

Artigo original



Journals  
**BAHIANA**  
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

## Análise da satisfação corporal em mulheres após cirurgia bariátrica e suas alterações psicológicas, comportamentais e alimentares

## Analysis of body satisfaction in women after bariatric surgery and its psychological, behavioral and eating changes

## Análisis de la satisfacción corporal en mujeres tras la cirugía bariátrica y sus cambios psicológicos, conductuales y alimentarios

Jessica Neres Ferreira<sup>1</sup>

Maria Erika Rayanne Silva de Souza<sup>2</sup>

Mariana de Sousa Soares<sup>3</sup>

Zenaide Vasconcelos May Carmo<sup>4</sup>

Adriana Machado-Lima<sup>5</sup>

<sup>1-4</sup>Universidade São Judas Tadeu. (São Paulo). São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup>Autora para correspondência. Universidade São Judas Tadeu. (São Paulo). São Paulo, Brasil. [adrianasaldiba@gmail.com](mailto:adrianasaldiba@gmail.com)

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma doença crônica e de causa multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo. A cirurgia bariátrica é um dos procedimentos indicados para o tratamento da obesidade. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo analisar a satisfação física de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, avaliando a incidência de alterações psicológicas pós-operatórias, comportamentos alimentares, escores de autoestima e compulsão alimentar. **MÉTODOS:** Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089). Trata-se de um estudo de caráter quantitativo com delineamento transversal que foi realizado em um grupo de 39 indivíduos do sexo feminino, com idade entre 27 e 56 anos, que se submeteram à cirurgia bariátrica do tipo *Bypass Gástrico em Y de Roux* há pelo menos 2 anos. Foi utilizado um formulário (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariátrica>) para a coleta dos dados. **RESULTADOS:** A análise dos dados evidenciou que as participantes apresentam sobrepeso e insatisfação corporal, mas manifestam autoestima satisfatória. A maioria das participantes afirma experimentar sentimentos positivos ou negativos quando comem, além de não fazer acompanhamento psicológico. **CONCLUSÃO:** Nota-se a importância do acompanhamento multidisciplinar antes, durante e depois da cirurgia bariátrica para que os resultados sejam duradouros. A terapia cognitivo-comportamental pode ser extremamente eficaz nesse processo, pois atua na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais diante das necessidades individuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade. Bariátrica. Autoestima. Autoimagem.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Obesity is a chronic, multifactorial disease characterized by the excessive accumulation of fat in the body. Bariatric surgery is one of the procedures indicated for the treatment of obesity. **OBJECTIVE:** This study aimed to analyze the physical satisfaction of women undergoing bariatric surgery, assessing the incidence of postoperative psychological changes, eating behaviors, self-esteem scores, and binge eating. **METHODS:** This project was approved by the Ethics Committee of São Judas Tadeu University (CAAE 46628521.5.0000.0089). This is a quantitative cross-sectional study that was carried out on a group of 39 females aged between 27 and 56 who had undergone Roux-en-Y gastric bypass surgery at least two years previously. A form (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariátrica>) was used to collect the data. **RESULTS:** Analysis of the data showed that the participants were overweight and had body dissatisfaction but expressed satisfactory self-esteem. Most of the participants said that they experience positive or negative feelings when they eat, and that they do not receive psychological counseling. **CONCLUSION:** It is important to have multidisciplinary support before, during, and after bariatric surgery so that the results are long-lasting. Cognitive-behavioral therapy can be extremely effective in this process, as it works to modify dysfunctional thoughts and behaviors in the face of individual needs.

**KEYWORDS:** Obesity. Bariatric. Self-esteem. Self-image.

Submetido 20/04/2023, Aceito 31/10/2023, Publicado 18/12/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5207

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5207>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

Como citar este artigo: Ferreira, J. N., Souza, M. E. R. S., Soares, M. S., Carmo, Z. V. M., & Machado-Lima, A. (2023). Análise da satisfação corporal em mulheres após cirurgia bariátrica e suas alterações psicológicas, comportamentais e alimentares. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5207. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5207>



**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el organismo. La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos indicados para el tratamiento de la obesidad. **OBJETIVO:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la satisfacción física de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, evaluando la incidencia de cambios psicológicos postoperatorios, comportamientos alimentarios, puntuaciones de autoestima y atracones. **MÉTODOS:** Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089). Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, realizado en un grupo de 39 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 56 años que habían sido sometidas a cirugía de bypass gástrico en Y de Roux al menos dos años antes. Para la recogida de datos se utilizó un formulario (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariátrica>). **RESULTADOS:** El análisis de los datos mostró que los participantes tenían sobrepeso e insatisfacción corporal, pero expresaron una autoestima satisfactoria. La mayoría de los participantes dijeron que experimentan sentimientos positivos o negativos cuando comen, y que no reciben asesoramiento psicológico. **CONCLUSIÓN:** Es importante recibir asesoramiento multidisciplinar antes, durante y después de la cirugía bariátrica para que los resultados sean duraderos. La terapia cognitivo-conductual puede ser extremadamente eficaz en este proceso, ya que trabaja para modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales frente a las necesidades individuales.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad. Bariátrica. Autoestima. Autoimagen.

## Introdução

A obesidade é caracterizada por um acúmulo excessivo de gordura corporal em um indivíduo, causando complicações em diferentes áreas da vida e atuando como um fator de risco para muitas doenças. Para realizar o diagnóstico em adultos, o parâmetro mais utilizado é o Índice de Massa Corporal (IMC), cujo resultado é obtido por meio da divisão do peso em quilogramas do paciente pela sua altura ao quadrado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o peso de um indivíduo é considerado normal ou adequado quando o cálculo do IMC resulta entre 18,5 e 24,9; quando o IMC está acima de 30, o indivíduo é considerado obeso ([Organização Mundial da Saúde](#), 1995). A obesidade é um importante fator de risco para várias doenças não transmissíveis (DNT), como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral e vários tipos de câncer. O excesso de peso pode estar relacionado à genética de uma pessoa, hábitos alimentares ruins ou inadequados ([Ministério da Saúde](#), 2014; [Organização Mundial da Saúde](#), 1995).

Segundo a Agência IBGE Notícias ([Cabral](#), 2020), a proporção de adultos com obesidade mais que dobrou em 17 anos, passando de 12,2% em 2002 e 2003 para 26,8% em 2019. No mesmo período, a população adulta com excesso de peso subiu de 43,3% para 61,7%, representando quase dois terços dos brasileiros.

Segundo o [Ministério da Saúde](#) (2021), a cirurgia bariátrica é um procedimento realizado para tratar casos graves de obesidade. É denominado “redução do estômago” porque altera a forma original do órgão e reduz sua capacidade de aceitar alimentos, dificultando a absorção do excesso de calorias. O objetivo da cirurgia é tratar a obesidade em pacientes com IMC maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>, ou maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup>, que apresentam complicações como doença cardiovascular, hipertensão arterial e mal controle do diabetes, síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono e doença articular degenerativa ([Allegri](#) et al., 2018).

Ainda segundo a [Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica](#) (2018), as cirurgias realizadas no Brasil aumentaram 46,7% entre 2012 e 2017 devido ao elevado número de pacientes obesos com comorbidades associadas à doença. Em 2017, foram realizadas 105.642 milhões de cirurgias no setor privado. No Sistema Único de Saúde (SUS), o número de cirurgias bariátricas disparou: entre 2008 e 2017, o número de obesos crônicos aumentou 215% ([Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica](#) 2018). Estima-se que esses números tendem a crescer exponencialmente ao longo dos anos. Apesar de sua eficácia em processos metabólicos individuais, diversos efeitos psicológicos relatados após a cirurgia bariátrica têm sido estudados e descritos em pesquisas, como estresse e distúrbios de humor, depressão, ansiedade, compulsão alimentar e até mesmo ideações suicidas, comportamento decorrente da perda de peso súbita. Além disso, a cirurgia pode causar sofrimento psíquico, afetar a forma como os sujeitos se relacionam com o mundo, impactar sua qualidade de vida e influenciar diretamente seu bem-estar físico, mental e emocional ([Fagundes](#) et al., 2016).

A perda de peso súbita em razão da cirurgia bariátrica também pode causar distorções da imagem corporal, fazendo com que os indivíduos apresentem flacidez ou excesso de pele após a retirada de gordura, o que pode prejudicar o reconhecimento de si e causar emoções profundas (Lacerda et al., 2018). Como uma das premissas, a autoestima corresponde à avaliação interna que um indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações experienciadas ao longo de sua vida, sejam elas positivas ou negativas em relação ao conjunto de valores que ele mantém (Schultheisz & Aprile, 2013). A autoestima diz respeito a como uma pessoa se vê e quão bem ela se sente diante daquilo que vê, incluindo sua própria aceitação e projeções relativas às expectativas dos outros. Quando a autoestima se apresenta de forma positiva, tanto na aparência quanto em outras áreas da vida, o indivíduo sente-se confiante, completo e competente, mas quando se apresenta de forma negativa, ele tende a se sentir inseguro, incompleto e despreparado.

Em outra manifestação importante, quando uma pessoa come muito mais do que o necessário para uma alimentação saudável e natural em comparação à maioria das pessoas — por exemplo, em termos de quantidade e do tempo que leva para realizar a refeição —, caracteriza-se uma compulsão. Outra característica distintiva é a falta de controle sobre o que é ingerido, o que pode causar sentimento de tristeza, culpa ou vergonha (Bernardi et al., 2005). A compulsão alimentar é um transtorno que pode estar ligado à depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Em geral, os transtornos alimentares reduzem a qualidade de vida do indivíduo e acarretam dificuldades nas relações sociais, no ambiente de trabalho ou nas tarefas cotidianas (Azevedo et al., 2004). Considerando-se as diferentes manifestações clínicas, principalmente as de natureza psicológica, este estudo teve como objetivo analisar a satisfação física de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica há pelo menos dois anos, além de avaliar a incidência de alterações psicológicas pós-operatórias, comportamentos alimentares, escores de autoestima e compulsão alimentar.

## Método

“Aspectos nutricionais, autoimagem e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica”, submetido ao Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089) e aprovado (Número do Parecer: 4.728.724), é um estudo de caráter quantitativo com delineamento transversal que foi realizado em um grupo de 39 indivíduos do sexo feminino, com idade entre 27 e 56 anos, que se submeteram à cirurgia bariátrica do tipo *Bypass Gástrico em Y de Roux* há pelo menos 2 anos. Sendo 28% solteiras, 46% casadas, 20% em união estável, 3% viúvas e 3% se enquadram em outros tipos de relação não mencionados acima. Referente à renda familiar, 46% relatam receber de 1 a 3 salários mínimos, 36% recebem de 4 a 6 salários mínimos, 15% recebem de 7 a 11 salários mínimos e, por fim, 3% delas recebem mais do que 11 salários mínimos. Deste público, 21% apresentam um peso normal, 41% têm excesso de peso (sobrepeso) e 38% são consideradas obesas. Com relação ao acompanhamento psicológico, 33% fizeram acompanhamento, 41% não fizeram e 26% não fazem, mas têm interesse em realizar.

Em decorrência do modelo adotado nos procedimentos, algumas limitações são identificadas, uma vez que este estudo descreveu a insatisfação corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Nesse sentido, uma das limitações do trabalho é a impossibilidade de estender os resultados obtidos ao público masculino, além de participantes que deixaram de responder algumas questões do formulário, impossibilitando o uso da amostra total obtida com a pesquisa.

As participantes foram selecionadas por conveniência, e a coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foram realizadas em ambiente virtual no ano de 2021. Os dados foram coletados através de um formulário online (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatica>), utilizando os instrumentos destacados abaixo, e posteriormente compilados no *software Excel* e submetidos a tratamento estatístico.

## Questionário de identificação

Neste estudo, foram utilizados questionários socio-demográficos e questionários específicos com questões de múltipla escolha e abertas, elaboradas pelos pesquisadores, relativas à idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos caso tivessem, escolaridade, renda familiar e ocupação. Além disso, era perguntado quando o procedimento foi feito, qual o seu peso e altura atuais e se estavam em acompanhamento psicológico ou se tinham interesse em fazê-lo. Os pesquisadores desenvolveram um questionário específico para este estudo utilizando a escala *Likert*, cuja classificação é: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = ocasionalmente; 4 = frequentemente; 5 = muito frequentemente. As perguntas pontuadas na pesquisa foram: “Os indivíduos pensam que comem conscientemente?”; “com qual frequência comem enquanto assistem TV ou usam telefones celulares?”; “eles comem mais quando estão estressados e ansiosos?”; “a comida cria sentimentos positivos (conforto, contentamento, felicidade, alívio)?”; “a comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, dor)?”; “quão agradável a comida é para o indivíduo?”; “quão maravilhoso ele se sente?”; e “quanto a internet interfere na maneira como ele se vê?”.

## Escala de Autoestima

A Escala de Autoestima foi originalmente desenvolvida por Morris Rosenberg — em inglês, *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) — em 1965 como uma escala global de avaliação de autoestima para 5.024 indivíduos, incluindo estudantes universitários e idosos de York em NSW (New South Wales). [Rosenberg](#) (1965) acreditava que a autoestima é a autoavaliação de um indivíduo, o que significa um sentimento de valor que abarca um componente emocional importante, expresso como uma atitude de aprovação ou desaprovação de si mesmo. Com base nesse conceito, o instrumento é composto por 10 questões sobre sentimentos de respeito e aceitação por si mesmo. Como a escala de autoestima foi desenvolvida para a população norte-americana, a ferramenta precisou ser adaptada para a realidade brasileira, com a tradução para o português dos colaboradores [Dini et al.](#) (2004). Metade dos itens são positivos — as opções de resposta representam os números descritos —, e a outra metade são negativos, cujos números de resposta devem ser: concordo

totalmente = 3; concordo = 2; discordo = 1; discordo totalmente = 0. Após extenso escrutínio, foi necessário traduzir o instrumento de equivalência cultural, pois a autoestima é universal, portanto, cada item pode receber uma pontuação de no mínimo 0 e no máximo 3, mas as afirmações 2, 5, 6, 8 e 9 agora são idênticos aos dados anteriormente citados. Os valores são opostos, portanto, são: concordo totalmente = 0; concordo = 1; discordo = 2; discordo totalmente = 3. A soma das respostas de 10 itens fornece uma pontuação de escala, com pontuações totais variando de 0 a 30, sendo que uma pontuação alta (isto é, entre 15 e 25) reflete autoestima elevada (muito boa); uma pontuação de 25 na escala indica uma autoestima excelente; e uma pontuação menor do que 15 indica baixa autoestima ([Dini et al.](#), 2004).

## Escala de Compulsão Alimentar

A Escala de Compulsão Alimentar, questionário autoaplicável amplamente utilizado em países de língua inglesa, foi utilizado para distinguir indivíduos obesos com base na gravidade da compulsão alimentar ([Freitas et al.](#), 2002). O instrumento é fabricado em três etapas. Primeiramente, foram definidas as características da compulsão alimentar, resultando em um conjunto de 16 itens, destes, oito eram manifestações comportamentais (por exemplo, comer escondido) e oito descreveram sentimentos e cognições associados à compulsão alimentar (por exemplo, sentimento de perda de controle). Na segunda etapa, são construídas afirmações que refletem a gravidade de cada característica e atribuídas pontuações (de 0 a 3). Em uma terceira etapa, o entrevistador utilizou três dimensões para criar uma medida externa de gravidade: frequência de episódios de compulsão alimentar, quantidade de alimentos e intensidade emocional. Esse processo resultou em uma escala *Likert*, composta por 16 itens e 62 afirmações, das quais para cada item, deveria ser selecionada aquela que melhor representasse a resposta de um indivíduo. Cada afirmação corresponde a pontos de 0 a 3, que vão desde a ausência do transtorno de compulsão alimentar periódica (0) até sua ocorrência em gravidade máxima (3). A pontuação final é o resultado da soma das pontuações de cada item. Os indivíduos são classificados de acordo com os seguintes escores: indivíduos com escores menores ou igual a 17 são considerados sem compulsão alimentar; escores entre 18 e 26 são classificados com compulsão alimentar moderada; e escores maiores ou iguais a 27 são classificados com compulsão alimentar grave.

## Escalas de Satisfação Corporal

A Escalas de Satisfação Corporal desenvolvida por Idalina Shiraishi Kakeshita foi utilizada para avaliar a satisfação corporal das participantes. Nesta escala, foi apresentada uma sequência de 15 silhuetas para adultos do sexo feminino e masculino, conforme especificado por [Kakeshita](#) (2008). De acordo com a autora, a escala apresenta um intervalo de 11,25 a 48,75 kg/m<sup>2</sup>, e média de 12 a 47,5 kg/m<sup>2</sup>, com incrementos constantes de 2,5 pontos em cada figura para definição do IMC, em que a participante assinala o número da silhueta que considera semelhante à sua aparência real e também o número daquela que representa o corpo que gostaria de ter. Desse modo, a escala viabiliza a avaliação do nível de satisfação corporal de cada respondente, para o qual resultado é obtido por meio do cálculo da diferença entre a silhueta ideal e a silhueta real ([Miranda et al., 2012](#)).

Segundo [Miranda et al. \(2012\)](#), os valores iguais a zero indicam um índice de satisfação corporal, e aqueles que são diferentes de zero indicam insatisfação corporal, sendo que, os resultados positivos, por sua vez, indicam insatisfação corporal com desejo de ganhar peso, e os valores negativos, um desejo de reduzi-lo. Portanto, a insatisfação corporal será definida a partir da discrepância entre o corpo ideal e o corpo atual.

## Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram compilados no *software Excel* e submetidos a tratamento estatístico, sendo expressos em porcentagem, média e desvio padrão. Foi aplicado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e, em seguida, foi realizada a correlação de *Pearson*. Foi considerado como significativas as correlações com  $p < 0,05$ . Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software GraphPad Prism 9.0*.

## Resultados

**Tabela 1.** Dados descritivos das participantes (n=39)

	Média	Desvio Padrão	Descrição
Idade (anos)	41	8	
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29	4	Sobrepeso (acima do peso desejado)
Peso (Kg)	77	14	
Escalas de satisfação corporal	-2	3	Insatisfação Corporal, com desejo de emagrecer.
Escala de autoestima	22	6	Autoestima satisfatória
Escala de compulsão alimentar	12	7	Sem compulsão alimentar
Tempo de bariátrica (Meses)	53	27	

IMC - Índice de Massa Corporal.  
Fonte: os autores (2023).

Os dados descritivos na Tabela 1 demonstram que a idade das participantes é, em média, de 41 anos. O peso atual médio é de 77 kg e o IMC médio é de 29, considerado como sobrepeso, visto que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que o peso seja considerado normal o IMC deve estar entre 18,5 e 24,9, e para ser considerado obeso, deve estar acima de 30. Já os dados obtidos através da Escala de Autoestima apresentam uma pontuação média de 22, o que indica autoestima satisfatória. Por meio da Escala de Satisfação Corporal foi obtida uma pontuação média de -2, o que significa insatisfação corporal com desejo de perda de peso. Já na Escala de Compulsão Alimentar foi obtida pontuação média 12, constatando que não havia transtorno de compulsão alimentar entre as participantes.

**Tabela 2.** Valores individuais da escala de satisfação corporal, escala de autoestima e da escala de compulsão alimentar (continua)

Part.	Escala de satisfação corporal		Escala de autoestima		Escala de compulsão Alimentar	
	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico
1	-2	Insatisfeita	29	Autoestima Satisfatória	12	Sem compulsão alimentar
2	0	Satisfeita	29	Autoestima Satisfatória	1	Sem compulsão alimentar
3	-4	Insatisfeita	24	Autoestima Satisfatória	12	Sem compulsão alimentar
4	-2	Insatisfeita	12	Autoestima Insatisfatória	17	Sem compulsão alimentar
5	0	Satisfeita	30	Autoestima Satisfatória	2	Sem compulsão alimentar
6	-3	Insatisfeita	22	Autoestima Satisfatória	16	Sem compulsão alimentar
7	-4	Insatisfeita	18	Autoestima Satisfatória	7	Sem compulsão alimentar
8	-1	Insatisfeita	30	Autoestima Satisfatória	4	Sem compulsão alimentar
9	-3	Insatisfeita	27	Autoestima Satisfatória	12	Sem compulsão alimentar
10	-7	Insatisfeita	15	Autoestima Satisfatória	18	Compulsão alimentar moderada
11	0	Satisfeita	11	Autoestima Insatisfatória	8	Sem compulsão alimentar
12	3	Insatisfeita	18	Autoestima Satisfatória	13	Sem compulsão alimentar
13	-2	Insatisfeita	15	Autoestima Satisfatória	15	Sem compulsão alimentar
14	4	Insatisfeita	23	Autoestima Satisfatória	8	Sem compulsão alimentar
15	0	Satisfeita	19	Autoestima Satisfatória	10	Sem compulsão alimentar
16	0	Satisfeita	29	Autoestima Satisfatória	6	Sem compulsão alimentar
17	-9	Insatisfeita	28	Autoestima Satisfatória	5	Sem compulsão alimentar
18	-2	Insatisfeita	27	Autoestima Satisfatória	18	Compulsão alimentar moderada
19	-4	Insatisfeita	16	Autoestima Satisfatória	27	Compulsão alimentar grave
20	-3	Insatisfeita	28	Autoestima Satisfatória	16	Sem compulsão alimentar
21	-2	Insatisfeita	27	Autoestima Satisfatória	25	Compulsão alimentar moderada

**Tabela 2.** Valores individuais da escala de satisfação corporal, escala de autoestima e da escala de compulsão alimentar (conclusão)

Part.	Escala de satisfação corporal		Escala de autoestima		Escala de compulsão Alimentar	
	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico
22	0	Satisfeita	26	Autoestima Satisfatória	8	Sem compulsão alimentar
23	3	Insatisfeita	24	Autoestima Satisfatória	1	Sem compulsão alimentar
24	0	Satisfeita	14	Autoestima Insatisfatória	13	Sem compulsão alimentar
25	1	Insatisfeita	19	Autoestima Satisfatória	14	Sem compulsão alimentar
26	1	Insatisfeita	25	Autoestima Satisfatória	6	Sem compulsão alimentar
27	-4	Insatisfeita	19	Autoestima Satisfatória	12	Sem compulsão alimentar
28	1	Insatisfeita	20	Autoestima Satisfatória	8	Sem compulsão alimentar
29	0	Satisfeita	28	Autoestima Satisfatória	4	Sem compulsão alimentar
30	-4	Insatisfeita	27	Autoestima Satisfatória	15	Sem compulsão alimentar
31	-3	Insatisfeita	22	Autoestima Satisfatória	10	Sem compulsão alimentar
32	-3	Insatisfeita	14	Autoestima Insatisfatória	20	Compulsão alimentar moderada
33	-3	Insatisfeita	26	Autoestima Satisfatória	17	Sem compulsão alimentar
34	-2	Insatisfeita	21	Autoestima Satisfatória	22	Compulsão alimentar moderada
35	4	Insatisfeita	25	Autoestima Satisfatória	8	Sem compulsão alimentar
36	-1	Insatisfeita	13	Autoestima Insatisfatória	23	Compulsão alimentar moderada
37	-4	Insatisfeita	15	Autoestima Satisfatória	18	Compulsão alimentar moderada
38	-3	Insatisfeita	29	Autoestima Satisfatória	6	Sem compulsão alimentar
39	-2	Insatisfeita	28	Autoestima Satisfatória	12	Sem compulsão alimentar

part. - Participante.  
 Fonte: os autores (2023).

A partir dos dados apresentados na Tabela 2, no que se refere à escala de satisfação corporal, é possível afirmar que 79% das entrevistadas evidenciaram insatisfação com a imagem corporal atual, sendo que duas delas apresentam valores bem elevados de insatisfação corporal (-9 e -7), evidenciando um alto desejo de obtenção de um corpo esteticamente magro. Vale ressaltar que oito participantes estavam satisfeitas com a sua imagem corporal (valor = 0), o que equivale a 21% das entrevistadas. Em relação à Escala de Autoestima, nota-se que 32 participantes (82%) apresentam autoestima satisfatória, pontuando de 15 a 30. Dentro desse recorte, duas participantes (5%) pontuaram 30, sugerindo autoestima elevada, porém cinco participantes (13% da amostra) pontuaram valores entre 11 a 13, evidenciando uma autoestima mais baixa do que a média.

De acordo com a escala de compulsão alimentar, 31 participantes (80%) não apresentam compulsão alimentar; sete participantes (18%) apresentam compulsão alimentar moderada, sendo que todas manifestam insatisfação com a imagem corporal; cinco apresentam autoestima satisfatória; e duas expressam autoestima insatisfatória. Uma participante apresenta compulsão alimentar grave com insatisfação na imagem corporal, porém pontua para autoestima satisfatória.

**Tabela 3.** Perguntas específicas sobre a cirurgia bariátrica, elaborado pelas autoras

	Média	Desvio padrão	Significado
Quando você está estressado(a) você tende a comer mais?	4	1	Frequentemente
Quando você está ansioso(a) você tende a comer mais?	4	1	Frequentemente
A comida gera sentimentos positivos (conforto, satisfação, alegria, alívio)?	3	1	Ocasionalmente
A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)?	3	1	Ocasionalmente
Você se sente bonito(a)?	4	1	Frequentemente

Fonte: os autores (2023).

De acordo com os dados da Tabela 3, as participantes frequentemente tendem a comer mais quando estão estressadas ou ansiosas. Ocasionalmente, a comida gera sentimentos positivos, como conforto, satisfação, alívio ou alegria, além de afirmarem que frequentemente se sentem bonitas.

**Tabela 4.** Correlações de Pearson (n = 39) entre Escala de Satisfação Corporal e perguntas específicas

Correlações	Valor de p	Valor de R
Escala de Satisfação Corporal vs. Tempo de cirurgia	0,0147	-0,39
Escala de Satisfação Corporal vs. IMC	0,00014	-0,57
Escala de Satisfação Corporal vs. Quando você está estressado(a) você tende a comer mais?	0,0005	-0,53
Escala de Satisfação Corporal vs. Quando você está ansioso(a) você tende a comer mais?	0,00028	-0,55
Escala de Satisfação Corporal vs. A comida gera sentimentos positivos (conforto, satisfação, alegria, alívio)?	0,008	-0,42
Escala de Satisfação Corporal vs. A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)?	0,054	-0,31
Escala de Satisfação Corporal vs. Compulsão Alimentar	0,027	-0,35

IMC - Índice de Massa Corporal.

Fonte: os autores (2023).

Os dados da Tabela 4 ilustram as correlações da Escala de Satisfação Corporal. É possível notar que, quanto maior o tempo de cirurgia, maior a insatisfação corporal das entrevistadas; em relação ao IMC, quanto maior a massa corporal, maior é a insatisfação corporal. Tratando-se da relação com a comida, as mulheres que comem com maior frequência quando estão estressadas ou ansiosas apresentam menor satisfação corporal; quanto menor o sentimento positivo em relação à comida, maior a satisfação corporal; e quanto maior o índice de sentimento negativo gerado pela comida, maior a insatisfação corporal.

**Tabela 5.** Correlações de *Pearson* (n = 39) entre questões específicas

Correlação	Valor P	Valor R
Quando você está estressado(a) você tende a comer mais? vs. A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)?	0,0055	0,44
Quando você está ansioso(a) você tende a comer mais? vs. A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)?	0,005	0,45

Fonte: os autores (2023).

A Tabela 5 apresenta outras correlações de *Pearson*, as quais demonstram que, quanto maior a tendência de as participantes comerem quando estão estressadas ou ansiosas, mais a comida gera sentimentos negativos, como culpa, vergonha, tristeza e angústia.

**Tabela 6.** Correlações de *Pearson* (n = 39) entre Escala de Compulsão Alimentar e perguntas específicas

Correlações	Valor de P	Valor de R
Compulsão Alimentar vs. Quando você está ansioso(a) você tende a comer mais?	0,0088	0,41
Compulsão Alimentar vs. Autoestima	0,027	-0,35
Compulsão Alimentar vs. Quando você está estressado(a) você tende a comer mais?	0,0055	0,44
Compulsão alimentar vs. A comida gera sentimentos negativos (culpa, vergonha, tristeza, angústia)?	0,0035	0,46
Compulsão Alimentar vs. Você se sente bonito(a)?	0,0395	-0,33

Fonte: os autores (2023).

Os dados da Tabela 6 apresentam a correlação de *Pearson* com os valores da Escala de Compulsão Alimentar. Algumas correlações sugerem que as mulheres pontuaram mais na Escala de Compulsão Alimentar quando comiam com mais frequência por causa de ansiedade e estresse, ou quando a comida produzia emoções negativas com mais frequência. Também foi observada uma correlação negativa entre os valores da Escala de Autoestima e um questionário específico sobre a pergunta "Você se sente bonita?". Evidências mostram que, quanto maiores os valores da compulsão alimentar, além de se sentirem menos bonitas, as mulheres tendem a apresentar menor autoestima.

## Discussão

Os dados obtidos com o presente estudo apontam que o IMC das participantes é, em média, de 29, indicando sobrepeso. Além disso, a maioria das mulheres avaliadas se sentem insatisfeitas com a imagem corporal, mesmo após mais de 2 anos da realização da cirurgia bariátrica. No que se refere às escalas de autoestima, os dados obtidos indicam autoestima satisfatória e, em média, as mulheres não apresentam compulsão alimentar. Entretanto, 18% das respondentes apresentam compulsão alimentar moderada, sendo que destas todas estão insatisfeitas com a imagem corporal, cinco apresentam autoestima satisfatória e duas, autoestima insatisfatória. Uma participante pontuou para compulsão alimentar grave, a qual também apresenta insatisfação com a imagem corporal, porém pontua para autoestima satisfatória.

O objetivo da cirurgia bariátrica é reduzir a ingestão e a absorção de alimentos do corpo ([Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica](#), 2018). Os dados obtidos neste estudo mostram que, mesmo após a cirurgia, as mulheres ainda estavam insatisfeitas com seus corpos e ganharam peso significativo. Nesse sentido, o papel da psicologia é enfatizar que a cirurgia não é apenas um processo de alteração de parte do sistema digestivo, mas que as mudanças comportamentais são fatores importantes para o sucesso ou fracasso dos resultados esperados com a cirurgia.

A aparência física pode ser destacada a partir do reflexo humano e seus sentimentos, além da visão de uma imagem humana tridimensional que as pessoas possuem sobre si mesmas, fazendo com que o conceito sobre si mesmo se forme a partir de experiências vividas pelo indivíduo ao longo dos anos ([Lacerda et al.](#), 2018). Na realização de uma cirurgia bariátrica e no decorrer do pós-operatório, o paciente encontra-se em um confronto com suas crenças e no início da reconstrução de novas memórias, do processo de reconhecimento e aceitação sobre sua imagem e nova forma física ([Marcuartú](#), 2019).

De acordo com os resultados obtidos no estudo, os dados apresentaram que quanto maior o tempo de cirurgia, maior a insatisfação corporal das participantes, ou seja, com o passar do tempo, elas continuam a ganhar peso ao invés de perder. O processo terapêutico após a realização da cirurgia é imprescindível para dar suporte ao indivíduo na reorganização de sua vida e prevenir que comportamentos

disfuncionais reapareçam no longo prazo ([Morais & Goes](#), 2023). A cirurgia bariátrica impõe mudanças significativas no estilo de vida do paciente, com as quais é fundamental que ele esteja comprometido para que o tratamento funcione. Das participantes entrevistadas, 13 afirmam fazer acompanhamento psicológico, o que equivale a cerca de 33%, 16 contam que não fazem (cerca de 41%) e 10 participantes, 26% da amostra total, afirmam que não fazem, mas têm interesse em realizar.

Nesse contexto, vale destacar que a terapia cognitivo-comportamental é uma intervenção objetiva semiestruturada, destinada a identificar e corrigir condições propícias ao desenvolvimento e manutenção de alterações cognitivas e comportamentais. Para esta referência, o sistema de crenças de um indivíduo desempenha um papel decisivo sobre como ele se sente e se comporta ([Silva et al.](#), 2018). De acordo com os dados obtidos por meio da correlação de Pearson, os participantes relataram um comportamento em que tendiam a comer mais quando estavam estressados ou ansiosos, e indicaram que a comida ocasionalmente produz sentimentos positivos, como conforto, contentamento, alívio ou felicidade.

No que diz respeito à relação das participantes com a comida, as mulheres que comem com maior frequência quando estão estressadas ou ansiosas apresentam menor satisfação corporal; quanto menor o sentimento positivo em relação à comida, maior a satisfação corporal; e quanto maior o índice de sentimento negativo gerado pela comida, maior a insatisfação corporal. Também é possível notar que, quanto maior a tendência das participantes de comerem quando estão estressadas ou ansiosas, mais a comida gera sentimentos negativos, como culpa, vergonha, tristeza e angústia. A ansiedade, o estresse, o tédio e a depressão são sentimentos que podem causar uma distorção dos pensamentos relacionados à alimentação, podendo desencadear obesidade nos indivíduos com comportamentos inadequados e compulsivos relacionados ao consumo de alimentos ([Silva](#), 2021).

No que diz respeito à satisfação corporal, é possível notar que, quanto maior o tempo de cirurgia, maior a insatisfação corporal das entrevistadas; com relação ao IMC, quanto maior a massa corporal, maior a insatisfação corporal. A compreensão detalhada sobre a importância das emoções na forma de se alimentar, na realização de atividades físicas e nas relações

sociais do indivíduo, pode ser baseada na abordagem cognitiva com o intuito de modificar como são realizadas essas atividades e buscando criar hábitos saudáveis com relação à manutenção e perda de peso (Porto et al., 2020).

Algumas correlações indicam que, quando as mulheres comem mais frequentemente por estarem ansiosas e estressadas ou quando a comida gera mais frequentemente sentimentos negativos, elas apresentam maiores valores na escala de compulsão alimentar, indicando que, apesar de não manifestarem transtornos ligados à compulsão alimentar, elas podem desenvolvê-los. A diferença entre obesos e não obesos está na interpretação de suas necessidades. Os pensamentos podem influenciar no comportamento, e a terapia cognitivo-comportamental tem como objetivo a modificação de pensamentos e comportamentos (Oliveira & Souza, 2021).

Foi observado também correlações negativas entre os valores da escala de autoestima e o questionário específico sobre a pergunta “Você se sente bonita?”, evidenciando que, quanto maiores os valores de compulsão alimentar, mais as mulheres tendem a ter a autoestima diminuída, além de se sentirem menos bonitas. A recomposição de crenças condicionadas ou apreendidas para a terapia cognitiva é definida por meio de um modelo cognitivo, em que são comuns os pensamentos disfuncionais, ou seja, interpretações errôneas que o paciente apresenta sobre determinadas situações. São comuns os pensamentos disfuncionais quando o indivíduo apresenta transtornos psicológicos, os quais influenciam o humor e comportamento e geralmente não são percebidos pela pessoa (Matos et al., 2020).

Ao considerar os aspectos psicológicos, bem como a própria intenção psicológica, o acompanhamento deve ser realizado antes, durante o processo e depois da cirurgia bariátrica, sempre analisando e entendendo todos os fatores psicológicos que motivam as atitudes tomadas pelo indivíduo e como está sendo desenvolvida sua saúde. Além do acompanhamento psicológico, é importante que se mantenha também um cuidado multiprofissional ao longo de todo o processo de emagrecimento, visando aspectos médicos e nutricionais. A participação multiprofissional é de alta importância e proporciona o bem-estar entre o sujeito e o meio cirúrgico (Pinto, 2018). Segundo Rezende (2011), a terapia

cognitivo-comportamental possibilita ao obeso mudanças comportamentais a partir das modificações dos pensamentos. Por meio da psicoeducação, permite ao paciente a reavaliação e alteração de crenças durante todo o processo de emagrecimento, além do conhecimento sobre seu próprio funcionamento alimentar. A partir da percepção sobre o que é fome real ou emocional, ou seja, quando se come para suprir outras necessidades que não a fome, é possível agir de maneira funcional de acordo com seus objetivos, seja antes da realização da cirurgia ou depois, para manter e melhorar os resultados.

## Conclusão

Quanto às implicações práticas deste estudo, nota-se que, dentre as diferentes abordagens teóricas disponíveis para intervenção nos procedimentos que envolvem a cirurgia bariátrica, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado efetiva e pode auxiliar as mulheres no processo pós-cirúrgico, por meio de técnicas que visam conduzir à modificação de pensamentos e comportamentos, prevenção de recaídas, autocompreensão e participação consciente e ativa ao longo de todo o tratamento, fazendo com que a paciente tenha autonomia e responsabilidade pela construção de sua identidade. Isso possibilita que ela tome a frente de seu tratamento e se responsabilize de forma consciente por todo o resultado que tenha ou deixe de ter. Por outro lado, por meio da psicoeducação, é possível que a pessoa desenvolva um novo sistema de funcionamento que seja proporcional à sua nova imagem, fazendo com que se sinta confortável, segura e com uma boa autoestima, o que também favorece a melhora de sua qualidade de vida.

No que se refere aos resultados do estudo, foi possível concluir que a maioria das mulheres, após dois anos ou mais da realização da cirurgia bariátrica, apresentaram insatisfação com a autoimagem corporal, com o sobrepeso, mas não manifestaram compulsão alimentar e apresentavam uma autoestima satisfatória. Além disso, a maior parte das participantes comem quando estão estressadas ou ansiosas e apresentam sentimentos de felicidade ou de tristeza quando comem.

Estes aspectos evidenciam que, após a realização da cirurgia bariátrica, há inúmeros aspectos psicológicos da paciente que impactam diretamente seu comportamento, sua relação com a comida e com seu próprio corpo e autoimagem, dados que são demonstrados por meio dos escores de autoestima, compulsão alimentar e autoimagem citados ao longo do texto. Desse modo, foi possível notar a importância do acompanhamento multiprofissional antes, durante e após a cirurgia bariátrica, visando as esferas médica, nutricional e também psicológica das mulheres submetidas ao procedimento.

### Contribuições dos autores

Ferreira, J. N. contribuiu com a coleta de dados, com a análise do banco de dados e escrita do manuscrito final. Souza, M. E. R. S. contribuiu com a coleta de dados, com a análise do banco de dados e escrita do manuscrito final. Soares, M. S. contribuiu com a coleta de dados, com a análise do banco de dados e escrita do manuscrito final. Carmo, Z. V. M. escreveu o projeto que foi encaminhado ao Comitê de Ética, participou da coleta de dados e da correção do manuscrito final. Machado-Lima, A. realizou a correção do projeto encaminhado ao Comitê de Ética, análise estatística do banco de dados e correção do manuscrito final.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



## Referências

- Allegrini, B. A., Cagnin, G. T., Theodoro, M., Gil, B. Z., & Ribas Filho, D. (2018). Avaliação do perfil psicológico (critérios de Beck) e da frequência alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Cuidarte Enfermagem*, 12(2), 218–222. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005623>
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno de compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 170–172. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400008>
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista Nutrição*, 18(1), 85–93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>
- Cabral, U. (2020, 21 de outubro). *Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada*. Agência IBGE Notícias. <https://cutt.ly/uwmr3AAA>
- Dini, M. G., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41–52. <http://www.rbcpc.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47–54. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942016000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000200006)
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Suppl. 3), 34–38. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>
- Kakeshita, I. S. (2008). *Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/T.59.2008.tde-25052008-170240>
- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, A. A. B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(2), e1793. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>

- Marcuartú, A. C. (2019). *Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após cirurgia bariátrica* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará]. Repositório Institucional da UFPA. <https://cutt.ly/GwmtqY6X>
- Matos, B. W., Machado, L. M., & Hentschke, G. S. (2020). Aspectos psicológicos relacionados à obesidade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 42–49. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872020000100007&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872020000100007&script=sci_abstract)
- Ministério da Saúde. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021). *Cirurgia bariátrica* (cirurgia de redução do estômago). Biblioteca Virtual em Saúde. <https://bvsms.saude.gov.br/cirurgia-bariatrica/>
- Miranda, V. P. N., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Teixeira, P. C., & Ferreira, M. E. C. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 25–32. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000100006>
- Morais, M. M. N., & Goes, R. M. (2023). Cirurgia bariátrica e obesidade: a importância do acompanhamento psicológico. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 17(2), e33758. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/33758>
- Oliveira, R. D. M., & Souza, M. L. R. (2021). A terapia comportamental e cognitiva como estratégia na redução e manutenção do peso corporal: uma revisão sistemática. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 27, 50–57. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2709>
- Organização Mundial da Saúde. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry – report of a WHO Expert Committee* [Condição física: o uso e a interpretação da antropometria - relatório de um Comitê de Especialistas da OMS]. <https://www.who.int/publications/item/9241208546>
- Pinto, J. A. A. (2018). Imagem corporal pós cirurgia bariátrica: mudanças no olhar do corpo. *Revista Especialize On-line IPOG*, 15(1). [ipog.edu.br/institucional/academico/revista-especialize?utm\\_source=google-ads&utm\\_medium=social\\_SAO&utm\\_campaign=google-ads&gad=1&gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCfARIsAL3bobcFLAVV7nM1hxYBbg5s-HqgzlV8WlBjzxOv6XW-ZqG9leni7dRbqskAakRdEALw\\_wcB](http://ipog.edu.br/institucional/academico/revista-especialize?utm_source=google-ads&utm_medium=social_SAO&utm_campaign=google-ads&gad=1&gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCfARIsAL3bobcFLAVV7nM1hxYBbg5s-HqgzlV8WlBjzxOv6XW-ZqG9leni7dRbqskAakRdEALw_wcB)
- Porto, A. P., Rabelo, L. N., Nascimento, E. B., Gomes, E. P., Lima, A. L., & Sousa, J. C. C. (2020). Terapia cognitiva comportamental em grupo de obesidade e sobrepeso. *Diaphora*, 9(2), 71–75. <https://doi.org/10.29327/217869.9.3-11>
- Rezende, F. F. (2011). *Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/D.59.2011.tde-11052011-080701>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* [A sociedade e a autoimagem do adolescente]. Princeton University Press.
- Schultheisz, T. S. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36–48. <https://bit.ly/48eBKR8>
- Silva, M. A. (2021). *Transtornos de ansiedade e impactos nutricionais: uma revisão integrativa* [Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário AGES]. Repositório Universitário da Ânima. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14371>
- Silva, S. M. B. (2018). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo: o estudo com mulheres obesas* [Tese de doutorado, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública]. Repositório Institucional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/2602>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2018, 11 de julho). *Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%*. <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>