

# IMAGEM CORPORAL: CIRURGIA BARIÁTRICA

## Vanessa Taís Nozaki

Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde; Docente do Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN. E-mail: vanessa.tais@bol.com.br

## Natália Morro Rossi

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: nataliarossi@hotmail.com

**RESUMO:** Atualmente, há forte tendência sociocultural em considerar a magreza como situação ideal de aceitação, autocontrole e competência, entretanto cresce o número de indivíduos obesos e obesos mórbidos em todo o mundo. Dentre os tratamentos desta patologia a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. O objetivo do trabalho foi avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal de indivíduos que se submeteram a esta intervenção há mais de um ano e meio. A população do estudo foi constituída por 15 mulheres e 15 homens de idade entre 20 a 59 anos e 11 meses. Para a avaliação do estado nutricional foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) relatado. A percepção da imagem corporal foi obtida por autoavaliação, através da escala de silhuetas corporais. Para a análise de satisfação corporal foi aplicado o *Body Shape Questionnaire*. Os resultados da pesquisa revelaram que tanto homens quanto mulheres estão satisfeitos com sua imagem corporal e que há pequena evolução em ganho de peso de acordo com o tempo de operado, no grupo feminino, o que confirma a necessidade de acompanhamento multidisciplinar no pós-cirúrgico, envolvendo médico, psicólogo, nutricionista e educador físico, a fim de promover melhora e manutenção do resultado da cirurgia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Imagem Corporal; Cirurgia Bariátrica; Obesidade.

## BODY IMAGE: BARIATRIC SURGERY

**ABSTRACT:** Nowadays, there is a strong sociocultural tendency to consider thinness the ideal situation of acceptance, self-control and competency. However, the number of obese and morbid obese increases all over the world. Among the treatments of this pathology, the bariatric surgery appears to be a great technique to assist the clinical conduction in some cases of obesity. The purpose of the study is to assess the satisfaction with the body image of people who were submitted to this surgery at least one year and a half ago. The study population was constituted by 15 women and 15 men from ages between 20 and 59 years and 11 months old. The nutritional status was valued based on the Body Mass Index (BMI) related. The perception of body image was obtained by self-assessment, by the use of a scale of body silhouettes. The 'Body Shape Questionnaire' was used to analyze the satisfaction concerning the body. The results showed that both women and men are satisfied with their body image and also showed a small evolution in weight gain related to the time elapsed since the operation, in the female group. This confirms the necessity of a multidisciplinary post-surgery follow-up, involving doctor, psychologist, nutritionist and physical educator, in order to promote improvement and maintenance of the result of the surgery.

**KEYWORDS:** Body Image; Bariatric Surgery; Obesity.

## INTRODUÇÃO

Ao estudarmos a evolução histórica da figura feminina, observamos que

a obesidade era apreciada e representada nas artes, ao contrário do que se preconiza atualmente. Há uma forte tendência sociocultural em considerar a magreza como situação ideal de aceitação, autocontrole, competência e superioridade (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2002). É cada vez maior a exigência de aparência magra e formas de emagrecimento em detrimento, muitas vezes, da saúde do indivíduo. Para Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), nossos padrões culturais atuais fazem com que até mesmo indivíduos com peso dentro dos parâmetros de normalidade sintam-se com peso superior ao desejado.

Tais fatores têm afetado, desta forma, a percepção da imagem corporal, que pode ser definida, segundo Schilder (1999), como a visão que o indivíduo produz sobre o próprio corpo na mente. Mataruna (2002) refere que a imagem corporal é a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do próprio indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. Feldenkrais (1977) acredita que a imagem corporal se desenvolve desde o nascimento até a morte e nunca é estática; sofre modificações que implicam na construção contínua, e reconstrução incessante, resultante do processamento de estímulos. De acordo com Damaceno e colaboradores (2005) o processo de formação da imagem corporal pode sofrer influência do sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos, como crença, valores e atitudes inseridos na cultura.

Para Thompson (1996), o conceito de imagem corporal envolve três componentes: o Perceptivo, que está relacionado com a precisão estimada do tamanho e do peso corporal; o Subjetivo, que diz respeito à satisfação e nível de preocupação com a aparência física, e o Comportamental, que envolve situações evitadas nas quais o corpo possa estar em evidência.

Franques e Arenales-Loli (2006) relatam ser muito comum encontrar nos pacientes obesos, em particular nos obesos mórbidos, incapacidade em perceber adequadamente o tamanho de seu corpo, configurando-se em um distúrbio da imagem corporal. A distorção da imagem corporal (DIC) pode ser definida como a preocupação exacerbada com o excesso de peso, frequentemente causando a exclusão de qualquer outra característica pessoal. Experimenta-se grande insatisfação com o corpo, bem como emoções e reações negativas sobre o mesmo. Quanto aos aspectos percentuais da imagem corporal, adultos obesos têm chance até três vezes maior do que a população geral de superestimar seu tamanho, especialmente se foram crianças obesas (SEGAL; CARDEAL; CORDAS, 2002).

Desta forma se confirmam os pressupostos estudados por Daldon (2006), onde se aponta a obesidade como um dos fatores significativos para a alteração da imagem corporal, autoestima, satisfação com a própria imagem, sexualidade e humor, bem como casos de depressão e ansiedade.

A obesidade é uma doença crônica, de custos elevados em todas as áreas da existência humana, individual e social; de etiologia multifatorial com bases biológicas, psicológicas genéticas e ambientais; caracterizada pelo estado de adiposidade na qual a gordura corporal está acima do ideal (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002; SEGAL; CARDEAL; CORDAS, 2002). A Organização Mundial da Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997) classifica a obesidade de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), e esse é defi-

nido pelo peso em quilograma (Kg) dividido pela estatura em metros quadrados. Sendo assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se igual ou superior a 30kg/m<sup>2</sup>.

De acordo com Fandiño e colaboradores (2004), o tratamento desta patologia envolve várias abordagens: nutricional, uso de medicamentos antiobesidade, psicoterapia e prática de exercícios físicos; porém, inúmeros pacientes não respondem a estas manobras terapêuticas, necessitando de intervenção mais eficaz. Desta forma, a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade.

As indicações desta intervenção baseiam-se em análise integral de diversos aspectos do paciente, como: IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup> associado à comorbidades, com no mínimo cinco anos de evolução, que melhoram com a perda de peso. São elas: diabetes melitos e hipertensão arterial, cardiopatias, doenças osteoarticulares, apneia do sono, ausência de doenças endócrinas como causa da obesidade e histórico de falência de tratamentos conservadores antecedentes (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

A revisão da literatura mostra que a imagem corporal não tem sido investigada de forma significativa nas rotinas de tratamento da obesidade, mas observa-se que, na prática, existe um movimento no sentido de acrescentar sua melhora como objetivo do tratamento. Isto se deve tanto às vantagens inerentes em se obter uma imagem corporal mais adequada quanto ao fato de haver melhora nos níveis de aderência terapêutica global (SEGAL; CARDEAL; CORDAS, 2002).

Tal cenário nos induz e justifica a finalidade dessa pesquisa, que foi investigar o nível de satisfação das pessoas com a imagem corporal depois do emagrecimento idealizado por meio da cirurgia bariátrica. Como elas se veem em nível de satisfação com a condição em que se encontram no momento atual, com sua nova imagem corporal e peso.

O objetivo do trabalho foi avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal de indivíduos que se submeteram a esta intervenção há mais de um ano e meio, contribuindo desta forma com a geração de conhecimentos na área e o incremento de informações para pacientes e profissionais envolvidos com a temática.

## 2 MATERIAL E MÉTODO

A população do estudo foi constituída por trinta indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica há mais de um ano e meio, sendo 15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, idade entre 20 a 59 anos e 11 meses.

Esta população foi determinada a partir do referencial do tempo/período estimado para o emagrecimento esperado – um ano e meio. Tal escolha se deve ao fato de ser esse o período em que os indivíduos não mais estão em acentuada diminuição de peso devido à intervenção, fase considerada de estabilidade. Esta população foi localizada por meio do cadastro de uma clínica médica especializada neste tipo de cirurgia, e de uma clínica de psicologia, onde estes são atendidos pelos profissionais na fase de preparação para a cirurgia, bem como no acompanhamento pós-cirúrgico. O primeiro contato com

Tabela 1 Algumas estatísticas descritivas segundo o sexo

	Variável	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo
<b>Mulheres</b>	Idade (Anos)	41,53	11,46	38	-	59	24
	Peso Atual (Kg)	73,07	9,74	74	74	88	55
	Altura (m)	1,64	0,068	1,65	1,65	1,75	1,52
	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27,09	4,98	25,90	23,50	35	17
	Peso Máximo (Kg)	117,93	13,98	118	116	137	80
	Tempo de cirurgia (Anos)	4,57	2,34	4	-	10	2
	Silhueta Atual	5,40	1,72	5	5	8	1
	Silhueta Ideal	3,60	1,35	4	-	6	1
<b>Homens</b>	Idade (Anos)	38,73	11,35	40	32	56	20
	Peso Atual (Kg)	84,67	11,59	83	-	105	69
	Altura (m)	1,72	0,051	1,72	-	1,80	1,63
	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29,04	3,66	28,7	31,7	36	23,7
	Peso Máximo (Kg)	131,8	21,42	129	-	161	102
	Tempo de cirurgia (Anos)	3,90	1,62	3,50	-	7	2
	Silhueta Atual	5,60	1,40	6	6	8	3
	Silhueta Ideal	3,87	0,99	4	4	5	2

os pacientes foi realizado por meio de telefone ou e-mail. A coleta dos dados e a aplicação dos testes foram realizados na residência do indivíduo ou na própria clínica. O tempo de aplicação foi de dez minutos de duração.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa do Cesumar (COPEC) sob o número 203/2007, em reunião realizada em 16/05/2007.

Como fonte primária de informações para a coleta de dados, utilizou-se como instrumento questionário, elaborado pela pesquisadora. Este questionário foi preenchido pela pesquisadora ou pelo pesquisado e obteve informações como nome completo, idade, peso máximo, peso atual, altura e data da cirurgia, a fim de identificar o perfil da população estudada, o tempo de realização da cirurgia bariátrica e análise do IMC relatado. O IMC é obtido pela divisão do peso atual (Kg) pela altura ao quadrado (m<sup>2</sup>). Segundo a classificação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997), indivíduos com IMC (Kg/m<sup>2</sup>) menor que 18,5 - baixo peso; 18,5 a 24,9 - peso adequado; 25 a 29,9 - pré-obeso; 30 a 34,9 - obesidade classe I; 35 a 39,9 - obesidade classe II; e igual ou maior que 40 (Kg/m<sup>2</sup>) - obesidade classe III.

A percepção da imagem corporal foi obtida por autoavaliação, através da escala de silhuetas corporais. Esta escala é composta pelo conjunto de nove silhuetas de cada gênero, com variações progressivas na escala de medida, da figura mais delgada à mais gorda. Quatro categorias diferentes são estabelecidas: baixo peso (silhueta 1), peso adequado (silhuetas 2 à 5), pré-obesidade (silhuetas 6 e 7), e obesidade (silhuetas 8 e 9) (MADRIGAL-FRITSCH et al., 1999). O conjunto de silhuetas foi mostrado aos indivíduos e foram realizadas as seguintes perguntas: Qual é a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente? Qual é a silhueta que você gostaria de ter?

Para a análise de satisfação corporal foi aplicado o *Body*

*Shape Questionnaire* - BSQ (COOPER et al., 1987), teste de autopercepção com 34 perguntas para serem respondidas segundo a legenda, conforme versão traduzida para o português por Cordas e Neves (1999). Este teste avalia as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação pela aparência física e a sensação de "estar gordo". As questões apresentam seis possibilidades de respostas: 1- Nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4- Frequentemente, 5- Muito frequentemente e 6- Sempre. A somatória das respostas gera uma pontuação: menor que 80 é considerada sem insatisfação; entre 80 a 110, insatisfação leve; entre 110 e 140, insatisfação moderada e maior que 140, insatisfação grave.

Após a coleta de dados, iniciaram-se os procedimentos para tabulação e análise do questionário e testes aplicados. A população em estudo foi dividida em dois grupos, de acordo com o gênero. Os instrumentos foram tabulados e submetidos a tratamento estatístico, resultando em demonstrativo qualitativo e quantitativo que traduziram as conclusões sobre a pesquisa. Para complemento da análise dos dados obtidos, foi utilizada a prova de associação pelo Quiquadrado, que considera diferenças significativas com  $p < 0,05$ . Aplicou-se também o teste de correlação, onde valores próximos de ( $r=1$ ) são considerados correlação significativa. A prova foi aplicada com o objetivo de verificar eventuais associações entre os dois grupos.

### 3 RESULTADOS

Os testes e questionário foram aplicados em 30 indivíduos, sendo 15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta algumas estatísticas descritivas, segundo a variável "sexo" da amostra estudada.

As mulheres apresentaram idade média de 41,53 anos, com desvio padrão de 11,46 anos. A idade mediana é de 38 anos, ou seja, metade das mulheres tem menos de 38 anos,

Tabela 2 Distribuição de frequência considerando a variável classificação IMC, segundo o sexo

Classificação IMC	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Baixo Peso	1	6,67	-	-
Peso Adequado	5	33,33	3	20,00
Pré-obesidade	5	33,33	5	33,33
Obesidade grau I	3	20,00	6	40,00
Obesidade grau II	1	6,67	1	6,67
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

enquanto que a idade máxima é de 59 anos, e a idade mínima é de 24 anos. Constatase ainda que o peso atual médio das mulheres é de 73,07 Kg, com desvio padrão de 9,74 Kg. O peso atual mediano é de 74 Kg, ou seja, metade das mulheres têm peso inferior a 74 Kg, enquanto que a moda vale 74 Kg, ou seja, o peso mais frequente entre as mulheres é 74 Kg.

Os homens apresentam idade média de 38,73 anos, com desvio padrão de 11,35 anos. A idade mediana é de 40 anos, ou seja, metade dos homens tem menos de 40 anos, enquanto que a idade máxima é de 56 anos e a idade mínima é de 20 anos. Constatase ainda que o peso atual médio dos homens é de 84,67 Kg, com desvio padrão de 11,59 Kg. O peso atual mediano é de 83 Kg, ou seja, metade dos homens têm peso inferior a 83 Kg.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequência, considerando a variável classificação do IMC, segundo o sexo, onde 33,33% das mulheres são classificadas em “peso adequado”, enquanto que 20% dos homens são considerados como de peso adequado. Realizando o teste qui-quadrado para averiguar se a proporção de classificação de IMC é a mesma entre homens e mulheres, temos  $p=0,6446$ , ou seja, não houve diferença na classificação do índice de massa corpórea entre homens e mulheres.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequência considerando a variável BSQ, segundo o sexo, onde 53,33% das mulheres são classificadas na categoria “sem insatisfação”, enquanto que no sexo masculino 60% dos homens são considerados como sem insatisfação. Realizando o teste qui-quadrado para averiguar se a proporção de BSQ é a mesma entre homens e mulheres, temos  $p=0,7045$ , ou seja, não houve diferença no grau de insatisfação com a imagem corporal entre

homens e mulheres.

A Figura 1 apresenta a distribuição de frequência em relação às silhuetas atual e ideal para o sexo feminino, onde a maioria das mulheres consideram a silhueta ideal a 3 (26,67%), 4 (26,67%) e a silhueta 5 (20%), enquanto que as silhuetas 5, 6 e 8 são as silhuetas atuais com maiores frequências, correspondendo a 33,33%, 26,67% e 13,33%, respectivamente. Vale a pena comentar que não encontramos nenhuma mulher com as silhuetas 2 e 3.

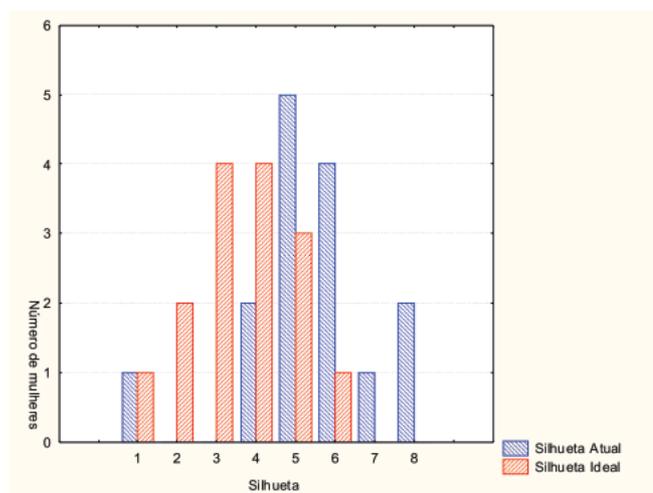


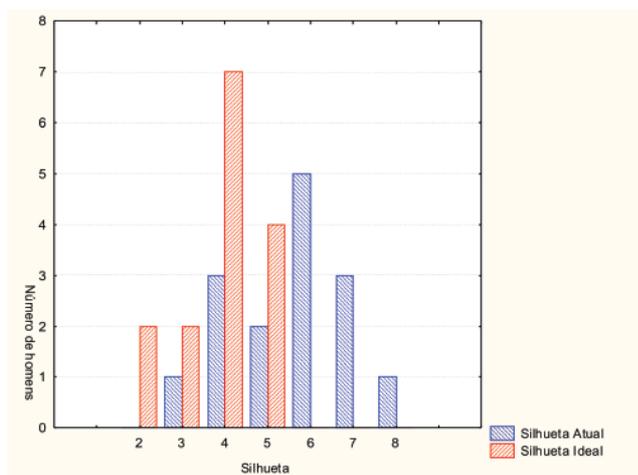
Figura 1 Distribuição da frequência absoluta em relação às silhuetas atual e ideal para o sexo feminino

A Figura 2 apresenta a distribuição de frequência em re-

Tabela 3 Distribuição de frequência considerando a variável BSQ, segundo o sexo

BSQ	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Sem Insatisfação	8	53,33	9	60,00
Insatisfação Leve	3	20,00	4	26,67
Insatisfação Moderada	3	20,00	2	13,33
Insatisfação Grave	1	6,67	-	-
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

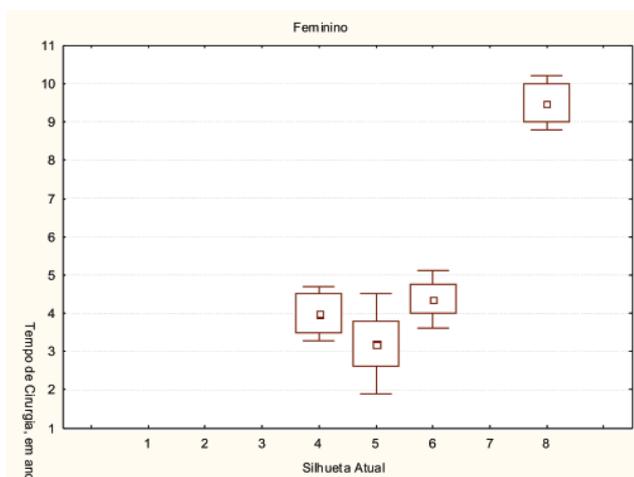
lação às silhuetas atual e ideal para o sexo masculino, onde a maioria dos homens considera ideal as silhuetas 4 (46,67%) e 5 (26,67%), enquanto que as silhuetas 4, 6 e 7 são as silhuetas atuais com maiores frequências, correspondendo a 20%, 33,33% e 20%, respectivamente. Vale a pena comentar que não encontramos nenhum homem com as silhuetas 1 e 2.



**Figura 2** Distribuição de frequência em relação às silhuetas atual e ideal para o sexo masculino

As Figuras 3 e 4 apresentam o Box-plot, considerando a variável “tempo de cirurgia”, em anos, para o sexo masculino e feminino, segundo a silhueta atual, onde, em relação ao sexo feminino, não houve diferenças significativas quanto às silhuetas 1, 4, 5, e 6. Entretanto, as silhuetas 7 e 8 diferem significativamente das demais silhuetas em relação ao tempo de cirurgia, o que indica que conforme o tempo médio de cirurgia aumenta, a silhueta atual também aumenta, demonstrando maior peso percebido pelas mulheres.

No teste de correlação, foram analisadas as variáveis “tempo de cirurgia”, em anos, em relação à silhueta atual do sexo feminino, onde a correlação ( $r=0,7619$ ) é significativa para o tempo de cirurgia. Existe uma correlação entre o tempo de cirurgia e a silhueta atual, ambos aumentam juntos.



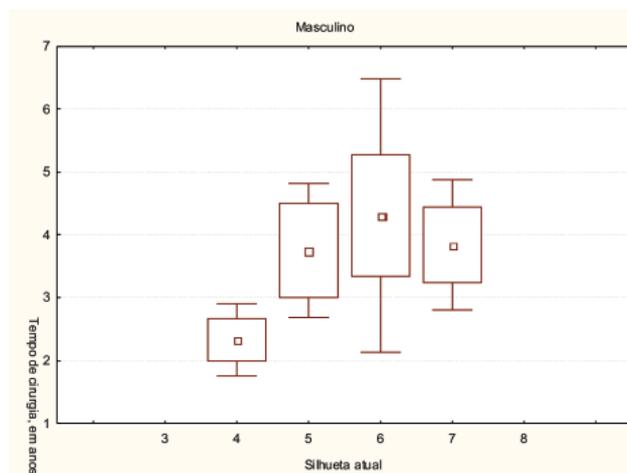
**Figura 3** Box-plot considerando a variável “tempo de cirurgia”, em anos, para o sexo feminino segundo a silhueta atual

Já para o sexo masculino, as silhuetas 3, 4, 5, 6, 7 e 8 não diferem entre si, ou seja, são todas estatisticamente iguais em relação ao tempo de cirurgia, o que indica que conforme o tempo médio de cirurgia aumenta não há aumento da silhueta percebida.

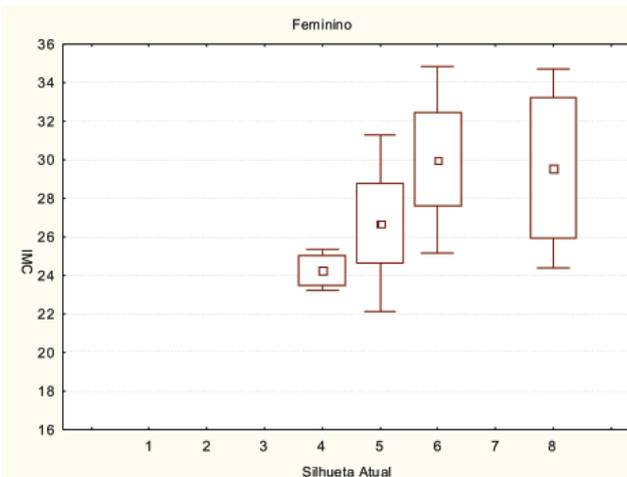
No teste de correlação foram analisadas as variáveis “tempo de cirurgia” em anos e “silhueta atual” do sexo masculino, onde a correlação ( $r=0,1699$ ) não é significativa para o tempo de cirurgia.

As Figuras 5 e 6 apresentam o Box-plot considerando a variável IMC, para o sexo masculino e feminino segundo a silhueta atual, onde em relação ao sexo feminino não houve diferenças significativas quanto às silhuetas 1, 4, 5, 6, 7 e 8, ou seja, são todas estatisticamente iguais em relação ao IMC.

No teste de correlação, foram analisadas as variáveis IMC em relação à silhueta atual do sexo feminino, onde a correlação ( $r=0,62$ ) é significativa para o IMC.



**Figura 4** Box-plot considerando a variável tempo de cirurgia, em anos, para o sexo masculino segundo a silhueta atual



**Figura 5** Box-plot considerando a variável IMC, para o sexo feminino segundo a silhueta atual

Já para o sexo masculino, as silhuetas 4, 5, 6, 7 e 8 não diferem significativamente entre si, enquanto que a silhueta 3 apresenta diferença em relação as demais quanto ao IMC.

No teste de correlação, foram analisadas as variáveis IMC

em relação à silhueta atual do sexo masculino, onde a correlação ( $r=0,2201$ ) não é significativa para o IMC.

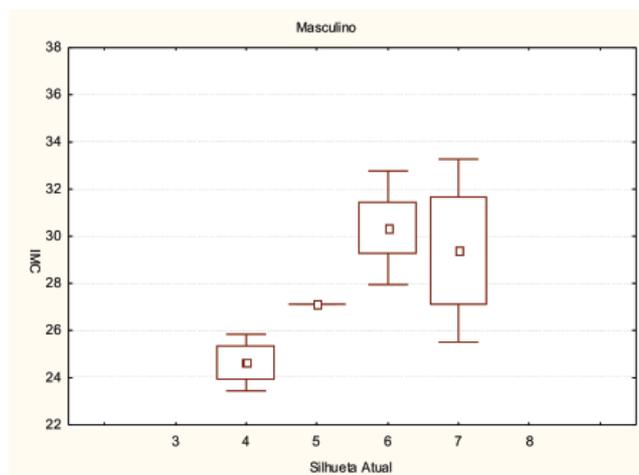


Figura 6 Box-plot considerando a variável IMC para o sexo masculino segundo a silhueta atual

#### 4 DISCUSSÃO

O fato de as silhuetas apontadas como desejáveis estarem em faixas menores de silhueta em relação às apontadas como atuais sugere insatisfação com a imagem corporal, no sentido de que tanto homens como mulheres valorizam os modelos de magreza. Os modelos estéticos exacerbados do culto ao corpo, preconizado pela sociedade atual, influenciam significativamente as percepções da imagem corporal. Tal exaltação da magreza, de forma tirânica, tem gerado grandes transtornos para as pessoas, pois sinalizam culto a corpos tão esguios quanto inalcançáveis pela maioria da população, configurando situação de permanente insatisfação pessoal, inclusive com métodos bastante perversos para obtenção de tais padrões (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Kakeshita e Almeida (2006), em seu estudo realizado com universitários da cidade de Ribeirão Preto - SP, também encontraram silhuetas predominantemente indicadas como ideais as de IMC menor do que das silhuetas representantes do tipo físico atual do indivíduo. Já Damaceno e colaboradores (2005), em sua pesquisa feita com praticantes de caminhada, concluiu que mulheres preferem corpos mais magros e com volume corporal menor do que as recomendações de saúde, enquanto que nos homens houve uma tendência a possuir corpos de maior volume e menor em quantidade de gordura corporal. Homens que se identificavam com a silhueta abaixo da 4 queriam aumentar a silhueta, refletindo o desejo de apresentar maior volume corpóreo

Em relação à insatisfação corporal, as mulheres apresentaram nível de satisfação semelhante ao dos homens: 53,3% e 60,0%, respectivamente. Isso nos mostra que a maioria dos indivíduos que realizaram a cirurgia encontra-se em estado de satisfação com sua imagem atual, pode-se dizer que houve uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas. Estes achados vão confrontar com os resultados do estudo de Damaceno e colaboradores (2005), que verificou insatisfação de 76% entre as mulheres e 82% entre os homens praticantes de caminhada. Já Araújo e Araújo (2003) verificaram maior nível de insa-

tisfação corporal em mulheres, quando comparadas com os homens. Em sua pesquisa com adolescentes, de 14 a 19 anos de ambos os sexos Branco, Hilário e Cintra (2002) encontraram que as adolescentes são mais insatisfeitas com a imagem corporal do que os meninos.

Segal, Cardeal e Cordas (2002) relatam não haver relação direta entre o Índice de Massa Corporal e a distorção da imagem corporal. A relação está presente com o sobrepeso percebido e não com a pré-obesidade real. Entretanto, Almeida, Loureiro e Santos (2002), em seus estudos com mulheres obesas, detectaram a presença de indicadores de comprometimento da imagem corporal, bem como indicadores de auto conceito negativo, associados os sinais de ansiedade, insegurança e sentimentos de inadequação.

Ao analisar o IMC da amostra, encontramos percentual maior de homens com pré-obesidade, obesidade grau I e obesidade grau II em comparação às mulheres. Este resultado é diferente do encontrado por Mahan e Escott-Stump (2002), o qual afirma que a obesidade é mais comum em mulheres do que em homens, sendo mais encontrada nas mulheres mais pobres do que nas mais afortunadas e mais entre homens mais ricos do que entre mais pobres.

O estudo também constatou que a silhueta atual e IMC para o sexo feminino têm correlação significativa com o tempo de cirurgia, o que indica que quanto maior o tempo de cirurgia, maior o peso real e peso percebido pelas mulheres. Já quanto aos homens, não houve correlação significativa entre estas variáveis. Ceneviva e colaboradores (2006) relatam que a cirurgia é preferida tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, em função de seus bons resultados quanto a diminuição de peso, mantidos a longo prazo.

Ceneviva e colaboradores (2006) referem que o tratamento cirúrgico e a perda de peso diminuem a depreciação da imagem corporal, melhoram disposição para o trabalho, promovem melhora nas atividades físicas, sociais e sexuais e aumento da auto estima.

Frode (1990 apud WAIDERGORN; LOPES; ECANGELISTA, 2006) concluiu, em sua pesquisa realizada com pacientes no pré e pós-cirúrgico, que o comportamento psicossocial do paciente é beneficiado significativamente após um ano de cirurgia, e que a variação destes resultados está relacionada diretamente ao grau da diminuição de peso.

#### 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que tanto homens quanto mulheres valorizam os modelos de magreza e que as silhuetas, bem como o peso das mulheres, aumentam de acordo com os anos de cirurgia.

No entanto, o estudo mostra também que há relação entre o tempo de cirurgia e o IMC dos pacientes. Observa-se que há pequena evolução em ganho de peso de acordo com o tempo de operado, o que vem confirmar que a questão da obesidade é patologia de resolução complexa, não sendo a cirurgia estratégia "milagrosa" para estar magro. Confirma-se a necessidade de acompanhamento multidisciplinar no pós-cirúrgico, envolvendo médico, psicólogo, nutricionista e educador físico, a fim de promover melhora e manutenção do resultado da cirurgia. Fica cada vez mais evidente que ninguém emagrece sem se

reorganizar para viver. Ser ou estar magro é tarefa que define como a pessoa quer se relacionar com o mundo. Requer mudança de hábito permanente, mas, acima de tudo, encontrar seu ponto de saciedade, sem abrir mão do prazer alimentar.

Enfim, deve-se buscar definir postura pessoal de maior equilíbrio e integração pessoal, onde o comer deixa de ser a razão de viver. O ingerir alimentos passa a ser uma conduta racional, pincelada em emoções autênticas capazes de ser balizadas pelo desejo e a saciedade.

Mais que tudo o estudo mostra que há muito a se fazer nesta perspectiva de construir um ser humano capaz de selecionar o que lhe faz bem ou mau. Este é o desafio para as equipes multidisciplinares na relação saúde x doença, auxiliando cada pessoa no processo de conhecer-se e estruturar sua imagem corporal de acordo com sua imagem emocional. Não está em jogo se as pessoas são gordas ou magras – queremos mais que tudo chamar a atenção para o que as pessoas estão fazendo com elas próprias quando buscam bem estar e felicidade fora de si mesmo. Viver, amar, comer, são todos verbos do infinitivo pessoal – só falta agora uma estratégia para definir a beleza do caminhar frente à vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.
- ARAÚJO, D. S. M. J.; ARAÚJO, C. G. S. Autopercepção e insatisfação com peso corporal. **Arq Brás Cardiol.**, v. 80, p. 235-242, 2003.
- BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com o seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-300, 2002.
- CENEVIVA, Reginaldo; SILVA, Geruza A.; VIEGAS, Melina M.; SANKARANKUTTY, Ajith Kumar; CHUEIRE, Fernando Bahdur. Cirurgia Bariátrica e Apnéia do Sono. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.2, p.235-245, abr./jun. 2006.
- COOPER, P. J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int. J. Eat Disord.**, v. 6, n. 4, p. 485-494, 1987.
- CORDAS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 41-47, 1999.
- DALDON, M. T. B. **Imagem corporal e sexualidade em mulheres obesas submetidas a tratamento multidisciplinar**. São Paulo, SP: Hospital das Clínicas; Faculdade de Medicina - Usp, 2006. (Projeto de Atendimento ao Obeso - Prato).
- DAMACENO, V. O. et al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 3, p. 181-186, maio/jun. 2005.
- FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
- FELDENKRAIS, M. **Consciência pelo movimento**. São Paulo, SP: Summus, 1977.
- FRANQUES, Á. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade**. São Paulo, SP: Vetor, 2006.
- KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 497-504, jun. 2006.
- MADRIGAL-FRITSCH, H. et al. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, México, v. 41, n. 6, p. 479-486, 1999.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo, SP: Roca, 2002.
- MATARUNA, L. **A imagem corporal sob a ótica fisiológica: analisando as obras de Paul Schilder**. 2002. Monografia (Pós-Graduação em Educação Física) - Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, SP: UNICAMP-FEF, 2002.
- OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999.
- SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDAS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.
- SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, Suppl. 3, p. 68-72, dez. 2002.
- THOMPSON, J. K. **Body Image, Eating Disorders and Obesity**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.
- WAIDERGORN, L.; LOPES, C.; ECANGELISTA, R. O acompanhamento psicológico do obeso mórbido. **Pikhê - R. Cur. Psic. Cent. Univ.**, v. 4, n. 2, p. 74-82, jul./dez. 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1997.

Recebido em: 03 Julho 2008  
Aceito em: 28 Outubro 2009