)	59	19,6	0,29	(0,2 - 0,5)
Moderada	16	26,2	6,32	(2,9 - 13,6)	1	5,26	0,62	(0,1 - 5,1)	23	7,64	0,19	(0,1 - 0,4)
Grave	5	8,2	4,44	(1,4 - 13,8)	1	5,26	1,63	(0,2 - 13,8)	9	2,99	0,19	(0,1 - 0,5)
<b>Satisfação imagem corporal **</b>	Alimentação emocional ( $p = 0,336$ )				Descontrole alimentar ( $p = 0,23$ )				Restrição cognitiva ( $p = 0,064$ )			
	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%	n	%	RP <sup>1</sup>	IC95%
Insatisfeito / silhueta maior	2	3,3	1		1	5,26	1		17	5,7	1	
Satisfeito	5	8,2	1,02	(0,2 - 5,8)	0		1	(0,0 - 0,1)	44	14,6	0,9	(0,2 - 3,9)
Insatisfeito / silhueta menor	54	88,5	1,82	(0,7 - 4,8)	18	94,7	2,91	(0,4 - 22,3)	240	79,7	0,43	(0,2 - 1,0)

Legenda: \* *Body Shape Questionnaire* (BSQ). \*\* Escala de silhuetas de Stunkard et al. 20 (1983). \*\*\* *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21). <sup>1</sup> RP = Razão de prevalência bruta.

Por fim, na coluna 3 da Tabela 4, apresenta-se os resultados da restrição cognitiva como domínio predominante; desses, 69,8% apresentaram ausência de distorção e 19,6% distorção grau leve. Houve associação estatística entre RC, como domínio predominante, e distorção de imagem corporal ( $p = 0,000$ ), inversa a da alimentação emocional, descrita anteriormente: as pessoas que apresentaram distorção de imagem leve (RP 0,29), moderada (RP 0,19) ou grave (RP 0,19) tiveram menores probabilidades de ter restrição cognitiva como DP.

Na RC como DP, 85,4% resultaram em insatisfação com a imagem corporal e 14,6% para satisfação com a imagem corporal, maior frequência em comparação aos outros domínios (DP-AE = 8,2% e nenhum percentual para DP-DA). Não foi encontrada associação estatística entre DP-RC e a satisfação com a imagem corporal ( $p = 0,064$ ) (Tabela 4).

### **Discussão**

Os principais achados deste estudo revelaram que a restrição cognitiva foi o domínio do comportamento alimentar disfuncional com maior frequência (75,9%). Observou-se as maiores frequências para insatisfação com a imagem corporal (87,5%) e graus de distorção de imagem (44%) nos respondentes com 25 meses ou mais de pós-operatório. Houve associação estatística entre comportamento alimentar e distorção de imagem, mensurada pelo BSQ, mas não com insatisfação com a imagem corporal, avaliada pela Escala de Silhuetas.

O perfil sociodemográfico da amostra resultou em maior frequência para o sexo feminino, estado civil casado(a), raça/etnia branca, faixa etária entre 20 a 39 anos e a escolaridade de 12 anos ou mais, com frequências semelhantes entre os dois tempos pós-operatórios. Um estudo nacional com 5.160 pessoas que fizeram CB, com questionário *online*, encontrou o mesmo perfil sociodemográfico<sup>23</sup>. Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, as hospitalizações para realização de CB no SUS, foram de indivíduos na faixa etária de 35-39 anos e do sexo feminino, 85,4%<sup>24</sup>.

A maioria expressiva de participantes do sexo feminino, ainda que com variação nas proporções, é resultado recorrente nos estudos sobre cirurgia bariátrica no Brasil<sup>23,25,26,27</sup>. Para este fato as justificativas apresentadas nos estudos variam, por uma maior motivação para perda de peso, maior preocupação feminina com a estética e/ou a saúde e maiores frequências de insatisfação com a imagem corporal<sup>12,23</sup>.

Nesta amostra, a região Norte aparece em segundo lugar na frequência de respondentes, com 24,1%, ficando entre as regiões Sudeste e (36,4%) e Sul (19,8%). Considerando o número absoluto de CBs realizadas pelo SUS, entre 2008 e 2018, a região Sul registrou 56% e sudeste 34% dos procedimentos. As regiões Nordeste (7%), Centro-oeste (1,4%) e Norte (0,9%) apareceram com números pouco expressivos<sup>7</sup>.

Segundo registros do DATASUS, o *Bypass* gástrico acumulou 94% dos procedimentos realizados no SUS<sup>7</sup>. Por volta de 80% das CBs realizadas pelos voluntários da pesquisa foi o *Bypass* gástrico em Y de Roux (BGYR) e esse resultado se repete em muitos estudos brasileiros<sup>23,25,27</sup>. O BGYR é uma técnica do tipo mista, que combina o processo restritivo (redução do estômago para uma “pequena bolsa”) com o processo disabsortivo (desvio de uma porção do intestino delgado)<sup>9,14</sup>.

Além disso, no BGYR, parte das células produtoras de grelina, conhecida como hormônio da fome, são isoladas no fundo do estômago e duodeno, causando o estímulo precoce do centro da saciedade<sup>14</sup>. Acredita-se que o BGYR também altere a sinalização precoce do GLP-1, hormônio que lentifica o esvaziamento gástrico, e do polipeptídeo Y (PYY), hormônio que diminui a motilidade intestinal e aumenta a saciedade, devido a chegada mais rápida de alimentos na porção distal do intestino delgado<sup>9,12,26</sup>.

Comparando os valores encontrados no menor IMC alcançado, para eutrofia observou-se maior frequência em 25 meses ou mais, com 53%, e 23,2% em 0 a 24 meses. Para valores maiores de IMC, a maior frequência foi observada no grupo de 0 a 24 meses, quando comparada

a 25 meses ou mais, desde sobrepeso (37,3% e 34,5%) até os graus I (23,2% e 8,9%), II (13,2% e 1,8%) e grau III (2,7% e 0%) de obesidade. A comparação entre os valores nos mostrou frequências de IMC mais favoráveis após os primeiros 24 meses. Essa é, de fato, a evolução ponderal que se espera após o procedimento de cirurgia bariátrica<sup>4,25</sup>.

No entanto, ainda no grupo com 25 meses ou mais, a frequência observada de eutrofia no IMC atual foi menor, 23,8%, ao comparar com a frequência obtida no menor IMC alcançado, 53%. Nas demais classificações de estado nutricional do IMC, a frequência do IMC atual foi maior do que a frequência do menor IMC alcançado: sobrepeso 34,5% e 36,9%, obesidade grau I 8,9% e 28%, obesidade grau II 1,8% e 8,9% e obesidade grau III 0% e 2,4%. Nestes resultados, observamos que houve maiores frequências de IMC mais altos no IMC atual, quando comparadas às frequências do menor IMC alcançado, reiterando o que a literatura vem publicando, acerca de reganho de peso no pós-operatório tardio<sup>4</sup>.

Quanto ao comportamento alimentar, no grupo entre 0 e 24 meses, 87,8% dos voluntários teve a restrição cognitiva como domínio predominante, seguida por 6,8% de alimentação emocional e em 3,2% o domínio predominante foi o descontrole alimentar. Entre o grupo com 25 meses ou mais, a maioria também apresentou a RC como domínio predominante (60,7%), todavia com uma frequência quatro vezes maior de AE (26,2%) e duas vezes maior de descontrole alimentar (7,1%), quando comparados aqueles com 0 a 24 meses.

Na pesquisa de Hindle et al. 26 (2019), os dados sobre os domínios do comportamento alimentar mostraram que pessoas com níveis mais baixos de restrição cognitiva no pré-operatório experimentaram uma redução significativamente maior na percepção da fome 12 meses após a cirurgia e, a redução percebida da fome apresentou associação estatística com níveis mais baixos de AE e DA.

O ensaio clínico randomizado de Engström et al. 27 (2015) acompanhou por 2 anos pessoas que fizeram CB. Os dados foram separados em dois grupos, bom controle alimentar e

menor controle alimentar, segundo resultado prévio do DA no TFEQ-R21. No grupo bom controle alimentar, houve diferenças significativas e favoráveis nos três domínios, com melhorias significativas em DA e AE até os 24 meses de pós-operatório. No grupo com menor controle alimentar, por outro lado, DA e AE melhoraram entre 0 e 12 meses, e pioraram entre 12 e 24 meses.

Em resumo, o DA no pós-operatório tem sido associado a maior risco de perder o controle sobre a alimentação ao sentir fome<sup>28</sup>, ou ao se expor a estímulos externos<sup>27</sup> e à alimentação frequente, também chamada de comportamento beliscador (*grazing*), em especial, alimentos hipercalóricos<sup>23</sup> e, por consequência, afeta negativamente na perda e na manutenção do peso perdido após a CB<sup>11,25,26,27,28</sup>. Em estudos com acompanhamento mais longo, a alimentação emocional previu pior perda de peso e foi relacionada ao reganho de peso aos 48 meses<sup>26</sup>.

A CB impõe mudanças na alimentação e o comportamento alimentar torna-se ainda mais complexo<sup>28</sup>, reiterando a importância do rastreamento do comportamento alimentar disfuncional predominante, na tentativa de prevenir as consequências relacionadas. Dentre as estratégias multiprofissionais que interferem positivamente no pós-operatório, ações educativas sobre a alimentação do pré, ao pós-operatório, podem ser mais úteis para prever bons resultados de perda de peso, do que intervir em um único momento<sup>26</sup>.

A perda de peso é uma variável importante a ser verificada<sup>29</sup>, porém, outras variáveis vêm, cada dia mais, sendo consideradas relevantes nas definições de resultados bem-sucedidos de CB, entre elas a melhoria da qualidade de vida<sup>3</sup>, relações sociais e estado psicossocial<sup>28</sup>, satisfação com o resultado e mudanças positivas na percepção da imagem corporal<sup>17</sup>. Frente à mudança de imagem consequente à perda de peso, a distorção de imagem e a insatisfação com a imagem corporal são recorrentes e têm graus modificáveis ao longo do tempo pós-operatório.

Na amostra deste estudo, entre 0 e 24 meses a presença de distorção de imagem corporal teve frequência de 33,9% e a insatisfação com a imagem corporal esteve presente na grande maioria, 87,3%, e destes 79,2% com desejo de uma silhueta menor. Resultados menos favoráveis foram encontrados no grupo 25 meses ou mais, onde a ausência de distorção apareceu com menor frequência, 56%, e todos os graus de distorção de imagem apresentaram percentuais maiores. A insatisfação com a imagem corporal, com desejo de uma silhueta menor, apresentou maior frequência, com 86,3%.

O estudo de da Silva et al. 18 (2020), com um grupo de pessoas com tempo pós-operatório de CB entre seis e 18 meses, encontrou resultados divergentes no BSQ. A maior frequência na amostra foi para presença de algum grau de distorção de imagem corporal, com 55,56%, sendo 25% leve, 25% moderada e 5,6% de distorção grave. No mesmo estudo, na Escala de Silhuetas, o resultado foi semelhante, com alta frequência de insatisfação de imagem corporal e com 83,3% dos pacientes com desejo por diminuir a silhueta.

Outros estudos utilizando Escala de Silhuetas também apresentaram resultados semelhantes. Caldeira et al., 30 (2020) encontraram 95,4% dos respondentes com insatisfação com a imagem e 90,7% com desejo por uma silhueta menor e Lacerda et al. 19 (2018) encontraram 85,3% das mulheres e 50% dos homens com insatisfação de imagem e com desejo por uma silhueta menor. Estes resultados corroboram com os achados, destacando a importância dos estudos sobre imagem corporal.

Nos testes realizados entre as variáveis principais da pesquisa, houve associação estatística entre AE e RC, como domínio predominante, e distorção de imagem corporal. Esse resultado revelou que as pessoas com distorção de imagem tiveram maiores probabilidades de desenvolver AE e menores probabilidades de desenvolver RC, segundo as razões de prevalência. Nesta amostra, não foi encontrada associação estatística entre DA e distorção de imagem corporal.

Maiores frequências de RC têm sido associadas a resultados favoráveis<sup>26,27</sup>, pela relação direta: presença de restrição alimentar > perda de peso > sucesso do procedimento. A presença de RC no tempo pós-operatório é esperada, devido as mudanças físicas e hormonais que a cirurgia causa nos indivíduos<sup>14</sup>. Contudo, há uma linha tênue que precisa ser cuidadosamente monitorada, para que este comportamento disfuncional não seja internalizado a ponto de despertar transtornos alimentares restritivos, como anorexia nervosa<sup>29</sup>.

Um estudo qualitativo conduzido por Watson, Riazi e Ratcliffe 29 (2020) buscou compreender os motivos relacionados com comportamentos alimentares excessivamente restritivos em mulheres após a CB. A análise revelou três temas comuns: (1) o estigma de peso, onde níveis altos de viés de peso internalizado aumentam o risco para distúrbios alimentares restritivos, (2) o excesso de pele como uma lembrança do peso perdido, suficiente para incitar medo de reganho e comportamentos alimentares excessivamente restritivos e (3) pensamentos e padrões alimentares desordenados, com regras que levaram à angústia, culpa e medos intensificados em relação ao ganho de peso.

Estudos sobre distorção de imagem corporal, agravada pelo excesso de pele, mostram ligação com desconforto físico, prejuízo significativo na qualidade de vida, problemas psicossociais e isolamento social motivados, também, pelo sentimento de vergonha da imagem<sup>11,28,29</sup>. De Lourdes et al., 11 (2021) estudaram fatores relacionados ao excesso de pele em mulheres e observaram que 81% delas relataram desconforto em uma, ou duas, áreas do corpo e o desconforto com excesso de pele foi correlacionado com vergonha da imagem corporal, sofrimento psicológico e comer transtornado ligado a descontrole alimentar.

Por fim, a satisfação com a imagem corporal, avaliada pela Escala de Silhuetas, mostrou resultados frequentes para insatisfação com a imagem e desejo por uma silhueta menor. No entanto, não foram encontradas associações significativas entre a satisfação de imagem e os três domínios do comportamento alimentar. Uma possível explicação, para a não associação, pode



estar na não especificidade da Escala de Silhueta para avaliar a imagem corporal no tempo pós-operatório da cirurgia bariátrica.

O uso de Escala de Silhuetas deve ser criterioso desde a escolha e especial atenção deve ser dada ao uso de escalas apropriadas para cada população<sup>31</sup>. A revisão de literatura de Bertoletti et al. 32 (2019), concluiu que as escalas utilizadas não avaliam questões específicas que podem ser fonte de angústia, como o excesso de pele. Em revisão sistemática sobre o uso de Escala de Silhuetas para avaliar imagem corporal, em pessoas com obesidade, no pré e pós-operatório de CB, Ferreira 33 (2018), verificou a escassez de instrumentos capazes de avaliar a insatisfação com a imagem corporal no pós-operatório de CB.

Escala não específicas podem causar dúvidas, sub ou superestimar os resultados, pela tentativa de se enquadrar no padrão das silhuetas. Para Carvalho e Ferreira 31 (2014), o simples fato de o foco das Escalas estar na satisfação com o peso e forma corporal baseada na gordura e preocupação com a magreza, sem considerar volume e definição muscular, leva os resultados dos estudos, fatalmente, a maior prevalência de distúrbio de imagem em mulheres e menos expressivo nos homens.

Dias 34 (2014) afirma, ainda, que a falta de representatividade, e desenhos distantes da realidade, são considerados fragilidades das Escalas de Silhuetas. Assim, sugere-se que novos estudos sobre imagem corporal, especificamente que avaliem a satisfação/insatisfação com o tamanho da imagem corporal, sejam desenvolvidos com ferramentas específicas para pessoas no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

A metodologia utilizada na coleta de dados possibilitou a participação de pessoas de todas as regiões da Brasil. A utilização de questionários *online* autoaplicáveis permitiu total flexibilidade de horário e local para o preenchimento, facilitando a participação no estudo. Algumas limitações são agregadas a essa modalidade de dados autorreferidos, como a omissão de informações, dados sub ou superestimados, e outras limitações de pesquisas que necessitam

de dados antecedentes, onde o viés de memória do participante pode influenciar na acurácia dos resultados<sup>12</sup>.

Estudos de delineamento transversal permitem a análise de possíveis correlações entre variáveis de uma determinada população, em um momento específico, têm baixo custo e são de rápida realização. Porém, não permitem a compreensão de causa e efeito entre as variáveis, no caso deste estudo, se ocorreu primeiramente o descontrole alimentar e depois a distorção da imagem corporal ou o contrário. Para tanto, sugerimos a realização de novos estudos longitudinais prospectivos com pessoas que fizeram cirurgia bariátrica, para avaliar as variáveis comportamento alimentar e imagem corporal ao longo de um período de tempo.

### **Conclusão**

O domínio do comportamento alimentar disfuncional predominante foi a restrição cognitiva, com maior frequência no grupo com 0 a 24 meses de pós-operatório. As frequências de alimentação emocional e descontrole alimentar foram maiores no grupo com 25 ou mais meses de cirurgia.

Os achados sobre distorção de imagem corporal revelaram que a ausência de distorção teve maior frequência no grupo de 0 a 24 meses de cirurgia, enquanto houve maior frequência de algum grau de distorção de imagem no pós-operatório tardio. A insatisfação com a imagem corporal foi presente na maioria da amostra. Quando comparados os tempos de pós-operatório, observou-se que a frequência pelo desejo de uma silhueta menor foi maior no grupo com 25 meses ou mais.

Foram encontradas associações entre os domínios do comportamento e distorção de imagem. Pessoas com algum grau de distorção de imagem tiveram menores probabilidades de ter a restrição cognitiva como domínio predominante, porém com maiores probabilidades para ter alimentação emocional como domínio predominante.

Conhecer os comportamentos alimentares disfuncionais, com rastreio do domínio predominante, em diferentes situações, oferece possibilidades mais assertivas de intervenção no acompanhamento individual. Estes resultados fornecem informações úteis para o acompanhamento multiprofissional, porém, novos estudos longitudinais e prospectivos devem ser realizados para confirmar os resultados.

### Referências

- Rodrigues, RCB, Paracampo, CCP, Sá, NNB de, Costa, GTS da, Silva, IMF, Santos, BMS. Frequência de distorção e insatisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. RBONE. 2023 maio; 17(107), 200–213. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2227/1356>
- 1 World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. World Health Organisation. WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 2 World Obesity Atlas 2022 [Internet]. Disponível em: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2022.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf)
- 3 Tan SYT, Tham KW, Ganguly S, Tan HC, Xin X, Lew HYF, et al. The Impact of Bariatric Surgery Compared to Medical Therapy on Health-Related Quality of Life in Subjects with Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus. *Obes Surg* [Internet]. 2020 Oct;31(2):829–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05038-6>
- 4 Félix MJ, Mendes P, Pereira AMGR. Evolução ponderal após cirurgia bariátrica – Revisão sistemática da literatura. *Acta port. nutr.* [Internet]. 2022 Mar;28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2022.2812>

5 Benito LAO, Lima R da C, Karnikowski MG de O, Silva ICR da. Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019. REVISA [Internet]. 2021 Feb;181–94. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p181a194>

6 Lent MR, Campbell LK, Kelly MC, Lawson JL, Murakami JM, Gorrell S, et al. The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial. PLoS ONE [Internet]. 2019 Oct;14(10):e0223885. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223885>

7 Tonatto-Filho AJ, Gallotti FM, Chedid MF, Grezzana-Filho T de JM, Garcia AMSV. Cirurgia bariátrica no sistema público de saúde brasileiro: o bom, o mau e o feio, ou um longo caminho a percorrer. Sinal amarelo!. ABCD arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2019 Dec;32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1470>

8 Floriano ALS, Lemos AC dos AB, Rangel FK dos S, Amaral JO, Jesus LS de, Durães MS, et al. Comparação entre as principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade: revisão da literatura. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021 Nov;4(6):26410–20. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-223>

9 Zeve JL de M, Novais PO, Oliveira Júnior N de. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. Rev. Ciência & Saúde [Internet]. 2012 Aug;5(2):132–40. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2012.2.10966>

10 Marchesini SD, Antunes MC. Fatores grupais e sociais que influenciam no reganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Bol. Acad. Paul. Psicol. [Internet]. 2020 Jun;40(98):100–8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n98/a11v40n98.pdf>

11 de Lourdes M, Cerqueira L, Pinto-Bastos A, Marôco J, Palmeira L, Brandão I, et al. Understanding Uncontrolled Eating after Bariatric Surgery: The Role of Excessive Skin and Body Image Shame. J. Clin. Med. [Internet]. 2021 Jul;10(13):2967. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10132967>

12 Bardal AG, Ceccatto V, Mezzomo TR. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Sci. Med.* [Internet]. 2016 Nov;26(4):24224. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224>

13 Costa AC, Vasconcelos AJR de, Coelho MDG, Ferreira G. Incidência de reganho de peso em grupo de pacientes pós cirurgia bariátrica e fatores associados. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2022 Jul;11(9):e10011931420. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31420>

14 Abu Dayyeh BK, Jirapinyo P, Thompson CC. Plasma Ghrelin Levels and Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg* [Internet]. 2016 Dec;27(4):1031–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2418-3>

15 Natacci LC, Ferreira Júnior M. *The three factor eating questionnaire* - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2011 Jun;24:383–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>

16 Ribeiro GAN de A, Giapietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem. *ABCD arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2018; 31(1):e1356. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1356>

17 Ivezaj V, Grilo CM. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes. rev.* [Internet]. 2018 Jun;19(8):1116–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12685>

18 da Silva HBA, Rossoni CR, Oliveira TMS, Iannuzzi GC, Nakasu MVPN. Percepção da imagem corporal e tolerância alimentar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um Hospital do Sul de Minas Gerais. *Semina cienc. biol. saúde.* [Internet]. 2020 Jul;41(2):123. Disponível em: <http://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n2p123>

- 19 Lacerda RMR, Castanha CR, Castanha AR, Campos JM, Ferraz ÁAB, Vilar L. Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2018 May;45(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>
- 20 Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis.* [Internet]. 1983; 60:115–20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6823524/>
- 21 Natacci LC. *The Three Factor Eating Questionnaire - R21 (TFEQ-R21): tradução, aplicabilidade, comparação e um questionário semiquantitativo de frequência de consumo alimentar e a parâmetros antropométricos.* [Dissertação na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://doi:10.11606/D.5.2009.tde-06042010-174236>
- 22 Di Pietro M, Silveira DX da. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2008 Nov;31(1):21–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- 23 Corrêa RQ, Trindade LMDF, Teles GSS, Moura LF, Melo ACP, Teles CPM. Compulsão alimentar: o antes e o depois da cirurgia bariátrica. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 Oct; 10(14): e68101421698. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21698>
- 24 Carvalho A da S, Rosa R dos S. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2019 Apr; 28(1). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2019.v28n1/e2018260/pt>
- 25 Pinto-Bastos A, de Lourdes M, Brandão I, Machado PPP, Conceição EM. Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surg. obes. relat. dis.* [Internet]. 2019 Jul;15(7):1104–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.04.018>

- 26 Hindle A, De la Piedad Garcia X, Hayden M, O'Brien PE, Brennan L. Pre-operative Restraint and Post-operative Hunger, Disinhibition and Emotional Eating Predict Weight Loss at 2 Years Post-laparoscopic Adjustable Gastric Banding. *Obes Surg* [Internet]. 2020 Jan;30(4):1347–59. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04274-9>
- 27 Engström M, Forsberg A, Sjøvik TT, Olbers T, Lönroth H, Karlsson J. Perception of Control Over Eating After Bariatric Surgery for Super-Obesity—a 2-Year Follow-Up Study. *Obes Surg* [Internet]. 2015 Mar;25(6):1086–93. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s11695-015-1652-4>
- 28 Jumbe S, Hamlet C, Meyrick J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Curr. obes. rep.* [Internet]. 2017 Feb;6(1):71–8. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s13679-017-0242-2>
- 29 Watson C, Riazi A, Ratcliffe D. Exploring the experiences of women who develop restrictive eating behaviours after bariatric surgery. *Obes Surg* [Internet]. 2020 Feb;30(6):2131–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04424-4>
- 30 Caldeira TPD, Domingos NAM, Miyaza MC de OS. Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica/ Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2020;3(1):883-900. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6708>
- 31 Carvalho PHB de, Ferreira MEC. Imagem corporal em homens: instrumentos avaliativos. *Psicol. teor. pesqui.* [Internet]. 2014 Sep;30(3):277–85. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000300005>
- 32 Bertoletti J, Galvis Aparicio MJ, Bordignon S, Trentini CM. Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatr Surg Pract Patient Care* [Internet]. 2019 Jun;14(2):81–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bari.2018.0036>

33 Ferreira AFRP. Avaliação da imagem corporal: validação da escala de silhuetas para cirurgia da obesidade. [Tese na internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/24922>

34 Dias, JCR. Validação das escalas de preocupação com o peso corporal e de estresse percebido. [Tese na internet]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/108723?show=full>



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características sociodemográficas mais frequentes no estudo foram sexo feminino, faixa etária entre 40 e 59 anos, estado civil casado(a) e escolaridade para 12 anos ou mais. A maior frequência de respondentes foi do Sudeste do Brasil e zona urbana. O tempo de preparo pré-operatório mais frequente foi menor que seis meses, com 5 ou mais consultas com nutricionista no pré-operatório e a maioria dos participantes afirmou continuar o acompanhamento.

O *Bypass* gástrico em Y de Roux foi a técnica mais frequente. Esta é a técnica padrão ouro no Brasil e causa alterações benéficas e, a longo prazo, no centro de fome e saciedade, que ajudam na manutenção da perda de peso. Ainda assim, a frequência de reganho de peso tem uma parcela representativa nos resultados da cirurgia bariátrica, incluindo os deste estudo, que contou com pouco mais de 80% de procedimentos de BGYR e registrou mais de 40% de reganho de peso em pessoas com 25 meses ou mais de pós-operatório.

Conforme a recomendação preconizada, a maioria dos respondentes estava com obesidade grau II ou III no IMC pré-operatório. No grupo com 0 a 24 meses, o IMC atual e o menor IMC alcançado apresentaram frequências semelhantes. Já no grupo com 25 meses ou mais, as maiores frequências de menor IMC alcançado foram eutrofia, seguida de sobrepeso, e o IMC atual apresentou maiores frequências em sobrepeso, seguida de obesidade grau I, refletindo aumento de peso a longo prazo.

Foram observadas frequências acima de 80% de insatisfação com a imagem corporal, no pós-operatório recente e tardio, apenas com diferença na frequência do desejo por uma silhueta menor, mais frequente no grupo com 25 meses ou mais de realização da cirurgia. A ausência de distorção de imagem foi mais frequente na amostra, independente do tempo pós-operatório. No entanto, os três graus de distorção de imagem corporal foram mais frequentes no grupo com 25 meses ou mais.

A restrição cognitiva foi o domínio do comportamento com maior frequência, independente do tempo pós-operatório. Todavia, a frequência de alimentação emocional e descontrole alimentar foi, notadamente, maior no pós-operatório tardio, com destaque para alimentação emocional que, entre 0 e 24 meses, resultou na frequência de 6,8% e, entre 25 meses ou mais, 26,2%. Conhecer os comportamentos alimentares, com rastreamento do domínio predominante, em diferentes tempos pós-operatório, oferece possibilidades mais assertivas de intervenção no acompanhamento individual.

A hipótese do estudo, de que a distorção e a insatisfação com a imagem corporal teriam associação com o comportamento alimentar, foi parcialmente comprovada. A distorção de imagem corporal apresentou associação com dois, dos três domínios do comportamento: as pessoas com distorção de imagem tiveram maiores probabilidades de desenvolver alimentação emocional e menores probabilidades de desenvolver restrição cognitiva, segundo as razões de prevalência, porém, a distorção de imagem corporal não apresentou associação com descontrole alimentar e nenhuma associação foi encontrada entre insatisfação com a imagem corporal e os domínios do comportamento alimentar nessa amostra apesar das frequências acima de 80%.

Esse resultado pode refletir como a distorção e a insatisfação com a imagem corporal influenciam no comportamento alimentar de formas diferentes. Sugere-se que outros instrumentos de avaliação de imagem corporal sejam testados, uma vez que a não especificidade da Escala de Silhuetas pode ter influenciado nos resultados.

Outra temática relevante a ser trabalhada refere-se ao excesso de pele resultante da perda de peso. Alguns pacientes apresentam perspectivas irreais de mudança corporal, outros têm maior dificuldade na readaptação da percepção do tamanho e da forma corporal. Portanto, intervenções que busquem, desde a exploração de sentimentos de vergonha e aceitação da imagem corporal, até a redução da distorção corporal, podem beneficiar os indivíduos e favorecer a evolução pós-operatória.

Os resultados deste estudo forneceram informações úteis para compreensão da diferença entre a insatisfação com a imagem corporal e a distorção de imagem corporal e de três diferentes domínios do comportamento alimentar disfuncional, bem como elucidou achados da literatura que trazem relatos de diferentes desfechos de associações entre eles. São necessários mais estudos prospectivos e longitudinais que analisem o curso desses comportamentos, acompanhando a evolução, do pré-operatório ao pós-operatório, para avaliar possíveis relações entre intervenção e melhores resultados.

Por todo exposto, observa-se que o tratamento de pessoas com obesidade é complexo e desafiador, principalmente após a realização de uma intervenção cirúrgica, como a cirurgia bariátrica. Compreender a obesidade como uma condição crônica que não tem cura, apenas controle clínico, expõe que o principal adversário do tratamento não é a perda de peso, mas a sua manutenção em longo prazo.

**REFERÊNCIAS**

- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012, apr.). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>
- Alvarenga M., & Koritar, P. (2016). Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In Alvarenga, M. Figueiredo, M. Timerman, F., & Antonaccio, C. (Eds.), *Nutrição Comportamental*. (1ª ed. pp. 101-163). Manole.
- Bardal, A. G., Ceccatto, V., & Mezzomo, T. R. (2016). Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Scientia Medica*, 26(4), 24224. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24224>
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(2), 547–554. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702005000200020>
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(1), 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>
- Bertoletti, J., Aparicio, M. J. G., Bordignon, S., & Trentini, C. M. (2019). Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14(2), 81–92. <https://doi.org/10.1089/bari.2018.0036>
- Bezerra, I. N., Vasconcelos, T. M., Cavalcante, J. B., Yokoo, E. M., Pereira, R. A., & Sichieri, R. (2021). Evolução do consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil de 2008–2009 a 2017–2018. *Revista de Saúde Pública*, 55(Supl.1), 1–11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003221>
- Bianciardi, E., Lorenzo, G. D., Niolu, C., Betrò, S., Zerbin, F., Gentileschi, P., & Siracusano, A. (2019). Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric

- surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Rivista Di Psichiatria*, 54(1), 8–17. <https://doi.org/10.1708/3104.30935>
- Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. C., & Ferreira, M. E. (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: interações socioculturais. *Motricidade*, 9(3), 82-95. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273028912010>
- Conselho Federal de Medicina. (2016, 13 jan.). Resolução CFM nº 2.131/2015. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>
- Costa, A. C., Vasconcelos, A. J. R. de, Coelho, M. D. G., & Ferreira, G. (2022). Incidência de reganho de peso em grupo de pacientes pós cirurgia bariátrica e fatores associados. *Research, Society and Development*, 11(9). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31420>
- Dâmaso, A. & Campos, R. Obesidade é uma doença e deve ser tratada como tal. (2021, 03 de março). *Departamento de Enfermagem Clínica Cirúrgica, UNIFESP*. <https://sp.unifesp.br/epe/clinica-cirurgica/noticias/diamundial-obesidade-2021>
- de Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., Souza, M. F. C. de, & Conceição, A. M. dos S. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(63), 187–196. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/516>
- de Lourdes, M., Cerqueira, L., Pinto-Bastos, A., Marôco, J., Palmeira, L., Brandão, I., Vaz, A. R., & Conceição, E. (2021). Understanding Uncontrolled Eating after Bariatric Surgery: The Role of Excessive Skin and Body Image Shame. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2967. <https://doi.org/10.3390/jcm10132967>
- Engström, M., Forsberg, A., Søvik, T. T., Olbers, T., Lönroth, H., & Karlsson, J. (2015). Perception of Control Over Eating After Bariatric Surgery for Super-Obesity—a 2-Year

- Follow-Up Study. *Obesity Surgery*, 25(6), 1086–1093. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1652-4>
- Félix, M. J. Mendes, P. & Pereira, A. M. G. R. (2022). Evolução ponderal após cirurgia bariátrica – Revisão sistemática da literatura. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 28, 64-70. <https://doi.org/10.21011/apn.2022.2812>
- Floriano, A. L. S., Lemos, A. C. dos A. B., Rangel, F. K. dos S., Amaral, J. O., Jesus, L. S. de, Durães, M. S., Maquiné, M. E. F., & Corrêa, M. I. (2021). Comparação entre as principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade: revisão da literatura / *Comparison between the major surgical techniques for the treatment of obesity: literature review. Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 26410–26420. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-223>
- Geller, S., Dahan, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S., & Abu-Abeid, S. (2019). Body Image and Emotional Eating as Predictors of Psychological Distress Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 30(4), 1417–1423. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04309-1>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa nacional de saúde: 2019*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
- Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116–1140. <https://doi.org/10.1111/obr.12685>
- Jumbe, S., Hamlet, C., & Meyrick, J. (2017). Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Current Obesity Reports*, 6(1), 71–78. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0242-2>

- Kyle, T. K., Dhurandhar, E. J., & Allison, D. B. (2016). Regarding Obesity as a Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45(3), 511–520.  
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004>
- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, Á. A. B., & Vilar, L. (2018). Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(2). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>
- Lent, M. R., Campbell, L. K., Kelly, M. C., Lawson, J. L., Murakami, J. M., Gorrell, S., Wood, G. C., Yohn, M. M., Ranck, S., Petrick, A. T., Cunningham, K., LaMotte, M. E., & Still, C. D. (2019). The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial. *PLOS ONE*, 14(10).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223885>
- Marchesini, S. D., & Antunes, M. C. (2020). Fatores grupais e sociais que influenciam no reganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 100-108.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&nrm=iso)
- Natacci, L. C., & Ferreira Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24, 383–394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
- Novelle, J. M., & Alvarenga, M. S. (2016). Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 262–285.  
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000133>
- Pollack, A. (2013, June 18). A.M.A. Recognizes Obesity as a Disease. *The New York Times*.  
<http://nyti.ms/1Guko03>

- Rabacow, F. M., Azeredo, C. M., & Rezende, L. F. M. (2019). Deaths Attributable to High Body Mass in Brazil. *Preventing Chronic Disease*, 16. <https://doi.org/10.5888/pcd16.190143>
- Rebouças, B. V. L., Vasconcelos, T. M. de, Sousa, M. H. L., Sichieri, R., & Bezerra, I. N. (2022). Acquisition of food for away-from-home consumption in Brazil between 2002 and 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(8), 3319–3329. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04632022>
- Rodrigues, R. C. B., Paracampo, C. C. P., Sá, N. N. B. de, Costa, G. T. S. da, Silva, I. M. F. da, & Santos, B. M. de S. (2023). Frequência de distorção e insatisfação com a imagem corporal em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica no Brasil. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 17(107), 200-213. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2227>
- Santin, F., Gabe, K. T., Levy, R. B., & Jaime, P. C. (2022). Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118821>
- Santolin, C. B. (2021). História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 25(3). <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045>
- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. *Association for Research in Nervous & Mental Disease*, 60, 115-120.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2017, 5 out.). Cirurgia Bariátrica – Técnicas Cirúrgicas. <https://www.scbcm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>



- Vaz, D. S. S., & Bennemann, R. M. (2014). Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Uningá Review*, 20(1).  
<https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1557/1168>
- Watson, C., Riazi, A., & Ratcliffe, D. (2020). Exploring the Experiences of Women Who Develop Restrictive Eating Behaviours After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 30(6), 2131–2139. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04424-4>
- Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424–441.  
<https://doi.org/10.1159/000454837>
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Health Organization. (2021, June 9). *Obesity and Overweight*. World Health organization; WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Atlas 2022. (2022, march). [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2022.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf)
- Zeve, J. L. de M., Novais, P. O., & Oliveira Júnior, N. de. (2012). Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde*, 5(2), 132–140.  
<https://doi.org/10.15448/1983-652X.2012.2.10966>

## APÊNDICE 1 – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos**”, integrante do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, sob a linha de pesquisa de Processos Comportamentais Complexos, cuja pesquisadora responsável é **Renata Cristina Bezerra Rodrigues**, nutricionista, CRN nº 11653, sob orientação da orientadora Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá.

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Descrever as características sociodemográficas.
2. Identificar os padrões do comportamento alimentar.
3. Identificar o grau de satisfação com a imagem corporal.
4. Relacionar os padrões do comportamento alimentar com a satisfação com a imagem corporal.

Caso concorde em participar, sua participação nesta pesquisa consistirá em

1. Assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obrigatório, que autoriza a utilização dos dados coletados e garante o respeito pela dignidade e pela especial proteção devida aos participantes da pesquisa, respeitando todas as normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.
2. Responder ao questionário referente ao seu perfil sociodemográfico e informações sobre a cirurgia, o tempo e evolução pós-operatória, e como foi a perda de peso ao longo do tempo.
3. Responder ao questionário Three Factor Eating Questionnaire (Questionário dos Três Fatores Alimentares), composto por 21 itens de múltipla escolha sobre comportamento alimentar.
4. Responder ao questionário Body Shape Questionnaire (BSQ), composto por 34 itens de múltipla escolha sobre satisfação com a imagem corporal.

Em cumprimento à resolução 466/12 do CNS e anexo II da Norma Operacional da CNS 001/2013, a pesquisadora responsável assinou um Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), como compromisso em manter a confidencialidade sobre os dados coletados e que, ao publicar os resultados, manterá o anonimato dos participantes cujos dados foram pesquisados.

Riscos: toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. No entanto, não há previsão de possíveis danos aos participantes desta pesquisa. Res. 466/12-CNS, IV.3.b.).

Benefícios: antes da coleta de dados não podem ser afirmados os benefícios da pesquisa. Os benefícios esperados serão posteriores, e a sua participação como voluntário possibilitará a realização deste estudo, cuja população beneficiada será de pessoas que fizeram cirurgia bariátrica. Com os resultados, as informações poderão ser usadas para:

1. Assistência e acompanhamento dos pacientes, possibilitando a utilização de estratégias seguras, que vão interferir positivamente no pós-operatório e na qualidade de vida dos mesmos.
1. Elaboração de ferramentas específicas, utilizadas em intervenções por profissionais da saúde.
2. Sobre o comportamento alimentar, os resultados poderão auxiliar no pré e pós-operatório, a fim de evitar episódios de restrição ou compulsão alimentar e alimentação emocional.
3. Sobre autoimagem corporal, os resultados poderão auxiliar na conscientização das mudanças corporais decorrentes da perda de peso, falando sobre a imagem corporal desejada e a possível, podendo reduzir ou evitar frustrações futuras, que prejudicariam a evolução após a cirurgia.
4. Os resultados poderão dar base para novas pesquisas com objetivos semelhantes.

Serão obedecidas os procedimentos do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para coleta de dados em ambiente virtual (utilização da internet e Google Forms®) visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes. Sugere-se expressamente que O (A) Sr(a) guarde em

seus arquivos uma cópia do documento eletrônico, solicitado no final da pesquisa, mediante conclusão e disponibilização de um e-mail para envio do mesmo.

Enquanto voluntário, são seus direitos:

1. Não responder qualquer questão, mesmo dita como obrigatória, sem necessidade de explicação ou justificativa, e retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa.
2. Em caso desistência, a qualquer momento antes da finalização da pesquisa, será automaticamente retirado o consentimento de utilização dos dados e estes não ficarão salvos.
3. Após finalização, não será possível excluir as suas respostas, nem retirar o consentimento da utilização, pois os dados são salvos anônimos e não terá registro com associação ao participante.
4. Na descrição deste TCLE O(A) Sr(a) tem acesso ao conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados nos questionários), no entanto, só terá acesso às perguntas após seu consentimento.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). Os dados serão armazenados em pendrive e no banco de dados virtual One Drive, protegidos por senha e de acesso restrito aos pesquisadores cadastrados desta pesquisa.

Garantimos ao(à) Sr(a) ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não haja despesas previstas (Item IV.3.g, da Res. CNS nº. 466 de 2012). A participação neste projeto não submeterá os pacientes a um tratamento e não causará nenhum gasto ou prejuízo com relação a qualquer procedimento médico-clínico-terapêutico.

O(A) Sr(a) não receberá remuneração ou recompensa, sendo sua participação totalmente voluntária. O (A) Sr (a) receberá uma cópia deste termo, com telefone e endereço dos pesquisadores, para tirar dúvidas sobre o projeto, ou sua participação, a qualquer momento.

Pesquisadora responsável pelo projeto: Renata Cristina Bezerra Rodrigues

Contato do Pesquisador: (91) 3201-8536 - E-mail do Pesquisador: nutri.renatacris@gmail.com

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 – Bairro: Guamá, Belém – PA. CEP: 66075-750

Pesquisadora (orientadora): Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá

Contato: (91) 3201-8536 - E-mail: naizasa@ufpa.br

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), na Universidade Federal do Pará, Av. Perimetral nº1, Portão 2, Prédio 2 – Bairro: Guamá, Belém – PA. CEP: 66075-750

Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, 1º andar, ou pelo telefone: (91) 3201-0961, ou e-mail: cepnmt@ufpa.br

Ressalta-se que não serão introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo - Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS.

Por tudo acima explicado, solicito, então, explicitamente sua autorização para registro e uso das suas respostas, com a garantia de confidencialidade, proteção da imagem e a não estigmatização do Sr.(a) enquanto participante, garantindo a não utilização das suas informações em prejuízo de terceiros em termos de autoestima, prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII).

#### Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

(    ) **CONCORDO**

(    ) **DISCORDO**

## APÊNDICE 2 – TCUD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO  
TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

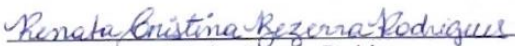
Eu, Renata Cristina Bezerra Rodrigues, CPF nº 006.718.802-84; residente em Belém do Pará; Nutricionista CRN nº 11653/P, responsável pelo projeto de pesquisa sob título “**Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos**”, integrante do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, sob a linha de pesquisa de Processos Comportamentais Complexos, sob orientação da orientadora Profa. Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá, nutricionista, assino esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa, devido caráter remoto da coleta de dados.

Me comprometo em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manter o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados. Declaro, ainda, estar ciente de que é minha responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também me comprometo que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estou ciente do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Me comprometo, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Belém, 01 de dezembro de 2021.

  
Renata Cristina Bezerra Rodrigues  
Pesquisadora Responsável

### APÊNDICE 3 – Questionário sociodemográfico e características cirúrgicas

#### COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SATISFAÇÃO COM A AUTOIMAGEM CORPORAL EM PACIENTES BARIÁTRICOS QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nesse momento da pesquisa são perguntas sobre você, algumas características suas e informações sobre a cirurgia bariátrica que você realizou. Você perceberá que não será solicitada nenhuma informação que permita fazer sua identificação, o que garante a participação anônima. Selecione as respostas que mais se assemelharem à sua realidade.

1. Sexo
  - Feminino
  - Masculino
  - Outro
2. Idade [.....]
3. Estado Civil atual:
  - Solteiro (a)
  - Casado (a)
  - União estável
  - Divorciado (a)
  - Viúvo (a)
4. Seu Estado Civil mudou após a realização da cirurgia? Você acredita que a cirurgia influenciou?
  - Não mudou, não acho que a cirurgia tenha influenciado.
  - Não mudou e acho que a cirurgia influenciou.
  - Mudou, me separei, mas não acho que a cirurgia tenha influenciado.
  - Mudou, me separei e acho que a cirurgia influenciou.
  - Mudou, me casei/união estável, mas não acho que a cirurgia tenha influenciado.
  - Mudou, me casei/união estável e acho que a cirurgia influenciou
5. Estado: [.....]
6. Zona
  - rural
  - Urbana
7. Escolaridade (IBGE)
  - Sem instrução
  - Ensino fundamental incompleto
  - Ensino fundamental completo
  - Ensino médio incompleto
  - Ensino médio completo
  - Ensino superior incompleto
  - Ensino superior completo
8. Renda (IBGE [considere o salário mínimo de R\$ 1.212,00])
  - Até meio salário mínimo
  - Entre meio e 1 salário
  - Entre 1 e 2 salários
  - Entre 2 e 3 salários
  - Entre 3 e 5 salários
  - Acima de 5 salários
9. Qual tipo de procedimento você realizou?
  - Banda gástrica ajustável
  - Gastrectomia vertical ou Sleeve ou Gastrectomia em Manga
  - Bypass gástrico ou Derivação Gástrica em Y de Roux
  - Desvio Bileopancreática ou Duodenal Switch
  - Outro [.....]
  - Não sei informar
10. Há quanto tempo você realizou sua Cirurgia Bariátrica?
  - Menos de 6 meses completos
  - Entre 6 e 12 meses
  - Entre 12 e 18 meses

- Entre 18 e 24 meses  
 Entre 24 e 36 meses  
 Mais de 36 meses
11. Altura: [.....]
- 12.1 Peso atual [.....]
- 12.2 Peso na indicação do procedimento: [.....]
- 12.3 Peso pré-operatório: [.....]
- 12.4 Menor peso alcançado: [.....]
- 12.5 Com quanto tempo, aproximadamente, alcançou o menor peso pós-operatório?
- Menos de 6 meses completos  
 Entre 6 e 12 meses  
 Entre 12 e 18 meses  
 Entre 18 e 24 meses  
 Entre 24 e 36 meses  
 Mais de 36 meses
- 12.6 Se houve ganho de peso, com quanto tempo, aproximadamente, começou a ganhar peso após a cirurgia?
- Menos de 6 meses completos  
 Entre 6 e 12 meses  
 Entre 12 e 18 meses  
 Entre 18 e 24 meses  
 Entre 24 e 36 meses  
 Mais de 36 meses
13. Quanto tempo durou o pré-operatório? Desde a indicação/primeira consulta até o momento da cirurgia.
- Não fiz acompanhamento pré-operatório  
 Menos de 6 meses completos  
 Entre 6 e 12 meses  
 Entre 12 e 18 meses  
 Mais de 18 meses
14. Qual (quais) a(s) indicação(ões) para realização da cirurgia? Pode escolher mais de uma alternativa.
- Perda de peso  
 Controle do diabetes  
 Controle da hipertensão  
 Doença cardíaca, vascular ou similares  
 Problema respiratório, asma, falta de ar ou similares  
 Problemas de articulação, ortopédico ou similares  
 Transtornos alimentares, compulsão alimentar ou similares  
 Ansiedade, depressão, transtornos de humor ou similares  
 Problema gástrico, refluxo gastroesofágico, gastroparesia ou similares  
 Problemas intestinais ou similares  
 Outros: [.....]
15. Qual foi a sua maior motivação a aceitar realizar o procedimento?
- Preocupação com a própria saúde  
 Insatisfação com a imagem corporal  
 Insentivo familiar, de cônjuge ou similares  
 Insistência, ou pressão psicológica, de familiares, cônjuge ou similares.  
 Outra [.....]
16. Quantas consultas com nutricionista você participou antes da cirurgia? [.....]
17. Quantas consultas com psicólogo você participou antes da cirurgia? [.....]
18. Você visitou algum outro profissional antes da cirurgia?  Não  Sim [.....]

**ANEXO 1 – Carta de aceite Artigo 1****CARTA DE ACEITE**

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

---

1

Prezados Autores:

Renata Cristina Bezerra Rodrigues

Carla Cristina Paiva Paracampo

Naiza Nayla Bandeira de Sá

Gleidisom Thyery Souza da Costa

Isis Monteiro Façanha da Silva

Bárbara Martins de Sales Santos

**Artigo Original**

FREQUÊNCIA DE DISTORÇÃO E INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL EM PESSOAS QUE  
FIZERAM CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL

E-mail para correspondência:  
renata.rodrigues@ntpc.ufpa.br

É com muita satisfação que declaro que o trabalho com o título e autores descrito acima foi  
aceito para publicação na Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento - RBONE.

Cordiais Saudações

**Prof. Dr. Francisco Navarro**  
**Editor Chefe**

---

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

São Paulo, 27 de fevereiro de 2023. ISSN 1981-9919 Versão Eletrônica

www.rbone.com.br

**ANEXO 2 – The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21)**

Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos  
The Three Factor Eating Questionnaire  
Questionário dos Três Fatores Alimentares

Esta seção contém declarações e perguntas sobre hábitos alimentares e sensação de fome.

Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

3. Às vezes, quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato.



- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

10. Quando me sinto solitário (a), me consolo comendo.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?

- Quase nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Quase sempre

18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?

- Não estou disposto(a)

- Estou um pouco disposto(a)
- Estou relativamente bem disposto(a)
- Estou muito disposto(a)

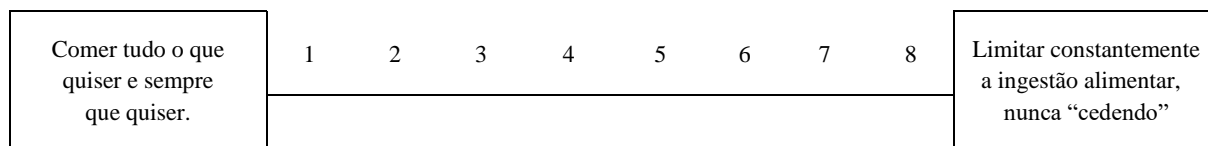
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Pelo menos 1 vez por semana

20. Com qual frequência você fica com fome?

- Somente nos horários das refeições
- Às vezes entre as refeições
- Frequentemente entre as refeições
- Quase sempre

21. Em uma escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?



**ANEXO 3 – Body Shape Questionnaire – (BSQ)**

Comportamento alimentar e satisfação com a autoimagem corporal em pacientes Bariátricos  
Body Shape Questionnaire - BSQ  
Questionário Sobre a Forma Do Corpo

Responda as questões abaixo sobre como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas.

1. Sentir-se entediado (a) faz você preocupar-se com a forma física?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
2. Sua preocupação com a forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do corpo?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
5. Você anda preocupado (a) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir estomago cheio, você se preocupa em ter engordado?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
7. Você se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre
  
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?  
 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente

6–Sempre

9. Estar com pessoas magras do mesmo gênero que você faz você reparar em sua forma física?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo gênero que o seu, e ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

14. Ao estar nua (nu), por exemplo ao tomar banho, você se sente gorda (o)?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com a sua forma física?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?

- 1–Nunca  
 2–Raramente  
 3–Às vezes  
 4–Frequentemente  
 5–Muito frequentemente  
 6–Sempre

17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?

- 1–Nunca  
 2–Raramente

- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

19. Você se sente muito grande e arredondado?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

20. Você sente vergonha do seu corpo?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

21. A preocupação com sua forma física a (o) leva a fazer dieta?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estomago está vazio (por exemplo, pela manhã)?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

23. Você acredita que a sua forma física se deva a sua falta de controle?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estomago?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo gênero que o seu sejam mais magras que você?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes

- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco do ônibus)?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

30. Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

32. Você já tomou laxante para se sentir mais magra (o)?

- 1-Nunca
- 2-Raramente
- 3-Às vezes
- 4-Frequentemente
- 5-Muito frequentemente
- 6-Sempre

ANEXO 4 – Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983).

