

**IMAGEM CORPORAL PÓS-BARIÁTRICA:
RELAÇÃO COM INSATISFAÇÃO CORPORAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Cecilia Pereira Silva¹, Fabiana de Souza Silva¹, Laís Moreira Borges Araújo²
Adriano Silva Soares Guimarães³

RESUMO

Introdução e objetivo: Com o advento da sedentarização do homem até o atual desenvolvimento mundo contemporâneo, a obesidade tem tomado para si um espaço cada vez maior na nossa sociedade, sendo hoje a realidade de mais da metade dos brasileiros. Em virtude disso, o presente estudo possui o objetivo de avaliar o impacto após a realização da cirurgia bariátrica na mudança drástica da imagem corporal e nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes obesos. **Materiais e métodos:** foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Escala HAD e a Escala Brasileira de Figuras de Silhuetas para Adultos a 83 pacientes. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para Windows. **Resultados:** os resultados obtidos revelaram relação entre o índice de insatisfação corporal e o IMC real do paciente, além de mostrar que quanto maior era a insatisfação, maior foi o índice de distorção de imagem. Ademais, o estudo revelou moderada prevalência de ansiedade nos pacientes após o procedimento. **Conclusão:** a diante dos resultados apresentados, sugere-se que a imagem corporal pós cirurgia bariátrica está passível de diferentes graus de distorção, o que pode ocasionar em sintomatologias depressivas e ansiosas no paciente. Entretanto, o processo de perda de peso é multifatorial, logo, o procedimento cirúrgico, mesmo possuindo um impacto significativo, não pode ser considerado como um fator isolado.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Imagem corporal. Obesidade.

1 - Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

2 - Doutora em Promoção da Saúde; Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

3 - Médico especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital das Clínicas-UFMG, Brasil.

ABSTRACT

Post-bariatric body image: relationship with body dissatisfaction, anxiety and depression

Introduction and objective: With the advent of sedentarization of man until the current development of the contemporary world, obesity has taken for itself an increasing space in our society, being today the reality of more than half of Brazilians. As a result, the present study aims to evaluate the impact after bariatric surgery on the drastic change in body image and on the levels of anxiety and depression in obese patients. **Materials and Methods:** a sociodemographic questionnaire, the HAD Scale and the Brazilian Scale of Figures for Adults were applied to 83 patients. **Statistical analysis of the data obtained** was performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 20.0 for Windows. **Results:** the results obtained revealed a relationship between the body dissatisfaction index and the patient's actual BMI, in addition to showing that the greater the dissatisfaction, the greater the image distortion index. Furthermore, the study revealed a moderate prevalence of anxiety in patients after the procedure. **Conclusion:** in view of the results presented, it is suggested that the body image after bariatric surgery is subject to different degrees of distortion, which can lead to depressive and anxious symptoms in the patient. However, the weight loss process is multifactorial, so the surgical procedure, even having a significant impact, cannot be considered as an isolated factor.

Key words: Bariatric surgery. Body image. Obesity.

E-mail dos autores:

ceciliaps@unipam.edu.br

fabianasouza@unipam.edu.br

laismba@unipam.edu.br

adriano_ssg@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) divulgou que, nos últimos 10 anos, a taxa de prevalência de obesidade no Brasil excedeu de 11% da população em 2006 para 18,9% em 2016, sendo um indicativo para o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT (Brasil, 2020).

Ademais, no contexto vigente, essa patologia pode ser classificada como a doença do século devido seu caráter global e atual, tendo números crescentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Nietlispach, 2019).

Classificada como uma doença crônica, a obesidade caracteriza-se pelo acúmulo demasiado de gordura corporal e apresenta uma complexa etiologia multifatorial, a qual envolve fatores socioambientais, genéticos, metabólicos, culturais e psíquicos.

A obesidade vai além de um mero desequilíbrio no gasto energético em relação à ingestão calórica, as pesquisas recentes têm apontado que a doença está relacionada a fatores diversificados como o peso ao nascer, o uso de medicamentos pregressos, o tabagismo, o tempo de sono e de trabalho, as mudanças na rotina e a exposição ao estresse.

A obesidade está constantemente ligada a inúmeras enfermidades, sobretudo como um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, diabetes, transtornos musculoesqueléticos e algumas formas de câncer (Bertoletti, 2018).

Nesse ínterim, o índice de massa corporal avalia o nível de obesidade segundo a relação peso e altura, utilizando os seguintes parâmetros: desnutrição (abaixo de 18,5 kg/m²), normalidade (18,5 kg/m² a 24,5 kg/m²), sobrepeso (25,0 kg/m² a 29,9 kg/m²) e obesidade (acima de 30,0 kg/m²), além da obesidade mórbida (acima de 40 kg/m²).

No Brasil, de acordo com a Pesquisa de vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) o país possui cerca de 55,4% de adultos com excesso de peso e 19,8% dos brasileiros possui o IMC maior do que 30kg/m² (Silva, 2021).

Diante do exposto, percebe-se uma preocupação com os inúmeros problemas decorrentes do excesso de peso, tais como o aumento das comorbidades, a diminuição da

expectativa de vida e as repercussões psicossociais.

O tratamento de obesidade contém algumas vertentes distintas de abordagem, tais como a reeducação alimentar, a prática de atividades físicas, o acompanhamento psicológico e o uso de fármacos.

Por fim, no caso de falha nesses métodos pode ser empregado a abordagem cirúrgica (Silva e colaboradores, 2020).

Assim, a cirurgia bariátrica tem se mostrado o tratamento mais promissor para a perda e manutenção de peso em médio prazo (Ferreira, 2018).

O perfil mais prevalente dos pacientes que são submetidos à essa cirurgia é composto por mulheres com obesidade mórbida, com idade média de 37 anos que possuíam alguma comorbidade associada, sendo a mais comum a hipertensão arterial sistêmica (Silva e colaboradores, 2015).

Os critérios de elegibilidade para o procedimento, conforme a Resolução nº2.131/15 do Conselho Federal de Medicina (CFM), são: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 kg/m², IMC superior a 35 kg/m² quando existem comorbidades médicas associadas ou IMC entre 30 e 35 kg/m² desde que possua doenças relacionadas à obesidade com classificação grave (Cerqueira, 2018; Brasil, 2007).

Ao longo dos anos, o número de cirurgias têm elevado devido ao aumento da prevalência da obesidade em todas as faixas etárias e à baixa taxa de adesão aos tratamentos clínicos convencionais pelos pacientes (Ferreira, 2018).

A imagem corporal, conforme Simões e Brandão (2019), é um conceito multidimensional, que abrange o enfoque cognitivo, cultural e fisiológico, sendo definido como a representação interna da aparência externa. Já a insatisfação com a imagem corporal é uma característica psicopatológica definida como um conjunto de pensamentos e sentimentos negativos de uma pessoa sobre o seu corpo. As pessoas obesas possuem maior tendência de apresentar insatisfação com a imagem corporal quando comparadas a sujeitos normoponderais (Ferreira e Pereira, 2018).

Desse modo, a autopercepção negativa que já acompanha o paciente anteriormente a cirurgia, associada à ansiedade, depressão e transtornos

alimentares, faz com que o acompanhamento psicológico seja necessário tanto antes quanto após o procedimento cirúrgico (Silva e colaboradores, 2020).

Em concordância com Moraes e Cantalice (2021), apesar da cirurgia bariátrica apresentar maior eficácia e resultados em menor tempo, ela pode promover perturbações de imagem advinda do emagrecimento drástico e rápido, o que proporciona sofrimento físico e psíquico ao paciente. Isso porque há distorções de imagem relativas ao tamanho e à forma do corpo, associadas à falta de reconhecimento dos limites entre os resultados possíveis e os desejos inalcançáveis.

Lacerda e colaboradores, (2018) apontam em seu estudo que o descontentamento com a imagem corporal pode levar a comportamentos nocivos à saúde, como a adoção de dietas inadequadas e o desenvolvimento de psicopatologias, tais como anorexia, bulimia e dismorfia corporal.

Essa situação se agrava em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, uma vez que esta pode dificultar a aquisição de novos hábitos de vida necessários após o procedimento, proporcionando consequências negativas, como reganho de peso, carências nutricionais e, em casos mais graves, o risco de morte.

Dessa forma, conclui-se que a autopercepção e a satisfação com a imagem corporal são essenciais para a autoestima e autoaceitação.

Logo, entender a respeito da percepção da imagem corporal após a cirurgia bariátrica e os aspectos envolvidos nesse processo certamente possui implicações importantes na prática clínica.

Deste modo, o presente estudo possui o objetivo de avaliar o impacto da realização da cirurgia bariátrica na mudança drástica da imagem corporal e nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes obesos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de junho de 2022 a janeiro de 2023 em cidades do Triângulo Mineiro (Patrocínio, Patos de Minas, Lagoa Formosa, Presidente Olegário, Carmo do Paranaíba).

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas e aprovado, sob o parecer 4.995.135. O Termo de

Consentimento Livre Esclarecido foi obtido de todas as participantes. Os dados foram coletados por meio de três questionários, o primeiro a ser aplicado foi o formulário semiestruturado, contendo 14 tópicos para avaliar as condições socioeconômicas e os dados antropométricos. Posteriormente, aplicou-se a Escala Brasileira de Figuras de Silhuetas para Adultos e, por fim, o paciente recebeu a Escala HAD para marcar as alternativas que melhor o representasse.

O formulário semiestruturado contém 16 tópicos aborda dados pessoais (nome, idade, sexo, estado civil, raça), socioeconômicos (ocupação e renda mensal), escolaridade, dados antropométricos (peso, Índice de Massa Corporal (IMC) pré-operatória e atual, tempo de pós-operatório) e antecedentes pessoais.

Após a realização do questionário sociodemográfico, foi entregue a escala de figuras de silhuetas adaptada por Bertolotti, (2018), a qual possui 25 figuras representativas para a população adulta.

Na escala, as médias de IMC representada por cada figura variam de 12,5 Kg/m² a 72,5 Kg/m², cada figura tem uma diferença de 2,5 Kg/m² em relação a figura seguinte.

Durante a entrevista a escala é apresentada ao indivíduo e este é solicitado a escolher a figura que representa o tamanho ele possuía antes da cirurgia, a que o representa atualmente e a que ele gostaria de ter, além de questioná-lo a respeito de qual a figura representa o tamanho ideal para o seu gênero.

A diferença entre a pontuação que corresponde ao número da figura selecionada para a pergunta “qual figura representa seu corpo atual?” e a pergunta “qual é a figura que representa o tamanho que gostaria ter?” permitiu obter a presença ou a ausência e o nível da insatisfação com a imagem corporal (IIC). Zero indica satisfação com a imagem corporal, resultados entre 1 e 24 indicam IIC, com preferência por corpo de menor volume, 24 a maior insatisfação.

Por fim, a Escala HAD foi utilizada para avaliar a presença de sintomatologia depressiva. Ela é composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, compõe-se de duas subescalas, para ansiedade (HAD-A) e depressão (HAD-D), com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. O escore de 0 a 7 representa a presença improvável de ansiedade e depressão, de 8 a

11 representa uma possibilidade e de 12 a 21 significa que o paciente provavelmente é ansioso ou depressivo.

De acordo com Botega e colaboradores, 1995, HAD-A possui sensibilidade de 93,7% e especificidade de 72,6%, enquanto HAD-D apresenta sensibilidade de 84,6% e especificidade de 90,3%.

Estudou-se uma amostra, de conveniência, composta por indivíduos que realizaram a cirurgia entre os últimos 6 meses a 6 anos, de ambos os sexos, entre 18 e 70 anos. Os critérios de exclusão foram: ser menor de 18 anos, ter realizado a cirurgia a menos de seis meses e residir em uma cidade que não seja do Triângulo Mineiro.

A amostra foi obtida através de uma lista de pacientes fornecida pelo cirurgião do aparelho digestivo da região. A partir de um cálculo amostral com nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e distribuição mais homogênea da população, foram selecionados 111 indivíduos. Os autores do estudo entraram em contato com a amostra obtida, entretanto, 83 participantes aceitaram responder aos questionários, e 28 sorteados se negaram a participar do estudo.

A análise estatística foi realizada através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para Windows. A estatística descritiva consiste no cálculo de

frequências absolutas (n) e relativas (%) e de médias e desvios-padrão (dp). O grau de distorção foi obtido através da diferença do IMC atual (em kg/m²), escolhido pelos pacientes, e o IMC real (em kg/m²).

Para a construção do grau de insatisfação calculou-se a diferença do IMC desejado (em kg/m²) e o IMC atual (kg/m²).

Para avaliar a normalidade do escore de distorção e de insatisfação foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para comparação do escore de insatisfação com o escore de distorção foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson para medir o grau de associação entre pares de variáveis.

Foram aplicados testes de correlação entre as variáveis do estudo para avaliar se há presença de relação entre elas. As conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5% e uma força da verdade de 95% (p=0,05).

RESULTADOS

A amostra do estudo constitui-se de 83 participantes, onde houve predominância de mulheres (92,8%), pessoas brancas (62,6%), casadas (63,9%), com pós-graduação (34,5%), que trabalham em tempo integral (37,4%), com renda de 1 a 3 salários-mínimos (60,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Sexo				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Feminino	77	92,8	92,8	92,8
Masculino	6	7,2	7,2	100,0
Total	83	100,0	100,0	
Cor da pele				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Branca	52	62,6	62,6	62,6
Preta	8	9,6	9,6	72,2
Parda	22	26,5	26,5	98,7
Amarela	1	1,3	1,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Estado civil				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Casado	53	63,9	63,9	63,9
Solteiro	24	28,9	28,9	92,8
Divorciado	3	3,6	3,6	96,4
União estável	2	2,4	2,4	98,8
Viúvo	1	1,2	1,2	100,0
Total	83	100,0	100,0	
Escolaridade				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Fundamental completo	4	4,8	4,8	4,8
Fundamental incompleto	4	4,8	4,8	9,6
Médio completo	22	26,5	26,5	36,1
Médio incompleto	1	1,2	1,2	37,3
Superior completo	15	18,8	18,8	56,1
Superior incompleto	8	9,4	9,4	65,5
Pós-graduação	29	34,5	34,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	
Ocupação				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Autônomo	21	25,3	25,3	25,3
Informal	5	6	6	31,3
Integral	31	37,4	37,4	68,7
Parcial	19	22,9	22,9	91,6
Em benefício	2	2,4	2,4	94
Aposentado	1	1,2	1,2	95,2
Pensionista	2	2,4	2,4	97,6
Dona de casa	1	1,2	1,2	98,8
Nunca trabalhou	1	1,2	1,2	100,0
Total	83	100,0	100,0	
Renda				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Nenhuma renda	2	2,4	2,4	2,4
Até 1/2 salário-mínimo	2	2,4	2,4	4,8
1 A 3 salários-mínimos	50	60,3	60,3	64,9
3 A 6 salários-mínimos	18	21,8	21,8	86,7
6 A 9 salários-mínimos	11	13,3	13,3	100,0

Total	83	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Os resultados da Tabela 2 revelam que houve uma mudança significativa em relação aos dados antropométricos nos participantes. Observa-se uma perda média de 40 kg após a

cirurgia, que reduziu o IMC médio em 22,03 Kg/m², mudando a classificação de obesidade grau III para sobrepeso.

Tabela 2 - Características antropométricas dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

	Altura	Peso atual	IMC atual	Quilogramas perdidos	IMC pré-operatório
Média	1,6538	77,88	28,45	45,69	50,48
Mediana	1,65	74,50	27,3	45,00	42,00
Moda	1,62	85	27	40	42
Desvio padrão	0,06321	16,228	5,630	12,387	56,448

Em relação aos resultados obtidos por meio da aplicação da Escala Brasileira de Figuras de Silhuetas para Adultos, foi possível verificar um predomínio da figura 15 (IMC 47,5) como representação do corpo antes da cirurgia e da figura 9 (IMC 32,5) para representação do corpo atual. O corpo ideal para as mulheres foi representado pela maioria delas pela figura 6

(IMC 25), enquanto os homens preferiram a figura 8 (IMC 30). A figura escolhida como a ideal foi a figura 6 (IMC 25), diante disso, 6,02% participantes gostariam de ter um IMC menor em relação ao que eles consideram como o ideal, já 15,5% da amostra pretende ter um corpo com IMC 4,0 Kg/m² acima do que a figura que eles julgam como ideal (Tabela 3).

Tabela 3- Resultados obtidos com a aplicação da Escala Brasileira de Figuras de Silhuetas para Adultos.

	Qual figura representa seu corpo antes da cirurgia?	Qual figura representa seu corpo atualmente?	Figura que representa o IMC real	Qual figura representa o corpo ideal para o seu sexo?	Qual figura representa o corpo que quer ter?
Média	16,06	8,69	7,31	5,91	6,28
Mediana	16,00	8,00	7,00	6,00	6,00
Moda	15	9	8	6	6
Desvio padrão	2,121	3,154	2,239	1,869	2,261

A Tabela 4 revela que o índice de distorção de imagem teve uma média de 1,3 ponto, ou seja, os participantes se enxergam com um IMC 3,25 Kg/m² maior do que realmente possuem.

O resultado é ainda maior quando o índice de insatisfação é avaliado, tendo em vista que os participantes desejam perder em média 5,78 Kg/m² em seu IMC.

As variáveis são normalmente distribuídas e o coeficiente de correlação das duas amostras é $r = 0.508$, o que mostra uma correlação positiva de grau moderado, logo, quanto maior o índice de insatisfação maior será o índice de distorção.

Ao correlacionar o índice de insatisfação com o IMC atual tem-se que as variáveis são normalmente distribuídas e apresentam um Teste de Pearson com

coeficiente negativo de $r = -0.012$; $p = 0,926$, indicando uma fraca relação de que quanto menor o IMC ideal maior será o nível de insatisfação do participante.

A correlação de Pearson também mostrou que há uma correlação positiva fraca entre IMC antes da cirurgia e insatisfação ($r = 0,097$; $p = 0,433$), correlação negativa fraca entre o corpo que gostaria de ter e a insatisfação ($r = -0,039$; $p = 0,754$), correlação entre negativa fraca entre IMC ideal e insatisfação ($r = -0,037$; $p = 0,771$), correlação positiva moderada entre IMC real e insatisfação ($r = 0,598$; $p < 0,001$).

Pode-se concluir então que, quanto maior o IMC real do paciente, maior será o nível de insatisfação corporal.

Ao relacionar as variáveis da tabela 3 com o Índice de distorção temos, ao aplicar o

teste de Pearson, correlação negativa fraca entre corpo que gostaria de ter e distorção ($r = -0,148$; $p=0,244$), correlação positiva fraca entre IMC ideal e distorção ($r=0,017$; $p=0,899$), correlação positiva fraca entre IMC real e distorção ($r=0,222$; $p=0,081$), correlação

negativa fraca entre IMC atual e distorção ($r = -0,203$; $p=0,110$), correlação positiva fraca entre IMC antes da cirurgia e distorção ($r = 0,152$; $p=0,232$). Conclui-se que as relações estabelecidas com a variável distorção possuem um baixo grau de significância.

Tabela 4 - Índice de distorção de imagem e insatisfação.

	Índice de Distorção	Índice de Insatisfação
Média	1,30	2,31
Mediana	1,50	2,00
Moda	2	2
Desvio padrão	1,788	2,032

Ao analisar os resultados da avaliação do nível de depressão e ansiedade apresentados na Tabela 5, nota-se que é improvável que a maior parte dos participantes possuam algum dos transtornos, entretanto,

possivelmente 10,8% possuem depressão e 20,5% possuem ansiedade. Outrossim, provavelmente 3,6% tenham depressão e 9,6% tenham ansiedade.

Tabela 5 - Resultados da Avaliação do nível de ansiedade e depressão.

Depressão				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Improvável	71	85,5	85,5	85,5
Provável	3	3,6	3,6	89,2
Possível	9	10,8	10,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	
Ansiedade				
Variável	Frequência	(%)	(%) válida	(%) acumulativa
Improvável	58	69,9	69,9	69,9
Provável	8	9,6	9,6	79,5
Possível	17	20,5	20,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

Ao correlacionar as variáveis da tabela acima com a quantidade de peso perdida observou-se uma relação de independência, ou seja, a quantidade de peso perdida não torna o indivíduo mais predisposto a ter um transtorno.

O teste de qui-quadrado de independência mostrou que há associação entre o desenvolvimento de depressão e o grau de distorção de imagem ($X^2(2) = 39,156$; $p=0,001$), e associação entre o desenvolvimento de ansiedade e o grau de insatisfação corporal ($X^2(2) = 40,016$; $p=0,001$).

DISCUSSÃO

Em consonância à análise dos resultados do presente estudo, mostrou-se uma prevalência de pessoas do sexo feminino, brancas e casadas.

Diante disso, nota-se uma compatibilidade com os estudos anteriormente realizados, como em Silva (2020) que apresentou em sua pesquisa uma proporção de que a cada quatro pessoas entrevistadas, três eram mulheres brancas. Ainda nesse estudo, foi encontrado um percentual de 60,9% do estado civil casado.

Além disso, Ribeiro e colaboradores (2018) sugerem que as mulheres brasileiras buscam mais intervenções médicas que os homens, motivadas por uma maior preocupação com sua saúde.

Nesse íterim, há um complexo conjunto de possíveis explicações para a alta prevalência de mulheres submetidas ao procedimento da cirurgia bariátrica.

Em virtude disso, um item que reforça esse alto índice está no componente cultural, o qual impõe uma busca incansável pelo padrão de beleza imposto pela sociedade a mulheres.

Podendo ser confirmado ao longo de toda história por reflexões filosóficas, como Platão que viu a beleza como sinal de superioridade ou pela literatura como no livro "O Retrato de Dorian Gray" de Oscar Wilde que retrata a vaidade e a obsessão pelo belo podem ser colocados acima de qualquer coisa.

Além disso, segundo Nietlispach (2019), essa distribuição desigual também está associada à procura maior de tratamentos médicos para perda de peso por parte das mulheres.

Posteriormente foram analisados os quesitos escolaridade e renda, onde foi detectado um maior número de procedimentos em pessoas com pós-graduação e uma renda de até três salários-mínimos.

Todavia, houve uma discrepância do presente estudo com os inicialmente analisados, como Silva (2020) que coloca o ensino médio completo como o de maior prevalência e Nietlispach (2019) que apontou maior prevalência em pessoas com o ensino superior completo.

Todavia, os números apresentados nessa pesquisa colocaram o ensino superior na terceira colocação, mostrando que quanto maior o grau de estudo mais frequente foi a realização do procedimento.

Ademais, segundo a análise do IMC anterior ao procedimento cirúrgico foi observado uma média de 50,48 kg/m² nos pacientes entrevistados. Referente a isso, vale ressaltar que a legislação operante é a Portaria nº492 de 31 de agosto de 2007, que é resoluta na determinação das diretrizes de prevenção a obesidade e assistência ao portador de obesidade, além de determinar a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave.

Diante de tudo o conteúdo presente na resolução, encontra-se que as indicações para a realização da cirurgia são um IMC maior ou

igual a 40 kg/m² sem comorbidades ou um IMC entre 35 e 40 kg/m² para pessoas com doenças agravantes.

Tendo, portanto, a conclusão de que os entrevistados apresentaram como média um valor próximo do mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde.

No decorrer do processo pós-cirúrgico, observa-se a perda de peso que, normalmente, se dá de maneira rápida e exponencial.

No estudo foi observado uma média de 45 quilos perdidos, todavia, o desvio padrão presente no estudo foi alto, indicando grande variação da quantidade de quilos perdidos nos entrevistados, corroborando com os dados apresentados por Kops (2020), que enfatiza que a perda de peso é apenas um eixo entre os objetivos da realização da cirurgia bariátrica, contando também com o objetivo de resolução das doenças associadas.

Dessa forma, uma perda de peso apenas numericamente menor não significa uma falha terapêutica, uma vez que, fatores como a técnica cirúrgica escolhida, o sexo biológico, a faixa etária e complicações advindas do procedimento podem influenciar na perda de peso. Justificando, portanto, a variação dos quilos perdidos presentes no estudo.

Posteriormente ao processo de perda de peso pós-cirúrgico, torna-se possível analisar o grau de distorção da imagem corporal dos pacientes submetidos a esse procedimento.

De acordo com Nietlispach (2019), a perda de peso das pessoas submetidas a cirurgia bariátrica chega ser de 40% do seu próprio peso no primeiro semestre, mostrando o impacto e a velocidade em que essa perda acontece. Junto a isso, há uma tendência de haver uma insatisfação corporal em todo sexo e idade, que pode variar aumentando no período da adolescência ou sendo diminuído no sexo masculino.

Em virtude disso, o índice de distorção corporal, obtido no presente estudo, possui uma média de 1,3 ponto, o que indica um acréscimo de 3,25 kg/m² ao identificar seu próprio corpo.

Esse acréscimo, pode ser explicado pela forma como se apresentam os resultados da cirurgia bariátrica, uma vez que, ela possui maior eficiência em um tempo reduzido, o que é visto como uma qualidade pela sociedade hodierna caracterizada pela procura cada vez maior por soluções rápidas e fáceis.

Em decorrência desse modo acelerado de resultado, uma consequência é a distorção da imagem corporal devido à falta de reconhecimento do próprio corpo, que advém tanto do sofrimento físico quanto psicológico do processo, o qual esses pacientes perpassam.

Lacerda e colaboradores, (2018) afirmam que apesar de existir uma redução do IMC, a percepção do indivíduo do seu corpo não se altera na mesma velocidade que a perda de peso, necessitando assim de um maior tempo para essa adequação.

Uma revisão sistemática apresentou que o processo de autoconhecimento de características físicas é algo complexo, que abrange não só a imagem corporal, mas também o cuidado com o corpo, tal processo influencia diretamente os fatores psicossociais do paciente, e como consequência, a qualidade de vida (Bertoletti, 2018).

Desse modo, quando não há um processamento correto da percepção real do corpo, o autocuidado sofre uma redução, conseqüentemente, o indivíduo terá uma imagem distorcida e negativa de seu corpo (Mopellier e colaboradores, 2018).

Por conseguinte, o índice de insatisfação corporal teve um resultado discretamente mais elevado em relação ao de distorção, mostrando que os participantes ainda têm o desejo de perder, em média, mais 5,78 kg/m² do IMC atual, o que revela uma relação diretamente proporcional entre o nível de distorção e insatisfação corporal.

O resultado de insatisfação foi o mesmo encontrado por Nietlispach (2019), Kakeshita e Almeida (2006) e Mota, Costa e Almeida (2014), que em seu estudo apontou que todos os participantes desejavam ter um IMC menor que o atual. A primeira autora ainda reforça que o padrão de corpo valorizado por ambos os sexos é o magro, o que reforça o estereótipo de beleza ligado à magreza.

A literatura salienta a existência de uma prevalência de doenças psicológicas nos pacientes pós cirurgia bariátrica, principalmente os distúrbios de humor e de comportamento alimentar. Há também maior incidência de ansiedade, transtornos de personalidade, problemas de autoestima e dependência de álcool e drogas em relação a outras populações.

A análise do nível de depressão e ansiedade mostrou que 30,4% dos pacientes possuem sintomatologia ansiosa e 14,4% demonstraram sintomatologia depressiva,

diferindo do resultado de Almeida, Zanatta e Rezende (2012), que encontraram níveis muito menores dos transtornos.

Com relação ao indicador de ansiedade nota-se que há não uma relação com a quantidade de quilos perdida, resultado que difere ao de Ribeiro e colaboradores, (2018) cuja análise identificaram que quanto maior for a redução maior será a probabilidade de se ter ansiedade. A autora relacionou esse efeito com as flutuações de peso durante o pós-operatório, logo, é válido reforçar a necessidade de que um acompanhamento psicológico prolongado, mesmo quando o procedimento tem o resultado esperado.

Entretanto, ao mostrar no estudo dela a relação entre a distorção e insatisfação corporal com o surgimento de ansiedade e depressão, foi observado similaridades com o presente estudo.

Motta e colaboradores, (2011) associaram a incidência desses transtornos com a desaceleração da perda de peso após 12 meses e a flacidez gerada pelo emagrecimento, além das mudanças sociais que ocorrem decorrentes do processo. Levando isso em consideração, é oportuno ressaltar a importância do acompanhamento psicológico durante toda essa trajetória.

Em contrapartida, é válido ressaltar que a literatura não apresenta um consenso sobre a relação direta entre a perda de peso e a imagem corporal.

Isso se deve, ao fato de existirem algumas variáveis que interferem nessa relação, como a autoestima, os valores culturais locais, a expectativa da perda de peso e a rede de apoio, uma vez que, esses fatores juntos têm a capacidade de influenciar bastante no resultado da autoimagem (Henriques e Senra, 2022).

Uma das limitações do presente estudo foi a incapacidade de avaliar os indivíduos antes da cirurgia, o que limitou a análise de algumas variáveis, principalmente da de ansiedade e depressão.

Um dos pontos positivos foi o fato da amostra ter sido escolhida de forma aleatória, possibilitando a redução de viés.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, sugere-se que a imagem corporal pós cirurgia bariátrica está passível de diferentes graus de distorção, o que pode ocasionar em

sintomatologias depressivas e ansiosas no paciente.

Entretanto, o processo de perda de peso é multifatorial, logo, o procedimento cirúrgico, mesmo possuindo um impacto significativo, não pode ser considerado como um fator isolado.

Por fim, vale ressaltar a importância de um cuidado psicológico continuado, uma vez que o emagrecimento é um processo difícil e de longo prazo, tendo a psicologia um papel fundamental durante esse período, uma vez que ajuda o paciente a compreender as mudanças físicas, sociais e psicológicas, identificando e trabalhando em cima de questões que podem se tornar gatilhos para alguns transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- 1-Almeida, S. S.; Zanatta, D. P.; Rezende, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Estudos de Psicologia. Vol. 17. 2012. p. 153-160.
- 2-Bertoletti, J. Imagem corporal e qualidade de vida em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2018.
- 3-Botega, N. J.; e colaboradores. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de saúde pública. Vol. 29. 1995. p. 359-363.
- 4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília. 2020.
- 5-Ministério da Saúde. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave e estabelece os critérios para a sua habilitação. Portaria SAS/MS Nº 492, de 31 de agosto de 2007. Brasília. 2007.
- 6-Cerqueira, A. L. R. Excesso de peles, vergonha da imagem corporal e comportamento alimentar: consequências da cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga. 2018.
- 7-Ferreira, A.; Pereira, A. Avaliação da imagem corporal na cirurgia bariátrica: o contributo português. Psicologia, Saúde & Doenças. Vol. 19. Num. 1. 2018. p. 50-56.
- 8-Ferreira, D. Q. C. Avaliação da neofobia alimentar, imagem corporal e autoestima de adultos submetidos à cirurgia bariátrica. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2018.
- 9-Henriques, J. C. R.; Senra, H. O. A Autoimagem, Regulação Emocional, Ansiedade, Stress e Depressão em Sujeitos com Obesidade, submetidos a Cirurgia Bariátrica. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. 2022.
- 10-Kakeshita, I. S.; Almeida, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. Revista de Saúde Pública. Vol. 40. Num. 3. 2006. p. 497-504.
- 11-Kops, N. L. Fatores associados à perda de peso após cirurgia bariátrica. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2020.
- 12-Lacerda, R.; e colaboradores. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 45. 2018.
- 13-Monpellier, V. M.; e colaboradores. Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases. Vol. 14. Num. 10. 2018. p. 1507-1515.
- 14-Moraes, C.; Cantalice, L. M. Cirurgia bariátrica: um estudo sobre a percepção de imagem corporal de pacientes no período pré e pós-operatório. Revista Ensaios Pioneiros. Vol. 5. Num. 1. 2021. p. 15-27.
- 15-Mota, D. C. L.; Costa, T. M. B.; Almeida, S. S. Imagem corporal, ansiedade e depressão

em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: teoria e prática*. Vol. 16. n. 3. 2014. p. 100-113.

Recebido para publicação em 10/03/2023
Aceito em 01/08/2023

16-Motta, Á. K. F.; e colaboradores. Programa de cirurgia bariátrica: grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. *Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas*. Vol. 10. Num. 2. 2011. p. 21-24.

17-Nietlispach, A. B. Percepção da imagem corporal, ansiedade e depressão em adultos obesos portugueses submetidos a cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Porto. 2019.

18-Ribeiro, G. A. N. A.; e colaboradores. Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. Vol. 31. 2018.

19-Silva, P. T.; e colaboradores. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. Vol. 28. 2015.p. 270-273.

20-Silva, A. M.; e colaboradores. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. *Brazilian Journal of Health Review*. Vol. 4. Num. 2. 2021.p. 4164-4173.

21-Silva, F. G. A autoestima em pacientes no pós-cirúrgico de cirurgia bariátrica. *Brazilian Journal of Development*, Vol. 6. Num. 10. 2020. p. 82792-82805.

22-Silva, H. B. A.; e colaboradores. 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*. Vol. 41. Num. 2. 2020. p. 123-140.

23-Simões, G.; Brandão, I. Impacto da Cirurgia Bariátrica na Imagem Corporal e Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. Vol. 5. Num. 4. 2019. p. 51-61.

Autor correspondente:
Cecília Pereira Silva
Rua Cassimiro Martins dos Santos, nº 1507.
Centro, Patrocínio, Minas Gerais, Brasil.
CEP: 38740-060.