

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

MARIANA ORLANDO NECHAR

RELAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM
MULHERES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ribeirão Preto
2026

MARIANA ORLANDO NECHAR

RELAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM
MULHERES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa.

Ribeirão Preto
2026

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico da Biblioteca
Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

NECHAR, Mariana Orlando, 1993-
N364r Relação entre imagem corporal e comportamento alimentar em
mulheres pós-cirurgia bariátrica / Mariana Orlando Nechar. – Ribeirão
Preto, 2026.
86 f. : il. color.

Orientador: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP,
Mestrado em Saúde e Educação, 2026.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Comportamento alimentar. 3. Imagem
corporal. 4. Saúde e educação. 5. Autopercepção. II. Título.

CDD 610

MARIANA ORLANDO NECHAR

**RELAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR
EM MULHERES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA**

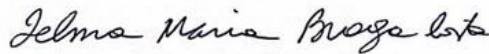
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 29 de agosto de 2026

Resultado: Aprovada

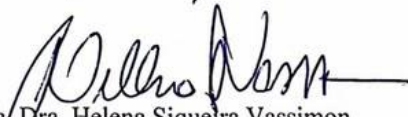
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa
Presidente/UNAERP Presidente/UNAERP



Profª. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profª. Dra. Helena Siqueira Vassimon
Secretaria Municipal de Educação de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2026

Dedico todo meu trabalho primeiramente à Deus, pois com Ele, tudo posso!

À minha família que está sempre compreendendo minhas ausências e, ainda assim, fazendo de tudo para acompanhar cada passo da minha trajetória.

Ao meu esposo, companheiro de vida, por segurar minha mão em todos os momentos e acreditar em mim quando eu mesma já não tenho força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela força e pela oportunidade de concluir mais esta etapa importante da minha trajetória. Apenas Ele sabe as dores de cada batalha e me capacita para todas elas.

À minha orientadora, Professora Dra. Telma pela orientação, paciência, disponibilidade e por todos os ensinamentos que contribuíram para a realização deste trabalho e para minha formação acadêmica.

À banca examinadora, que acompanhou minha qualificação e trouxe contribuições valiosas para o aprimoramento deste estudo.

À Instituição e ao programa de pós-graduação, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa e ampliar meus conhecimentos.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa, pela análise e aprovação deste estudo, permitindo que esta investigação fosse realizada dentro dos princípios éticos.

À minha mãe, Gisele, que move montanhas para me auxiliar em todos os passos e vibra em todas minhas realizações. Espero ser uma mãe maravilhosa como você é para mim!

Ao meu pai, Carlos (*in memoriam*), que infelizmente não poderá ver colher os louros das minhas batalhas, mas que continua presente em cada conquista minha.

À minha irmã Maria Angélica, meu primeiro amor. Mesmo não estando presente todos os dias, sei que está por mim em todos os momentos.

À minha madrinha e avó Marilene, minha mãe duas vezes, que me coloca diariamente em suas orações e brilha com minhas vitórias.

Ao meu esposo, pelo amor, companheirismo, paciência e por ser minha força nos dias mais difíceis. Você me inspira a ser minha melhor versão todos os dias. Agradeço a Deus por ter você em minha vida.

Aos meus alunos, que são uma das minhas maiores inspirações para que eu me torne uma professora melhor e mais apta a contribuir durante nosso breve período juntos. Encontrei minha vocação na admiração e no aprendizado compartilhado com vocês.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Privada del Este, y a mis profesores y doctores, por permitir mi crecimiento profesional durante las clases de Medicina.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

*Entrega o teu caminho ao Senhor;
confia Nele e Ele tudo fará.*
Salmo 37:5

RESUMO

NECHAR, M. O. **Relação entre imagem corporal e comportamento alimentar em mulheres pós-cirurgia bariátrica**. 52 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2026.

A obesidade é uma doença crônica, complexa e multifatorial, associada a alterações metabólicas, funcionais e psicossociais. A cirurgia bariátrica constitui uma estratégia terapêutica efetiva para indivíduos com obesidade grave, porém a manutenção dos resultados no pós-operatório depende de fatores que ultrapassam a perda ponderal. Entre esses fatores, destacam-se a autopercepção da imagem corporal, o comportamento alimentar, a qualidade e o estilo de vida e o acompanhamento multiprofissional. O presente estudo teve como objetivo avaliar a correlação entre a percepção da imagem corporal e os padrões de comportamento alimentar, bem como seu impacto na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, com tempo de pós-operatório de até 24 meses. Trata-se de uma pesquisa analítica, quantitativa, observacional e transversal, realizada em uma clínica especializada em Catanduva-SP. A casuística compreende 50 mulheres, com idades entre 19 e 39 anos. A coleta de dados utilizou um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela pesquisadora e dois instrumentos validados: o *The Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21), para mensurar restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar, e o *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), para avaliar o impacto da imagem corporal em dimensões psicossociais e funcionais. A análise estatística foi realizada por meio do software GraphPad Prism, versão 10.0, com estatística descritiva, testes de normalidade e testes de correlação, considerando nível de significância de $p < 0,05$. Os resultados demonstraram associação significativa entre percepção de sono prejudicada e maiores escores de descontrole alimentar ($p = 0,02$), bem como entre acompanhamento psicoterapêutico e maiores escores de restrição cognitiva ($p = 0,01$). Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida relacionada à imagem corporal, avaliada pelo BIQLI, e o descontrole alimentar ($r = -0,1789$; $p = 0,2138$). Conclui-se que a adaptação após a cirurgia bariátrica é multifatorial, sendo influenciada por aspectos comportamentais e psicossociais, o que reforça a importância do acompanhamento multiprofissional contínuo, com atenção à qualidade do sono, à saúde mental, ao comportamento alimentar e à imagem corporal.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica; comportamento alimentar; imagem corporal; saúde e educação; autopercepção.

ABSTRACT

NECHAR, M. O. **Relationship between body image and eating behavior in women after bariatric surgery**. 52. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2026.

Obesity is a chronic, complex, and multifactorial disease associated with metabolic, functional, and psychosocial changes. Bariatric surgery is an effective therapeutic strategy for individuals with severe obesity; however, the maintenance of postoperative outcomes depends on factors that extend beyond weight loss. Among these factors, body image self-perception, eating behavior, quality of life, lifestyle, and multidisciplinary follow-up are particularly relevant. This study aimed to evaluate the correlation between body image perception and eating behavior patterns, as well as their impact on the quality of life of women who underwent bariatric surgery within up to 24 months after the procedure. This was an analytical, quantitative, observational, and cross-sectional study conducted at a specialized clinic in Catanduva, São Paulo, Brazil. The sample comprised 50 women aged 19 to 39 years. Data collection included a sociodemographic and clinical questionnaire developed by the researcher and two validated instruments: the *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21), used to assess cognitive restraint, emotional eating, and uncontrolled eating, and the *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), used to evaluate the impact of body image on psychosocial and functional dimensions. Statistical analysis was performed using GraphPad Prism software, version 10.0, with descriptive statistics, normality tests, and correlation tests, considering a significance level of $p < 0.05$. The results demonstrated a significant association between self-reported impaired sleep and higher uncontrolled eating scores ($p = 0.02$), as well as between psychotherapeutic follow-up and higher cognitive restraint scores ($p = 0.01$). No statistically significant correlation was observed between body image-related quality of life, assessed by the BIQLI, and uncontrolled eating ($r = -0.1789$; $p = 0.2138$). It is concluded that adaptation after bariatric surgery is multifactorial and influenced by behavioral and psychosocial factors, reinforcing the importance of continuous multidisciplinary follow-up, with attention to sleep quality, mental health, eating behavior, and body image.

Keywords: bariatric surgery; eating behavior; body image; health and education; self-perception.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 HIPÓTESE	13
1.3 OBJETIVO GERAL	14
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 OBESIDADE, PERFIL DO PACIENTE BARIÁTRICO E PROCESSO CIRÚRGICO	15
2.2 IMAGEM CORPORAL, GÊNERO FEMININO E QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA	16
2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO PÓS-OPERATÓRIO BARIÁTRICO	17
2.4 ESTILO DE VIDA E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL	18
2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	20
3.2 CASUÍSTICA: POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.2.1 Critérios De Inclusão	20
3.2.2 Critérios De Não Inclusão E Exclusão	21
3.3 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	21
3.3.1 Análise De Risco E Benefício	21
3.3.2 Critérios De Suspensão Ou Encerramento Da Pesquisa	22
3.4 LOCAL DO ESTUDO	22
3.5 MATERIAIS E INSTRUMENTOS	23
3.5.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	23
3.5.2 <i>The Three-Factor Eating Questionnaire</i> (TFEQ-R21)	24
3.5.3 <i>Body Image Quality Of Life Inventory</i> (BIQLI)	24
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	25
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	26
3.8 USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA	27

4.2 DIAGNÓSTICO PSICOMÉTRICO E PERFIL DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	28
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS, IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR	30
5 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	40
APÊNDICE B – Carta de autorização	42
APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico e clínico	43
APÊNDICE D – Declaração da pesquisadora	45
APÊNDICE E – Produto técnico-educacional “Entre o Corpo e a Mente”	46
ANEXOS	80
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê em Ética e Pesquisa (CEP)	80
ANEXO B – Questionário TFEQ-R21	81
ANEXO C – Questionário BIQLI	85

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica, complexa e multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e associada a prejuízos metabólicos, funcionais e psicossociais (Bray *et al.*, 2023). Além de aumentar o risco de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, doenças respiratórias crônicas e alterações osteoarticulares, a obesidade também se relaciona a estigma, sofrimento emocional e pior percepção de qualidade de vida (Sarwer; Heinberg, 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2022, 2,5 bilhões de adultos apresentavam excesso de peso, dos quais mais de 890 milhões viviam com obesidade, correspondendo a 16% da população adulta mundial (*World Health Organization*, 2024).

No Brasil, a tendência de crescimento do excesso de peso acompanha o cenário internacional. Dados do Vigitel Brasil 2006-2023 indicam que a frequência de adultos com excesso de peso nas capitais brasileiras e no Distrito Federal passou de 42,6%, em 2006, para 61,4%, em 2023, com aumento observado em ambos os sexos e crescimento proporcionalmente mais acentuado entre mulheres (Brasil, 2024). Diante da magnitude desse cenário e de suas repercussões clínicas e psicossociais, torna-se necessária a adoção de estratégias terapêuticas efetivas, contínuas e integradas, entre as quais se insere a cirurgia bariátrica nos casos de maior gravidade.

A cirurgia bariátrica, também denominada cirurgia metabólica e bariátrica, constitui uma alternativa terapêutica efetiva para indivíduos com obesidade grave, especialmente quando há falha de tratamentos conservadores, presença de comorbidades e prejuízo significativo à saúde. As diretrizes da *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) e da *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO) recomendam a cirurgia metabólica e bariátrica para indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 35 kg/m², independentemente da presença ou gravidade das comorbidades, e consideram sua indicação para indivíduos com doença metabólica e IMC entre 30 e 34,9 kg/m² (Eisenberg *et al.*, 2022). Entre os procedimentos realizados, a gastrectomia vertical em manga e o *bypass* gástrico em Y de Roux estão entre as técnicas mais frequentes, sendo a gastrectomia vertical apontada como o procedimento primário mais realizado mundialmente em dados recentes do registro global da IFSO (Brown *et al.*, 2024).

Embora os benefícios da cirurgia bariátrica sejam amplamente documentados, a perda de peso não encerra o processo terapêutico. O período pós-operatório exige reorganização alimentar, adaptação à nova capacidade gástrica, adesão ao uso de suplementação, prática

regular de atividade física, acompanhamento multiprofissional e manejo de aspectos emocionais. Além das modificações metabólicas e alimentares, a rápida transformação do peso e da forma corporal exige uma adaptação à nova aparência e à percepção do próprio corpo. Nesse contexto, a imagem corporal e o comportamento alimentar assumem relevância clínica, pois mudanças rápidas no peso e na forma corporal podem produzir tanto satisfação quanto estranhamento, vergonha, insatisfação com excesso de pele e dificuldade de reconhecimento do novo corpo (Bosc *et al.*, 2022; Ivezaj; Grilo, 2018; Mento *et al.*, 2022).

A imagem corporal pode ser compreendida como a representação subjetiva que o indivíduo constrói sobre o próprio corpo, envolvendo percepções, pensamentos, sentimentos e atitudes relacionadas à aparência e ao funcionamento corporal (Cash; Pruzinsky, 2002). Em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, essa dimensão merece atenção especial, pois a literatura aponta maior vulnerabilidade feminina à insatisfação corporal, à pressão estética, ao estigma relacionado ao peso e a comportamentos alimentares desordenados (Akkayaoğlu; Çelik, 2020; De Lourdes *et al.*, 2021; Pyykko *et al.*, 2022).

Assim, a escolha por investigar mulheres não se justifica apenas pela maior presença feminina na busca pela cirurgia bariátrica, mas também pela relevância psicossocial da relação entre corpo, alimentação e qualidade de vida nesse grupo. Essa relação torna-se particularmente importante no período pós-operatório, uma vez que a adaptação ao novo corpo ocorre paralelamente à necessidade de reorganização do comportamento alimentar.

Nesse sentido, o comportamento alimentar no pós-operatório também constitui uma dimensão central para a manutenção dos resultados. Padrões como restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar podem se manifestar de diferentes formas ao longo da trajetória cirúrgica. A restrição cognitiva pode representar tentativa de controle consciente da ingestão alimentar, enquanto a alimentação emocional e o descontrole alimentar podem indicar maior vulnerabilidade à ingestão em resposta a estados afetivos negativos, estímulos externos ou dificuldade de autorregulação. Estudos recentes que utilizaram o *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21) em populações bariátricas reforçam que esses domínios podem se associar a resultados ponderais, percepção corporal e atitudes alimentares desordenadas (Da Silva *et al.*, 2024; Kikuchi *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, tornou-se relevante investigar a relação entre imagem corporal, comportamento alimentar e qualidade de vida em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. A pergunta de pesquisa que orientou este estudo é: existe correlação entre a percepção da imagem corporal e os padrões de comportamento alimentar em mulheres no pós-operatório de cirurgia bariátrica, e de que maneira essa relação pode impactar a qualidade de vida dessas pacientes?

1.1 JUSTIFICATIVA

A realização deste estudo justificou-se pela relevância da obesidade e da cirurgia bariátrica no contexto da saúde, considerando não apenas os resultados metabólicos e ponderais do procedimento, mas também as adaptações físicas, emocionais e comportamentais necessárias no período pós-operatório. A relação entre imagem corporal e comportamento alimentar já tem sido observada em diferentes populações adultas, com associações entre satisfação corporal e dimensões como restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (Pehlivan *et al.*, 2025). Entretanto, o contexto pós-bariátrico apresenta particularidades que justificam a investigação dessas dimensões nessa população, uma vez que mudanças corporais expressivas ocorrem simultaneamente à necessidade de reorganização do comportamento alimentar.

Após a cirurgia bariátrica, estudos demonstram melhora da imagem corporal e de aspectos relacionados à qualidade de vida em parte dos pacientes (Sarwer *et al.*, 2010). Contudo, essa resposta não ocorre de maneira uniforme, e algumas pacientes permanecem insatisfeitas com o corpo, especialmente diante do excesso de pele, de expectativas relacionadas ao emagrecimento, da vergonha corporal ou da dificuldade de adaptação à nova aparência (Bosc *et al.*, 2022; Conceição *et al.*, 2020; De Lourdes *et al.*, 2021). Paralelamente, comportamentos como alimentação emocional, descontrole alimentar e restrição cognitiva podem permanecer ou se reorganizar após o procedimento. Estudos realizados com indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica também têm identificado associações entre domínios do comportamento alimentar e percepção de distorção ou satisfação com a imagem corporal (Rodrigues *et al.*, 2025).

Nesse contexto, investigar conjuntamente imagem corporal e comportamento alimentar em mulheres no período pós-operatório pode contribuir para compreender aspectos da adaptação que não são explicados exclusivamente pela perda ponderal. Assim, este estudo buscou ampliar a compreensão dessas relações e contribuir para estratégias de acompanhamento multiprofissional que considerem a percepção corporal, a autorregulação alimentar e o bem-estar psicológico das mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

1.2 HIPÓTESES

A hipótese deste estudo foi que mulheres submetidas à cirurgia bariátrica que apresentam percepção mais negativa da imagem corporal e menor impacto positivo da autoimagem na qualidade de vida tendam a apresentar maiores escores de comportamentos alimentares disfuncionais, especialmente alimentação emocional e descontrole alimentar.

Adicionalmente, presumiu-se que variáveis clínicas e comportamentais, como tempo de pós-operatório, prática de atividade física, qualidade do sono e acompanhamento psicológico possam interferir na relação entre imagem corporal e comportamento alimentar.

1.3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a correlação entre a qualidade de vida relacionada à imagem corporal e os padrões de comportamento alimentar em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, com tempo de pós-operatório de até 24 meses, acompanhadas em uma clínica especializada da cidade de Catanduva, interior paulista.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar os padrões de comportamento alimentar das participantes, considerando os domínios de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar;
- b) Avaliar a qualidade de vida relacionada à imagem corporal das participantes por meio do escore global do BIQLI;
- c) Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das mulheres participantes, considerando idade, tempo de cirurgia, técnica cirúrgica, sono, atividade física, presença de doenças crônicas, uso de contraceptivos e acompanhamento psicológico;
- d) Analisar a correlação entre a qualidade de vida relacionada à imagem corporal e o descontrole alimentar em mulheres no pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- e) Verificar se variáveis clínicas e comportamentais se associam aos escores de imagem corporal e comportamento alimentar, contribuindo para a compreensão da adaptação pós-cirúrgica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 OBESIDADE, PERFIL DO PACIENTE BARIÁTRICO E PROCESSO CIRÚRGICO

A obesidade é considerada uma doença crônica de base multifatorial, resultante da interação entre fatores biológicos, genéticos, comportamentais, ambientais, socioeconômicos e culturais. Seu impacto ultrapassa a dimensão metabólica, pois envolve estigma social, sofrimento psicológico, limitações funcionais e redução da qualidade de vida. A abordagem terapêutica deve, portanto, considerar estratégias contínuas de cuidado, com ações de educação alimentar, promoção de atividade física, manejo comportamental, tratamento farmacológico quando indicado e cirurgia bariátrica em casos selecionados (Bray *et al.*, 2023; World Health Organization, 2024).

O perfil dos indivíduos que buscam a cirurgia bariátrica costuma envolver obesidade grave, presença de comorbidades metabólicas, histórico de tentativas frustradas de perda ponderal e impacto significativo da obesidade na vida cotidiana. Estudos e registros internacionais apontam predominância feminina entre os pacientes submetidos ao procedimento, o que pode estar relacionado tanto à maior procura por tratamento quanto à maior pressão social sobre o corpo feminino e à maior frequência de sofrimento associado à imagem corporal (Akkayaoglu; Çelik, 2020; Brown *et al.*, 2024; Pyykko *et al.*, 2022).

A cirurgia bariátrica compreende diferentes técnicas, entre as quais se destacam a gastrectomia vertical em manga, o *bypass* gástrico em Y de Roux e, em menor frequência atual, a banda gástrica ajustável. A gastrectomia vertical consiste na redução do volume gástrico por retirada de parte do estômago, produzindo restrição alimentar e alterações hormonais que influenciam fome, saciedade e metabolismo. O *bypass* gástrico em Y de Roux combina componente restritivo e disabsortivo, por meio da criação de uma pequena bolsa gástrica e desvio de parte do intestino delgado. Dados recentes do registro global da IFSO indicam que a gastrectomia vertical é o procedimento primário mais realizado no mundo, enquanto o *bypass* gástrico em Y de Roux permanece frequente, especialmente em contextos revisionais (Brown *et al.*, 2024).

Apesar dos benefícios clínicos e metabólicos, a cirurgia bariátrica também pode estar associada a riscos e complicações que precisam ser considerados no acompanhamento. Entre as intercorrências precoces, destacam-se náuseas, vômitos persistentes, desidratação, sangramento, infecção, tromboembolismo, fístulas e estenoses. No seguimento tardio, podem ocorrer refluxo gastroesofágico, intolerâncias alimentares, síndrome de dumping, hipoglicemia pós-prandial, deficiências de micronutrientes, perda excessiva de massa magra, alterações

psicológicas e ganho ponderal. Essas possibilidades reforçam a necessidade de avaliação pré-operatória criteriosa, seguimento multiprofissional prolongado e educação contínua da paciente para reconhecimento de sintomas, adesão à suplementação e manutenção de hábitos alimentares e comportamentais adequados (Budny *et al.*, 2024; Eisenberg *et al.*, 2022; Tabesh *et al.*, 2023).

O processo cirúrgico não se limita ao ato operatório. No pré-operatório, são realizadas avaliações clínica, nutricional, psicológica e, quando necessário, cardiológica, endocrinológica e psiquiátrica, com o objetivo de identificar riscos, preparar o paciente e orientar mudanças de estilo de vida. No transoperatório, a escolha da técnica depende de fatores clínicos, experiência da equipe, comorbidades e perfil do paciente. No pós-operatório, inicia-se uma fase progressiva de adaptação alimentar, suplementação nutricional, monitoramento de sintomas, prevenção de deficiências nutricionais, estímulo à atividade física e acompanhamento psicológico. A adesão a esse cuidado continuado é decisiva para a manutenção dos resultados em longo prazo (Budny *et al.*, 2024; Tabesh *et al.*, 2023).

2.2 IMAGEM CORPORAL, GÊNERO FEMININO E QUALIDADE DE VIDA APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

A imagem corporal é um construto multidimensional que envolve percepção, satisfação, atitudes, emoções e comportamentos relacionados ao próprio corpo. Em pacientes bariátricos, esse construto pode sofrer mudanças intensas devido à rápida redução de peso, alteração do contorno corporal, presença de excesso de pele e reorganização da identidade corporal. Embora muitas pacientes relatem melhora da autoestima e da funcionalidade após a cirurgia, outras permanecem insatisfeitas com a aparência ou apresentam dificuldade de reconhecimento do novo corpo (Bosc *et al.*, 2022; Cash; Pruzinsky, 2002; Ivezaj; Grilo, 2018).

A dimensão de gênero é particularmente relevante nesse processo. Mulheres tendem a sofrer maior pressão sociocultural relacionada à aparência corporal, magreza, feminilidade e aceitabilidade social. No contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica, essa pressão pode intensificar a insatisfação corporal antes e após o procedimento. Estudos com mulheres bariátricas apontam que excesso de pele, vergonha corporal, expectativa de emagrecimento e insatisfação com áreas específicas do corpo podem repercutir na sexualidade, nas relações sociais, na autoestima e na qualidade de vida (De Lourdes *et al.*, 2021; Moraes *et al.*, 2023; Pykko *et al.*, 2022).

Além da aparência, a imagem corporal pós-bariátrica envolve aspectos funcionais e emocionais. Algumas mulheres passam a apresentar maior disposição para atividades diárias e maior participação social, enquanto outras podem manter sofrimento psicológico mesmo diante

de expressiva perda ponderal. Esse fenômeno demonstra que a perda de peso, isoladamente, não garante melhora plena da qualidade de vida relacionada à imagem corporal. Por isso, instrumentos como o *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI) são úteis, pois permitem avaliar como a imagem corporal afeta diferentes áreas da vida, incluindo autoestima, relações interpessoais, vida sexual, atividades físicas, controle alimentar e bem-estar emocional (Cash; Fleming, 2002; Fioramonti *et al.*, 2023).

2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO PÓS-OPERATÓRIO BARIÁTRICO

O comportamento alimentar após a cirurgia bariátrica é influenciado por fatores anatômicos, hormonais, emocionais, cognitivos e ambientais. A redução da capacidade gástrica modifica o volume alimentar tolerado, mas não elimina automaticamente padrões prévios de relação com a comida. Em algumas pacientes, a cirurgia favorece maior controle alimentar e adesão às orientações nutricionais; em outras, podem persistir episódios de perda de controle, alimentação emocional, beliscos frequentes, comer noturno ou restrição rígida, comportamentos que podem interferir nos resultados clínicos e psicológicos (Alalwan *et al.*, 2024; Colles; Dixon; O'Brien, 2008; Ivezaj *et al.*, 2016).

A literatura recente reforça que os domínios do comportamento alimentar devem ser analisados de forma diferenciada. A restrição cognitiva pode indicar monitoramento consciente da alimentação e adesão às orientações pós-operatórias, mas, quando excessiva, pode se aproximar de um padrão rígido e aumentar o risco de episódios compensatórios. A alimentação emocional caracteriza-se pela ingestão em resposta a emoções negativas, enquanto o descontrole alimentar envolve perda de controle diante da fome, de estímulos externos ou da disponibilidade de alimentos. O TFEQ-R21 permite avaliar essas três dimensões e tem sido utilizado em estudos com candidatos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Da Silva *et al.*, 2024; Kikuchi *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2025).

Em pacientes pós-bariátricos, a interação entre imagem corporal e comportamento alimentar ainda não é completamente linear. Estudos brasileiros recentes demonstraram associação entre domínios do comportamento alimentar e percepção de distorção ou satisfação corporal em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, reforçando a importância de avaliar esses fenômenos conjuntamente (Rodrigues *et al.*, 2025). Entretanto, a literatura também aponta que múltiplos fatores, como suporte psicológico, sono, atividade física, acompanhamento nutricional e tempo de cirurgia, podem modular essa relação, justificando estudos que investiguem variáveis clínicas e psicocomportamentais de forma integrada.

2.4 ESTILO DE VIDA E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL

A manutenção dos resultados de controle de peso após a cirurgia bariátrica depende da incorporação contínua de hábitos de vida compatíveis com a nova condição fisiológica e comportamental da paciente. A alimentação deve ser fracionada, adequada em proteínas, micronutrientes e hidratação, respeitando tolerâncias individuais e orientações específicas para cada fase pós-operatória. A suplementação nutricional e o acompanhamento laboratorial são necessários para prevenir deficiências, especialmente de ferro, vitamina B12, vitamina D, cálcio e outros micronutrientes (Tabesh *et al.*, 2023).

A prática regular de atividade física é outro elemento central, pois contribui para preservação de massa magra, melhora da capacidade cardiorrespiratória, manutenção do gasto energético e proteção contra reganho ponderal. Contudo, a adesão ao exercício pode ser prejudicada por dor, baixa autoestima, excesso de pele, vergonha corporal, depressão, ansiedade ou experiências negativas prévias com atividade física. Nesse sentido, a prescrição deve considerar preferências, limitações e possibilidades reais da paciente, favorecendo autonomia e permanência no cuidado (Feig *et al.*, 2022; Fonseca-Junior *et al.*, 2013).

O sono e a saúde mental também compõem o estilo de vida pós-bariátrico. Alterações do sono podem interferir na regulação do apetite, impulsividade, energia para atividade física e tomada de decisões alimentares. Ao mesmo tempo, ansiedade, depressão, compulsão alimentar e insatisfação corporal podem dificultar a adesão ao tratamento. Nesse contexto, o acompanhamento psicológico assume importância por possibilitar o manejo de fatores emocionais e comportamentais que podem repercutir sobre a relação com a alimentação e sobre o processo de adaptação após a cirurgia (Budny *et al.*, 2024; Sarwer; Heinberg, 2020).

Intervenções psicológicas e comportamentais têm sido investigadas especificamente no período pós-bariátrico. Em pacientes com reganho de peso após a cirurgia, uma intervenção comportamental baseada em aceitação apresentou resultados preliminares favoráveis, com interrupção e reversão do reganho ponderal e melhora de variáveis relacionadas à alimentação e à aceitação (Bradley *et al.*, 2016). Revisões sobre intervenções comportamentais após a cirurgia também destacam que perda de controle da ingestão, alimentação motivada por emoções, alimentação baseada em recompensa e impulsividade podem contribuir para o reganho de peso e constituir alvos relevantes para o acompanhamento psicológico (Ames; Koball; Clark, 2022). Além disso, em adultos com sobrepeso ou obesidade e alimentação emocional elevada, uma intervenção que combinou habilidades da terapia comportamental dialética com estratégias de perda de peso produziu melhora da alimentação emocional e da

regulação emocional, embora esse estudo não tenha sido realizado especificamente com pacientes bariátricos (Braden *et al.*, 2022).

Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional deve articular assistência médica, nutricional, psicológica e de atividade física, considerando não apenas a perda ponderal, mas também a adaptação alimentar, emocional e comportamental ao longo do pós-operatório. Essa abordagem integrada permite contemplar aspectos que podem influenciar a manutenção dos resultados e a qualidade de vida das pacientes submetidas à cirurgia bariátrica.

2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A utilização de instrumentos psicométricos validados permite mensurar dimensões subjetivas de forma sistematizada e comparável. No presente estudo, o comportamento alimentar foi avaliado pelo *The Three-Factor Eating Questionnaire* em sua versão reduzida de 21 itens (TFEQ-R21), que contempla os domínios de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar. O instrumento apresenta aplicabilidade em adultos e tem sido utilizado em estudos com pacientes bariátricos para investigar padrões alimentares associados a perda de peso, qualidade de vida e percepção corporal (Da Silva *et al.*, 2024; Kikuchi *et al.*, 2024; Stunkard; Messick, 1985).

A qualidade de vida relacionada à imagem corporal foi avaliada pelo *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), instrumento composto por 19 itens que mensuram o impacto da imagem corporal em diferentes áreas da vida. Sua versão brasileira foi adaptada e validada por Assunção (2011), demonstrando consistência para avaliar repercussões psicossociais da imagem corporal. A escolha do BIQLI foi pertinente pois o objetivo deste estudo não era apenas verificar satisfação ou insatisfação com o corpo, mas compreender de que forma a imagem corporal repercute em relações sociais, autoestima, alimentação, atividade física, sexualidade e bem-estar cotidiano.

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa de natureza analítica, quantitativa, observacional e transversal, com delineamento correlacional. A abordagem analítica justificou-se pela intenção de investigar associações entre variáveis psicocomportamentais e clínicas. O delineamento transversal decorreu da avaliação das participantes em um único momento do pós-operatório, sem intervenção direta da pesquisadora sobre as variáveis estudadas.

3.2 CASUÍSTICA: POPULAÇÃO E AMOSTRA

O recrutamento das participantes foi realizado a partir da identificação, no banco de dados/prontuários da Uni Clínicas, de mulheres potencialmente elegíveis para o estudo. Os prontuários foram utilizados apenas para triagem inicial de elegibilidade e obtenção de contato, mediante autorização institucional; os dados principais da pesquisa foram coletados diretamente com as participantes, por meio de questionário sociodemográfico e clínico, e dos instrumentos psicométricos aplicados presencialmente. A amostra foi constituída por 50 mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos. Tratou-se de amostra por conveniência, definida a partir da viabilidade técnica de recrutamento, do tempo disponível para coleta de dados e da possibilidade de aplicação rigorosa dos instrumentos propostos.

A opção exclusiva pelo sexo feminino baseou-se na predominância de mulheres entre as pacientes acompanhadas no serviço e na relevância da relação entre gênero, imagem corporal e comportamento alimentar na literatura bariátrica. Mulheres tendem a apresentar maior exposição a pressões socioculturais relacionadas à aparência e maior vulnerabilidade à insatisfação corporal, o que tornou esse grupo particularmente pertinente para a investigação proposta (Akkayaoğlu; Çelik, 2020; De Lourdes *et al.*, 2021; Pyykko *et al.*, 2022).

A faixa etária entre 19 e 39 anos foi selecionada por corresponder a um período da vida adulta em que a imagem corporal, a vida social, a sexualidade, o trabalho e as demandas familiares podem exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Além disso, trata-se de uma faixa etária frequentemente presente em estudos sobre obesidade, cirurgia bariátrica e adaptação psicossocial pós-operatória (Bray *et al.*, 2023; Sabiston; Townsend, 2022).

3.2.1 Critérios de Inclusão

Para compor a amostra, as participantes deveriam preencher os seguintes requisitos:

- Pertencer ao sexo feminino;

- Apresentar faixa etária entre 19 e 39 anos;
- Ter sido submetida à cirurgia bariátrica (técnicas *Sleeve* ou *Bypass*) com período pós-operatório de até 24 meses;
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A delimitação do período de até 24 meses de pós-operatório fundamentou-se no fato de que os primeiros dois anos após a cirurgia correspondem a uma fase de perda ponderal mais intensa, estabilização progressiva do peso e adaptação alimentar, corporal e metabólica e, dessa forma, a clínica onde foi realizada a pesquisa mantém esses períodos de acompanhamento rigoroso. Esse recorte buscou reduzir a heterogeneidade da amostra e evitar vieses relacionados ao reganho ponderal tardio, mais frequente em períodos mais prolongados.

3.2.2 Critérios de não inclusão e exclusão:

- Não foram incluídas mulheres que não aceitaram participar da pesquisa ou que não assinaram o TCLE;
- Foram excluídas participantes com tempo de pós-operatório superior a 24 meses;
- Foram excluídas participantes que apresentassem limitações cognitivas, comunicacionais ou emocionais que impossibilitassem a compreensão e o preenchimento dos instrumentos;
- Foram excluídos questionários com preenchimento incompleto em itens essenciais para o cálculo dos escores dos instrumentos.

A recusa em participar ou a não assinatura do TCLE não foi tratada como critério de exclusão, mas como condição de não inclusão, respeitando o princípio ético da autonomia.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNAERP, estando em estrita consonância com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e n. 510/2016 (ANEXO A). A participação foi formalizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo às participantes o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de retirada de consentimento em qualquer fase do estudo, sem qualquer ônus ou prejuízo ao seu tratamento clínico na instituição.

3.3.1 Análise de riscos e benefícios

Em conformidade com as diretrizes éticas, as participantes foram informadas sobre os possíveis riscos relacionados à pesquisa, que incluíram eventuais desconfortos emocionais ou constrangimentos ao responder questões de cunho pessoal sobre imagem corporal. Como

medida de mitigação, foi garantido às participantes o direito de interromper a participação a qualquer momento. Caso a participante manifestasse desconforto emocional durante o preenchimento dos instrumentos, a coleta seria interrompida, sendo oferecida orientação para busca de atendimento psicológico na própria clínica, quando necessário. Os benefícios foram indiretos, consistindo na contribuição para o avanço do conhecimento científico e na melhoria dos protocolos de suporte multidisciplinar para pacientes bariátricos.

3.3.2 Critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa

A pesquisa seria sumariamente suspensa caso fosse detectado qualquer risco imprevisto ou dano à integridade física ou psicológica das participantes. Adicionalmente, o encerramento prematuro poderia ocorrer diante da identificação de estudos concomitantes que apresentem propósitos idênticos ou superioridade metodológica que invalide a relevância da coleta em curso.

3.4 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados ocorreu em uma policlínica médica denominada Uni Clínicas, situada na cidade de Catanduva, interior de São Paulo. A instituição atua no acompanhamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, contando com profissional médico gastroenterologista/cirurgião com experiência em gastrectomia vertical em manga e seguimento pós-operatório. A escolha do local justifica-se pela disponibilidade de acesso a mulheres no período pós-operatório definido para este estudo, pela autorização formal da instituição coparticipante e pela possibilidade de aplicação dos instrumentos em ambiente reservado e adequado, como demonstrado no Apêndice B.

A Uni Clínicas realiza acompanhamento ambulatorial de pacientes submetidas à cirurgia bariátrica, especialmente no período pós-operatório, com retornos clínicos programados de acordo com a necessidade individual de cada paciente e com a evolução após o procedimento. O fluxo assistencial inclui avaliação médica, acompanhamento pós-operatório, orientações gerais sobre adaptação alimentar e encaminhamentos multiprofissionais quando identificada necessidade de suporte nutricional, psicológico ou de outras especialidades. A clínica dispõe de prontuários e registros assistenciais que permitem a identificação de mulheres submetidas à gastrectomia vertical em manga dentro do período de pós-operatório estabelecido para este estudo. Dessa forma, o local mostrou-se adequado para o recrutamento das participantes e para a aplicação presencial dos instrumentos de pesquisa em ambiente reservado, garantindo privacidade, conforto e sigilo durante a coleta de dados.

3.5 MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Nesta seção, apresentam-se os instrumentos técnicos selecionados para a consecução dos objetivos propostos, priorizando ferramentas com rigor psicométrico e adequação ao perfil da amostra.

3.5.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O primeiro instrumento consiste em um Questionário Sociodemográfico e Clínico, elaborado pela própria pesquisadora (APÊNDICE C), com base nos objetivos do estudo, em informações usualmente levantadas em anamnese nutricional e clínica de pacientes bariátricos e nas variáveis descritas na literatura como relevantes para o acompanhamento pós-operatório. O instrumento teve como finalidade traçar o perfil biopsicossocial das participantes e identificar variáveis que pudessem atuar como fatores associados aos desfechos investigados. O primeiro questionário organizou-se em blocos temáticos, iniciando pela caracterização pessoal e rastreabilidade clínica, onde se registra a idade e o tempo decorrido desde a intervenção cirúrgica. A delimitação do intervalo de até 24 meses de pós-operatório fundamentou-se nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2024), que aponta este período como a fase de consolidação dos resultados ponderais e estabilização do novo equilíbrio metabólico, o que garante maior uniformidade ao estágio de adaptação das pacientes e evita vieses relacionados ao reganho ponderal tardio.

No que tange às especificações da intervenção cirúrgica, o questionário investigou a técnica utilizada, restringindo-se ao *Sleeve* (gastrectomia vertical) ou ao *Bypass* gástrico em Y de Roux. A inclusão dessas modalidades considerou sua ampla utilização na cirurgia metabólica e bariátrica contemporânea, sendo a gastrectomia vertical o procedimento mais realizado nos registros recentes (Brown *et al.*, 2024). Ademais, o instrumento contempla um inventário de estilo de vida e saúde, abordando parâmetros como a qualidade e duração do sono, padrões dietéticos específicos (incluindo restrições como o veganismo ou vegetarianismo) e o histórico patológico individual. Este bloco permitiu o registro de doenças crônicas, uso contínuo de fármacos e alergias, além de mensurar a adesão e a frequência à prática de atividade física regular.

Por último, o questionário sociodemográfico abrangeu variáveis específicas da saúde feminina e mental, englobando o uso de contraceptivos, fase de lactação e a frequência de acompanhamento psicológico. A coleta dessas informações de forma manuscrita visou proporcionar maior liberdade de resposta e precisão na obtenção de dados de identificação,

garantindo que nuances da rotina e dos hábitos alimentares das participantes fossem devidamente catalogadas para posterior análise estatística.

Todos os dados coletados neste instrumento serviram de base para a caracterização da amostra e para as correlações pertinentes com os escores de imagem corporal e comportamento alimentar obtidos pelas escalas validadas.

3.5.2 *The Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21)

Para a investigação minuciosa dos comportamentos alimentares foi utilizada a versão reduzida e traduzida para o português do *The Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21) (ANEXO B). Este instrumento, consolidado na literatura científica e utilizado para avaliação de diferentes dimensões do comportamento alimentar, fundamenta-se na avaliação de três domínios psicocomportamentais distintos (Cappelleri *et al.*, 2009; Natacci; Ferreira Júnior, 2011).

O primeiro deles, a restrição cognitiva (6 itens), afere o controle consciente sobre a ingestão alimentar com o intuito de influenciar o peso ou a forma corporal. O segundo domínio, a alimentação emocional (6 itens), mensura a propensão ao consumo excessivo de alimentos em resposta a estados afetivos negativos, como ansiedade ou solidão. Por último, o descontrole alimentar (9 itens) verifica a vulnerabilidade à perda de controle na presença de estímulos externos ou sinais de fome.

A aplicação do TFEQ-R21 utiliza uma escala do tipo Likert de quatro pontos, permitindo que a participante gradue a frequência ou concordância de cada comportamento. No que tange à análise dos dados brutos, cada item recebe uma pontuação de 1 a 4. O cálculo dos resultados é realizado separadamente por domínio, por meio da soma simples dos pontos de seus respectivos itens. Assim, a restrição cognitiva e a alimentação emocional apresentam escores máximos de 24 pontos cada, enquanto o descontrole alimentar alcança até 36 pontos.

A interpretação estatística segue a lógica de que pontuações mais elevadas em um domínio indicam uma maior predominância daquela tendência comportamental específica na rotina da paciente, permitindo correlações posteriores com os níveis de satisfação corporal.

3.5.3 *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI)

A avaliação do impacto da percepção corporal no bem-estar geral foi conduzida por meio da versão brasileira do *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI), adaptada e validada para o português por Assunção (2011) (ANEXO C). A escolha deste inventário justificou-se pelo rigoroso processo de adaptação transcultural a que foi submetido, garantindo equivalência semântica e idiomática com o instrumento original de Cash e Fleming (2002). Constituído por

19 itens, o teste investiga como a imagem corporal modula diferentes esferas da vida cotidiana, incluindo autoestima, relacionamentos interpessoais, desempenho funcional (trabalho ou estudos), saúde mental e adesão a hábitos saudáveis, como alimentação e exercícios físicos.

A estrutura de resposta do BIQLI baseia-se em uma escala Likert de sete pontos, variando de -3 (muito negativo) a +3 (muito positivo), com o valor 0 representando a ausência de efeito. Para a análise quantitativa dos resultados, os escores de cada item são somados, resultando em uma pontuação total que pode variar em um intervalo de -57 a +57. Pontuações positivas sinalizam que a imagem corporal exerce um impacto favorável na qualidade de vida da participante, ao passo que valores negativos indicam prejuízos decorrentes da autopercepção física.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com seres humanos, o recrutamento das participantes teve início por intermédio de contato telefônico. Para assegurar o rigor ético, um colaborador da Uni Clínicas, com acesso autorizado ao banco de dados, realizou a abordagem inicial às pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade. Nesta etapa, foi solicitada a autorização para o compartilhamento do contato telefônico com a pesquisadora responsável. Mediante o consentimento, a pesquisadora estabeleceu um novo contato para detalhar os objetivos do estudo e formalizar o convite para participação.

Caso a paciente aceitasse participar, foi agendado um encontro presencial nas dependências da Uni Clínicas. Foi respeitado um intervalo de tempo entre o convite e o agendamento para garantir que a candidata exercesse plenamente seu direito de reflexão e autonomia. No dia agendado, a participante foi conduzida individualmente a uma sala climatizada, preservando sua privacidade. Inicialmente, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura minuciosa; após sanadas eventuais dúvidas, procedeu-se à assinatura do documento.

A coleta de dados ocorreu de forma sequencial e manuscrita, seguindo o protocolo de aplicação dos instrumentos na seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e Clínico; *The Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21); e *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI). A pesquisadora permaneceu presente durante todo o processo exclusivamente para prestar esclarecimentos técnicos sobre o preenchimento, sem interferir nas respostas. Foi reiterado à participante que não havia obrigatoriedade de resposta a itens que gerem desconforto, bem como a total liberdade de interromper a coleta a qualquer momento. Ao final

do preenchimento, os questionários foram catalogados de forma codificada para garantir o anonimato.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento quantitativo dos dados, utilizou-se o *software* GraphPad Prism (versão 10.0). Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva para a caracterização da casuística, utilizando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, além de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e escores dos instrumentos psicométricos. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, garantindo a seleção adequada entre métodos paramétricos e não paramétricos.

Para a análise de correlação entre a percepção da imagem corporal e os domínios do comportamento alimentar, foram aplicados os testes de correlação de Pearson ou de Spearman. Adicionalmente, utilizou-se o Teste t de Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição, para comparação dos escores de imagem corporal e dos domínios do comportamento alimentar segundo as variáveis clínicas e sociodemográficas. O tempo de pós-operatório foi categorizado em ≤ 12 meses e > 12 meses até 24 meses para as análises comparativas. Também foram consideradas a percepção do sono, prática de atividade física, presença de doenças crônicas e acompanhamento psicoterapêutico. O nível de significância estatística adotado para todas as análises foi de $p < 0,05$. O uso do GraphPad Prism 10 permitiu a geração de representações gráficas de alta precisão e a identificação de possíveis associações do descontrole alimentar e da restrição cognitiva na população estudada.

3.8 USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Durante a elaboração desta dissertação, foi utilizado o ChatGPT, desenvolvido pela OpenAI, como ferramenta de apoio à redação, revisão e organização textual. Todo o conteúdo produzido com esse auxílio foi revisado pela autora, com conferência das fontes e dos documentos da pesquisa. A ferramenta não foi utilizada para gerar ou modificar dados, resultados estatísticos ou conclusões do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por 50 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. A idade média das participantes foi de $33,16 \pm 6,84$ anos. Em relação ao período pós-operatório, observou-se tempo médio de $15,65 \pm 7,64$ meses após a realização do procedimento cirúrgico.

Quanto à técnica empregada, todas as participantes ($n = 50$; 100,0%) foram submetidas à gastrectomia vertical em manga (*Sleeve*), conferindo uniformidade ao perfil cirúrgico da amostra. Essa homogeneidade está relacionada ao perfil assistencial do serviço onde a pesquisa foi realizada, no qual a gastrectomia vertical em manga é a técnica cirúrgica adotada para as pacientes incluídas no estudo.

As informações obtidas por meio do questionário sociodemográfico demonstraram que 64,0% ($n = 32$) das participantes relataram percepção de sono prejudicado. Em relação ao acompanhamento psicológico, 56,0% ($n = 28$) informaram realizar psicoterapia regularmente no período pós-operatório.

Quanto aos hábitos de vida, 42,0% ($n = 21$) relataram praticar atividade física regularmente. A presença de doenças crônicas foi observada em 26,0% ($n = 13$) das participantes, enquanto 38,0% ($n = 19$) referiram uso contínuo de contraceptivos hormonais.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram realizados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), conforme Parecer Consubstanciado nº 8.011.210, respeitando-se as normas éticas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos, presente no Anexo A. Os dados descritivos da amostra encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico das participantes submetidas à gastrectomia vertical em manga (n = 50).

Variável	Média (DP) / n	%
Idade (anos)	33,16 ± 6,84	—
Tempo pós-operatório (meses)	15,65 ± 7,64	—
Sono prejudicado	32	64,0
Acompanhamento psicoterapêutico	28	56,0
Prática regular de atividade física	21	42,0
Presença de doenças crônicas	13	26,0
Uso de contraceptivos hormonais	19	38,0

Fonte: Própria autora (2026).

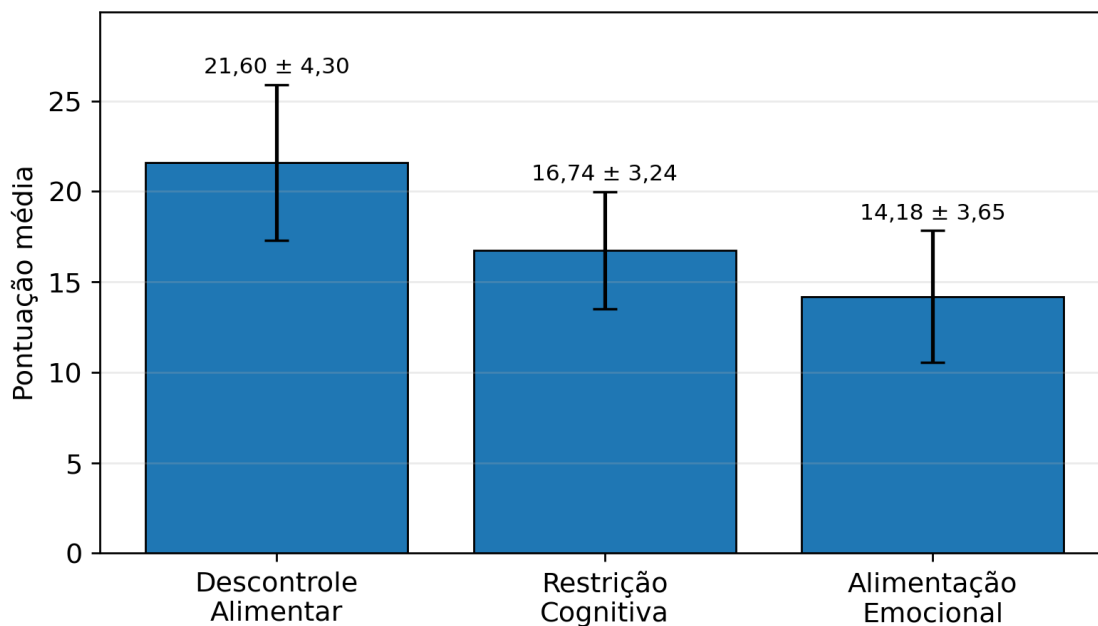
4.2 DIAGNÓSTICO PSICOMÉTRICO E PERFIL DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A avaliação da qualidade de vida relacionada à imagem corporal foi realizada por meio do *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI). A amostra apresentou escore médio de -13,06 ± 10,96 pontos, indicando impacto predominantemente negativo da imagem corporal sobre aspectos da vida cotidiana das participantes.

Os comportamentos alimentares foram avaliados pelo *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21). Entre os domínios investigados, o Descontrole Alimentar apresentou a maior média (21,60 ± 4,30 pontos), seguido pela Restrição Cognitiva (16,74 ± 3,24 pontos) e pela Alimentação Emocional (14,18 ± 3,65 pontos).

A distribuição dos escores médios dos domínios do TFEQ-R21 encontra-se apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Escores médios dos domínios do comportamento alimentar avaliados pelo TFEQ-R21 em mulheres submetidas à gastrectomia vertical em manga (n = 50).



Fonte: Próprio autor (2026).

Os resultados sugerem que, embora as participantes tenham sido submetidas à cirurgia bariátrica, permanecem presentes características comportamentais relacionadas ao controle alimentar. A predominância do domínio Descontrole Alimentar indica que aspectos associados à ingestão alimentar ainda podem representar desafios no período pós-operatório. Achados semelhantes foram descritos por Colles, Dixon e O'Brien (2008), Conceição *et al.* (2014) e Ivezaj *et al.* (2016), que observaram a persistência de comportamentos relacionados à perda de controle alimentar mesmo após a cirurgia bariátrica.

A interpretação desses escores deve considerar que o TFEQ-R21 avalia três dimensões complementares do comportamento alimentar, mas com número diferente de itens em cada domínio. Assim, a maior pontuação absoluta do Descontrole Alimentar deve ser analisada como um indicador de relevância clínica, e não necessariamente como comparação direta de intensidade entre domínios quando os escores não estão padronizados. Ainda assim, a presença de maiores escores nesse domínio reforça a necessidade de atenção à perda de controle alimentar no pós-operatório, especialmente em mulheres submetidas à gastrectomia vertical em manga.

Estudos recentes que utilizaram o TFEQ-R21 em populações bariátricas reforçam a pertinência desse instrumento para a avaliação do comportamento alimentar nesse contexto. Em pacientes submetidos ao *bypass* gástrico em Y de Roux, Da Silva *et al.* (2024) observaram que a restrição cognitiva, o descontrole alimentar e a alimentação emocional avaliados seis meses

após a cirurgia apresentaram relação com os desfechos ponderais, sendo a restrição cognitiva o domínio mais associado à maior perda de excesso de peso aos 12 meses. Em candidatos à cirurgia bariátrica acompanhados em hospital público brasileiro, Kikuchi *et al.* (2024) também utilizaram o TFEQ-R21 e identificaram maior média no domínio Restrição Cognitiva, além de correlação positiva entre alimentação emocional, descontrole alimentar e atitudes alimentares desordenadas. Esses achados sugerem que os padrões alimentares avaliados pelo TFEQ-R21 já podem estar presentes antes da cirurgia e tendem a se reorganizar no período pós-operatório.

Em pacientes submetidos especificamente à gastrectomia vertical, Yao *et al.* (2026) observaram alterações significativas no domínio de restrição cognitiva após a cirurgia, sem correlação significativa entre o escore total de comportamento alimentar e o percentual de perda de excesso de peso. Esses resultados dialogam com os achados do presente estudo ao indicar que a adaptação alimentar após a gastrectomia vertical não depende apenas da redução ponderal, mas envolve fatores cognitivos, comportamentais e psicológicos relacionados ao novo padrão alimentar pós-cirúrgico.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS, IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Foram realizadas análises comparativas para verificar possíveis associações entre variáveis clínicas e os escores psicométricos avaliados.

O tempo de pós-operatório, categorizado em ≤ 12 meses e > 12 meses até 24 meses, e a prática regular de atividade física não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação aos escores de imagem corporal ou aos domínios do comportamento alimentar ($p > 0,05$). Da mesma forma, a presença de doenças crônicas não demonstrou associação significativa com as variáveis estudadas.

Por outro lado, participantes que relataram acompanhamento psicoterapêutico regular apresentaram diferença significativa no domínio Restrição Cognitiva ($p = 0,01$), sugerindo possível relação entre suporte psicológico e estratégias de controle alimentar. Embora o delineamento do estudo não permita estabelecer relações causais, intervenções psicológicas têm sido associadas ao fortalecimento da autorregulação alimentar e ao desenvolvimento de estratégias comportamentais mais adaptativas após a cirurgia bariátrica (Ames; Koball; Clark, 2022; Braden *et al.*, 2022; Bradley *et al.*, 2016).

A associação entre acompanhamento psicoterapêutico e maior Restrição Cognitiva deve ser interpretada com cautela. Esse resultado pode indicar maior uso de estratégias de monitoramento alimentar entre participantes em psicoterapia, mas também pode refletir que

mulheres com maior preocupação alimentar, maior demanda emocional ou maior percepção de dificuldade no manejo do comportamento alimentar sejam justamente aquelas que mais buscam acompanhamento psicológico. Essa leitura é coerente com evidências recentes de que intervenções psicológicas e comportamentais no pós-operatório podem favorecer a redução de compulsão alimentar, alimentação emocional e sofrimento psicológico, ainda que nem sempre resultem em mudanças ponderais imediatas (Sockalingam *et al.*, 2023).

Também foi observada associação estatisticamente significativa entre percepção de sono prejudicado e Descontrole Alimentar ($p = 0,02$). As participantes que relataram sono prejudicado apresentaram maiores escores de descontrole alimentar quando comparadas àquelas que relataram sono preservado. Esse resultado é compatível com evidências que apontam a relação entre aspectos do sono, mecanismos de autorregulação, comportamento alimentar e manutenção dos resultados obtidos após a cirurgia bariátrica (Carvalho *et al.*, 2025; Gangitano *et al.*, 2023; Lodewijks; Schonck; Nienhuijs, 2023).

A literatura recente também tem reforçado que o sono deve ser considerado uma dimensão clínica relevante no acompanhamento bariátrico. Schreyer *et al.* (2025) destacaram a necessidade de avaliação confiável do sono em pacientes que buscam cirurgia metabólica e bariátrica, enquanto Wang *et al.* (2025), em revisão sistemática e meta-análise, observaram que a cirurgia bariátrica pode produzir alterações na qualidade e na arquitetura do sono. No presente estudo, entretanto, o sono foi avaliado por percepção autorreferida, e o principal achado foi sua associação com maiores escores de Descontrole Alimentar. Esse resultado sugere possível relação entre alterações subjetivas do sono e aspectos da autorregulação alimentar, devendo ser interpretado considerando as características do instrumento utilizado.

Os principais resultados das comparações entre grupos são apresentados na Tabela 2.

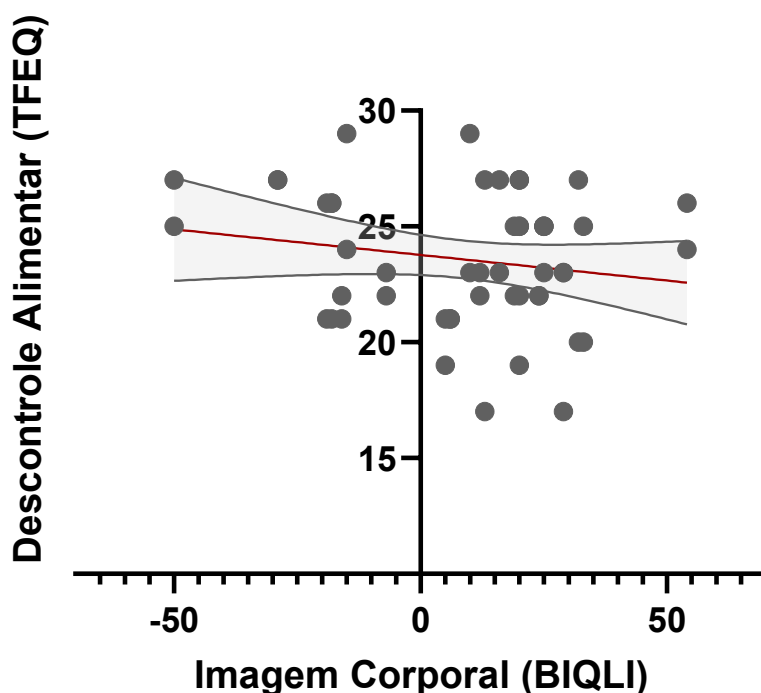
Quadro 1 - Comparações entre grupos segundo variáveis clínicas e escores psicométricos em mulheres submetidas à gastrectomia vertical em manga ($n = 50$).

Comparação	Grupos	Resultado	p
Acompanhamento psicoterapêutico × Restrição Cognitiva	Com psicoterapia ($n = 28$) vs. sem psicoterapia ($n = 22$)	Maior Restrição Cognitiva entre participantes em acompanhamento psicoterapêutico	0,01
Percepção do sono × Descontrole Alimentar	Sono prejudicado ($n = 32$) vs. sono preservado ($n = 18$)	Maior Descontrole Alimentar entre participantes com percepção de sono prejudicado	0,02

Fonte: Própria autora (2026).

A análise de correlação de Pearson entre o escore global do BIQLI e o domínio Descontrole Alimentar não demonstrou associação linear estatisticamente significativa ($r = -0,1789$; $p = 0,2138$), conforme apresentado na Figura 2. A distribuição dos dados indica ausência de relação linear entre as variáveis avaliadas.

Figura 2 - Análise de dispersão e correlação linear entre a qualidade de vida relacionada à imagem corporal (BIQLI) e o escore de Descontrole Alimentar (TFEQ-R21) em mulheres submetidas à gastrectomia vertical ($n = 50$).



Fonte: Própria autora (2026).

A ausência de correlação significativa sugere que, nesta amostra, o impacto negativo da imagem corporal não esteve diretamente associado aos níveis de descontrole alimentar. Embora a literatura frequentemente descreva relações entre insatisfação corporal e comportamento alimentar, os resultados observados indicam que esses fenômenos podem apresentar relativa independência no período pós-operatório avaliado. Estudos prévios demonstram que a imagem corporal constitui um construto multidimensional, influenciado por fatores psicológicos, sociais e funcionais que nem sempre se refletem diretamente em padrões alimentares específicos (Behrens *et al.*, 2021; Ivezaj; Grilo, 2018; Mento *et al.*, 2022).

Esse achado não reduz a importância clínica da imagem corporal, mas indica que, na amostra investigada, seu impacto negativo sobre a qualidade de vida não se traduziu diretamente em maior descontrole alimentar. Estudos que utilizaram o BIQLI em cirurgia bariátrica mostram que a imagem corporal pode melhorar após a perda de peso, mas essa melhora não ocorre de forma uniforme em todos os domínios psicossociais.

Sarwer *et al.* (2010), ao avaliarem pacientes submetidos ao *bypass* gástrico, observaram melhora significativa da qualidade de vida relacionada à imagem corporal no período pós-operatório, porém destacaram que diferentes medidas de imagem corporal podem captar dimensões distintas desse construto. De forma semelhante, Fioramonti *et al.* (2023), em pacientes pós-bariátricos submetidos à cirurgia de contorno corporal, observaram melhora na percepção da própria imagem corporal na qualidade de vida, mas identificaram que indivíduos com maior sofrimento psicológico basal nem sempre apresentam melhora subjetiva após a intervenção.

Portanto, a ausência de correlação entre BIQLI e Descontrole Alimentar no presente estudo pode ser compreendida à luz da multidimensionalidade da imagem corporal. O BIQLI avalia o impacto da imagem corporal em diversos aspectos da vida, incluindo relações sociais, emoções, sexualidade, atividade física, alimentação e autoconfiança, enquanto o domínio Descontrole Alimentar do TFEQ-R21 mensura uma dimensão específica da autorregulação alimentar. Assim, é possível que a imagem corporal tenha repercussões importantes na qualidade de vida dessas mulheres sem, necessariamente, determinar de forma linear o descontrole alimentar.

Por outro lado, os achados relacionados ao sono e ao acompanhamento psicoterapêutico apontam para possíveis fatores associados ao comportamento alimentar dessas pacientes. A associação entre percepção de sono prejudicado e maiores escores de descontrole alimentar reforça a relevância de fatores comportamentais e de estilo de vida no acompanhamento pós-operatório. Da mesma forma, a associação observada entre psicoterapia e Restrição Cognitiva sugere possível contribuição do acompanhamento psicológico para estratégias de monitoramento e controle alimentar.

Em conjunto, os resultados sugerem que a adaptação neurocomportamental após a gastrectomia vertical deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial. A ausência de associação linear entre imagem corporal e descontrole alimentar, somada às associações observadas com sono e psicoterapia, reforça a relevância de considerar, no acompanhamento pós-operatório, aspectos relacionados ao sono, ao acompanhamento psicológico, ao comportamento alimentar e à percepção corporal. Estudos recentes com o TFEQ-R21 reforçam que restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar podem se comportar de maneira distinta conforme o momento cirúrgico, o tipo de procedimento e o suporte recebido pela paciente (Da Silva *et al.*, 2024; Kikuchi *et al.*, 2024; Yao *et al.*, 2026).

Entretanto, os resultados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo, incluindo o delineamento transversal, a amostra exclusivamente feminina, o tamanho amostral

reduzido, utilização de instrumentos de autorrelato e a exclusividade da técnica cirúrgica de gastrectomia vertical em manga (*Sleeve*). Dessa forma, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que, na amostra investigada, mulheres submetidas à gastrectomia vertical em manga apresentaram impacto predominantemente negativo da imagem corporal sobre a qualidade de vida, evidenciado pelos escores obtidos no *Body Image Quality of Life Inventory* (BIQLI).

Em relação ao comportamento alimentar, observou-se maior pontuação absoluta no domínio Descontrole Alimentar em comparação aos domínios Restrição Cognitiva e Alimentação Emocional, indicando a permanência de desafios relacionados ao controle da ingestão alimentar mesmo após a cirurgia bariátrica. Essa interpretação deve considerar que os domínios do TFEQ-R21 possuem número diferente de itens, razão pela qual a comparação entre eles deve ser analisada com cautela quando não forem utilizados escores padronizados.

A análise de correlação não identificou associação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida relacionada à imagem corporal e o descontrole alimentar. Esse resultado sugere que, na amostra estudada, a hipótese principal da pesquisa não foi confirmada, uma vez que a percepção negativa da imagem corporal não esteve significativamente associada aos níveis de descontrole alimentar observados.

Por outro lado, foram identificadas associações significativas entre percepção de sono prejudicado e maiores escores de descontrole alimentar, bem como entre acompanhamento psicoterapêutico e maiores escores de restrição cognitiva. Esses achados sugerem que fatores comportamentais e psicossociais podem estar relacionados a dimensões específicas do comportamento alimentar no período pós-operatório.

Dessa forma, conclui-se que, entre as participantes avaliadas, a adaptação após a cirurgia bariátrica envolveu aspectos relacionados à imagem corporal, ao comportamento alimentar e aos hábitos de vida, sem que tenha sido demonstrada associação significativa entre imagem corporal e descontrole alimentar. Os resultados reforçam a relevância do acompanhamento multiprofissional contínuo no período pós-operatório.

Considerando as limitações do delineamento transversal, do tamanho amostral e da utilização de instrumentos de autorrelato, novos estudos com amostras maiores e acompanhamento longitudinal são recomendados para aprofundar a compreensão dessas relações.

A presente dissertação contribuiu para a confecção de um produto educacional para mulheres submetidas à cirurgia com a finalidade de auxiliar no processo pós cirúrgico em relação aos novos hábitos e aceitação à própria imagem corporal.

REFERÊNCIAS

- AKKAYAOĞLU, H.; ÇELİK, S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 53, art. 151270, 2020. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151270.
- ALALWAN, A. et al. A systematic review exploring dietary behaviors, psychological determinants and lifestyle factors associated with weight regain after bariatric surgery. **Healthcare**, [S. l.], v. 12, n. 22, art. 2243, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12222243.
- AMES, G. E.; KOBALL, A. M.; CLARK, M. M. Behavioral interventions to attenuate driven overeating and weight regain after bariatric surgery. **Frontiers in Endocrinology**, Lausanne, v. 13, art. 934680, 2022. DOI: 10.3389/fendo.2022.934680.
- ASSUNÇÃO, F. F. O. **Body Image Quality of Life Inventory - BIQLI: adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimaduras**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- BEHRENS, S. C. *et al.* Effects of bariatric surgery on depression: role of body image. **Obesity Surgery**, New York, v. 31, n. 4, p. 1864-1868, 2021. DOI: 10.1007/s11695-020-05057-3.
- BOSC, L. *et al.* Long-term changes in body image after bariatric surgery: an observational cohort study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 17, n. 12, e0276167, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0276167.
- BRADEN, A. *et al.* An open trial examining dialectical behavior therapy skills and behavioral weight loss for adults with emotional eating and overweight/obesity. **Behavior Therapy**, New York, v. 53, n. 4, p. 614-627, 2022. DOI: 10.1016/j.beth.2022.01.008.
- BRADLEY, L. E. *et al.* A pilot study of an acceptance-based behavioral intervention for weight regain after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, New York, v. 26, n. 10, p. 2433-2441, 2016. DOI: 10.1007/s11695-016-2125-0.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023: estado nutricional e consumo alimentar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 80 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-estado-nutricional-e-consumo-alimentar/view>. Acesso em: 8 jun. 2026.
- BRAY, G. A. *et al.* **Handbook of obesity: epidemiology, etiology, and physiopathology**. 4. ed. Boca Raton: CRC Press, 2023.
- BROWN, W. A. *et al.* Metabolic bariatric surgery across the IFSO chapters: key insights on the baseline patient demographics, procedure types, and mortality from the Eighth IFSO Global Registry Report. **Obesity Surgery**, New York, v. 34, p. 1764-1777, 2024. DOI: 10.1007/s11695-024-07196-3.
- BUDNY, A. *et al.* Long-term follow-up after bariatric surgery: key to successful outcomes in obesity management. **Nutrients**, Basel, v. 16, n. 24, art. 4399, 2024. DOI: 10.3390/nu16244399.
- CAPPELLERI, J. C. *et al.* Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. **International Journal of Obesity**, London, v. 33, n. 6, p. 611-620, 2009. DOI: 10.1038/ijo.2009.74.
- CARVALHO, A. C. *et al.* Associations of subjective sleep patterns and social jet lag with weight loss and dietary intake in bariatric surgery patients: a 1-year follow-up study. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 133, p. 711-720, 2025. DOI: 10.1017/S0007114525000352.

- CASH, T. F.; FLEMING, E. C. The impact of body-image experiences: development of the Body Image Quality of Life Inventory. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 31, n. 4, p. 455-460, 2002. DOI: 10.1002/eat.10033.
- CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: The Guilford Press, 2002.
- COLLES, S. L.; DIXON, J. B.; O'BRIEN, P. E. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. **Obesity**, Silver Spring, v. 16, n. 3, p. 615-622, 2008. DOI: 10.1038/oby.2007.101.
- CONCEIÇÃO, E. *et al.* Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: a study with a Portuguese sample. **Eating and Weight Disorders**, Cham, v. 19, p. 103-109, 2014. DOI: 10.1007/s40519-013-0069-0.
- CONCEIÇÃO, E. M. *et al.* Weight loss expectations and weight loss after surgery: the mediating role of body image and weight concerns. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 16, n. 7, p. 932-939, 2020. DOI: 10.1016/j.soard.2020.03.009.
- DA SILVA, D. S. *et al.* Early changes in eating behavior patterns and their relationship with weight outcomes in patients undergoing bariatric surgery. **Nutrients**, Basel, v. 16, n. 22, art. 3868, 2024. DOI: 10.3390/nu16223868.
- DE LOURDES, M. *et al.* Understanding uncontrolled eating after bariatric surgery: the role of excessive skin and body image shame. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 10, n. 13, art. 2967, 2021. DOI: 10.3390/jcm10132967.
- EISENBERG, D. *et al.* 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): indications for metabolic and bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 18, n. 12, p. 1345-1356, 2022. DOI: 10.1016/j.soard.2022.08.013.
- FEIG, E. H. *et al.* A qualitative examination of emotional experiences during physical activity post-metabolic/bariatric surgery. **Obesity Surgery**, New York, v. 32, n. 3, p. 660-670, 2022. DOI: 10.1007/s11695-021-05838-8.
- FIORAMONTI, P. *et al.* Body image and quality of life in post-bariatric patients before and after body contouring and predictors of positive outcome. **Journal of Surgery**, [S. l.], v. 8, art. 1941, 2023. DOI: 10.29011/2575-9760.001941.
- FONSECA-JUNIOR, S. J. *et al.* Physical exercise and morbid obesity: a systematic review. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 67-73, 2013. DOI: 10.1590/S0102-67202013000600015.
- GANGITANO, E. *et al.* Weight loss and sleep: current evidence in animal models and humans. **Nutrients**, Basel, v. 15, n. 15, art. 3431, 2023. DOI: 10.3390/nu15153431.
- IVEZAJ, V.; GRILO, C. M. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 19, n. 8, p. 1116-1140, 2018. DOI: 10.1111/obr.12685.
- IVEZAJ, V. *et al.* Loss of control eating following sleeve gastrectomy surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 12, n. 8, p. 1505-1512, 2016. DOI: 10.1016/j.soard.2016.03.010.
- KIKUCHI, J. L. D. *et al.* Emotional eating and uncontrolled eating as risk predictors for disordered eating attitudes in candidates for bariatric surgery treated at a public hospital in the Amazon. **Nutrients**, Basel, v. 16, n. 11, art. 1600, 2024. DOI: 10.3390/nu16111600.
- LODEWIJKS, Y.; SCHONCK, F.; NIENHUIJS, S. Sleep quality before and after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, New York, v. 33, p. 279-283, 2023. DOI: 10.1007/s11695-022-06387-0.

- MENTO, C. *et al.* The role of body image in obese identity changes post bariatric surgery. **Eating and Weight Disorders**, Cham, v. 27, p. 1269-1278, 2022. DOI: 10.1007/s40519-021-01270-w.
- MORAES, C. M. B. *et al.* Qualidade de vida e imagem corporal após cirurgia bariátrica e de contorno corporal. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 38, n. 3, e0720, 2023. DOI: 10.5935/2177-1235.2023RBCP0720-PT.
- NATACCI, L. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. The Three Factor Eating Questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 383-394, 2011. DOI: 10.1590/S1415-52732011000300002.
- PEHLIVAN, M. *et al.* The relationship between body image and nutritional behaviors in adult individuals. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 20, n. 3, e0320408, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0320408.
- PYYKKO, J. E. *et al.* Body image and eating behavior after bariatric surgery: a longitudinal perspective. **Obesity Surgery**, New York, v. 32, p. 1-10, 2022.
- RODRIGUES, R. C. B. *et al.* Association between the predominant domain of eating behavior and perception of distortion and satisfaction with body image in people who underwent bariatric surgery in Brazil. **Nutrients**, Basel, v. 17, n. 5, art. 850, 2025. DOI: 10.3390/nu17050850.
- SABISTON, D. C.; TOWNSEND, C. M. **Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice**. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.
- SARWER, D. B. *et al.* Changes in quality of life and body image following gastric bypass surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 6, n. 6, p. 608-614, 2010. DOI: 10.1016/j.soard.2010.07.015.
- SARWER, D. B.; HEINBERG, L. J. A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 75, n. 2, p. 252-264, 2020. DOI: 10.1037/amp0000550.
- SCHREYER, C. C. *et al.* Assessing the reliability and validity of sleep assessments in patients seeking metabolic and bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, New York, v. 21, p. 76-84, 2025. DOI: 10.1016/j.soard.2024.10.016.
- SOCKALINGAM, S. *et al.* Efficacy of telephone-based cognitive behavioral therapy for weight loss, disordered eating, and psychological distress after bariatric surgery: a randomized clinical trial. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 6, n. 8, e2329132, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.29132.
- STUNKARD, A. J.; MESSICK, S. The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 71-83, 1985. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90010-8.
- TABESH, M. R. *et al.* Nutrition, physical activity, and prescription of supplements in pre- and post-bariatric surgery patients: an updated comprehensive practical guideline. **Obesity Surgery**, New York, v. 33, p. 2557-2572, 2023. DOI: 10.1007/s11695-023-06749-2.
- WANG, G. *et al.* Effects of bariatric surgery on sleep architecture and quality: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Surgery**, New York, v. 35, p. 1070-1085, 2025. DOI: 10.1007/s11695-025-07690-2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 8 jun. 2026.
- YAO, L. *et al.* Study on the correlation between body mass change and eating behavior psychology in patients after sleeve gastrectomy. **BMC Psychology**, London, v. 14, art. 30, 2026. DOI: 10.1186/s40359-025-03778-7.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mariana Orlando Nechar. Nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Ribeirão Preto.

PROMOTORA DA PESQUISA: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

PROJETO DE PESQUISA: **Relação entre Imagem Corporal e Comportamento Alimentar em Pacientes Bariátricos**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a correlação entre a percepção de imagem corporal e os padrões de comportamento alimentar e seu impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com tempo de pós-operatório de até 24 meses, em uma clínica especializada em cirurgias de gastrectomia da cidade de Catanduva, no interior de São Paulo. Caso você concorde em participar, você terá que responder a algumas perguntas sobre seu processo de emagrecimento, sua vida diária e pessoal, sobre sua qualidade de vida e sua autoestima. Você levará por volta de 45 minutos para responder às perguntas. Os resultados

desta pesquisa poderão nos ajudar a compreender melhor o impacto que a imagem corporal exerce sobre os comportamentos alimentares e a qualidade de vida de pacientes que passaram pela cirurgia bariátrica, e dessa forma podermos traçar estratégias mais precisas e individualizadas para o tratamento dos pacientes após a cirurgia. A recusa em participar desta pesquisa, não trará mudança alguma no seu tratamento. Você estará livre para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar qualquer desconforto ou constrangimento deixando-as em branco. Você será esclarecido(a) a respeito da pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Você não será identificado em momento algum. A participação nesta pesquisa não acarretará custos algum a você como participante da pesquisa. Os riscos relacionados à pesquisa incluem o desconforto e/ ou constrangimento com questões contidas nos questionários. Reforçamos que caso haja qualquer tipo de desconforto e/ ou constrangimento ao responder as questões abordadas nessa pesquisa, você estará livre para se recusar a responder, bem como interromper sua participação a qualquer momento. Caso apresente qualquer tipo de desconforto, você será encaminhado ao serviço de psicologia da mesma clínica. Os benefícios indiretos de sua participação nesta pesquisa serão o conhecimento de sua autopercepção quanto a sua imagem corporal e compreensão de como esse aspecto impacta em seus comportamentos alimentares e qualidade de vida. Esta pesquisa não proporcionará qualquer recompensa financeira. O projeto está de acordo com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e CNS 510/2016. Em caso de quaisquer dúvidas, você poderá chamar pela pesquisadora responsável Mariana Orlando Nechar ou a orientadora deste estudo Prof. Dra. Telma Maria Braga Costa no telefone, e-mail ou endereço exposto ao final deste.

Eu _____ portador (a) do
RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente de que poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa são confidenciais.

- Declaro que concordo em participar do presente estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi oferecida a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas. Tenho total ciência do exposto acima e desejo participar desta pesquisa.

Assinatura do Paciente:

_____/_____/_____

Assinatura do Pesquisador Responsável:



____/____/____



Documento assinado digitalmente

TELMA MARIA BRAGA COSTA

Data: 30/10/2025 00:02:31-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

____/____/____

Em caso de dúvida você poderá procurar por:

Mariana Orlando Nechar. Cel: 017 98104 4464 E-mail: mariana.anechar@sou.unaerp.edu.br

Prof. Dra Telma Maria Braga Costa. E-mail: tbraga@unaerp.br

Endereço: Av. Costábile Romano, 2201, Ribeirânia. Ribeirão Preto - São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto pelos telefones:

(16) 3603 - 7000 ou 0800 - 771 8388 ou E-mail: cetica@unaerp.br

APÊNDICE B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

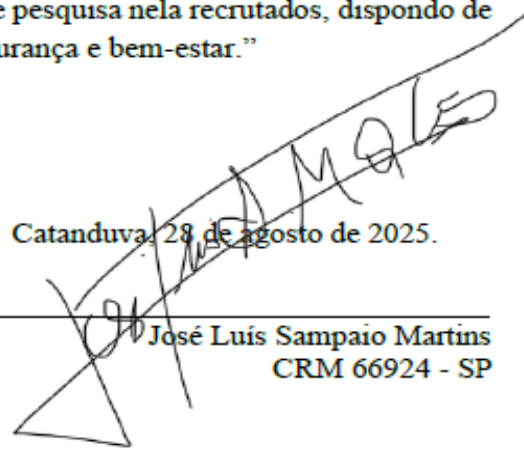
Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Na função de representante e médico responsável da UNICLÍNICA de Catanduva, São Paulo, no endereço da Rua Manaus, nº 810, informo que o projeto de pesquisa intitulado: Relação entre Imagem Corporal e Comportamento Alimentar em Pacientes Bariátricos, apresentado pela pesquisadora responsável Mariana Orlando Nechar, sob orientação da Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa e que tem como objetivo avaliar a correlação entre a percepção de imagem corporal e os padrões de comportamento alimentar e seu impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com o tempo de pós operatório de até 24 meses, em uma clínica especializada em cirurgias de gastroplastia da cidade de Catanduva, no interior de São Paulo, foi analisado e, desde que siga os preceitos éticos descritos pela Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a sua realização após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

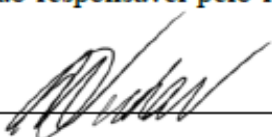
“Declaro estar de acordo com a realização desta pesquisa, caso ela seja aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), assim como que conheço e cumpro as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e CNS 510/2016. Eu, como médico responsável pela UNICLÍNICA, estou ciente de minhas corresponsabilidades e do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.”

Catanduva, 28 de agosto de 2025.



José Luís Sampaio Martins
CRM 66924 - SP

Eu, Mariana Orlando Nechar, antes do início das coletas da pesquisa, me comprometo a apresentar o parecer da aprovação ético do CEP junto ao responsável pelo local acima descrito.



Mariana Orlando Nechar
Pesquisadora responsável

Nome: _____ Data de nasc. _____

Idade: _____

Data da cirurgia: _____/_____/_____

Técnica cirúrgica: ☐ Sleeve/ gastrectomia vertical
☐ Bypass/ gastroplastia em “Y” de Roux

Hábitos de vida

Restrição alimentar: ☐ Não ☐ Vegano ☐ Vegetariano

Outros: _____

Hábitos de sono: ☐ Dorme bem ☐ Dorme mal

Quantas horas: _____

Exercícios físicos ☐ Sim ☐ Não

Frequência semanal: _____

Patologia

Doença (s) crônica (s): ☐ Sim ☐ Não

Qual: _____

Histórico familiar: ☐ Sim ☐ Não

Qual: _____

Uso de medicamentos ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____

Alergia à medicamentos ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____

Hábitos alimentares

Faz uso de suplementos ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____

Alergias ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____

Intolerância

☐ Sim☐ Não

Quais: _____

Informações adicionais

Contraceptivos

☐ Sim☐ Não

Lactante

☐ Sim☐ Não

Acompanhamento psicológico

☐ Sim☐ Não**Fonte:** Próprio autor (2026)

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Mariana Orlando Nechar, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pela Professora Dra. Telma Maria Braga Costa, DECLARO que:

Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;

As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;

As informações serão coletadas no banco de dados disponibilizado pela Instituição de Saúde UNICLÍNICA, situada na Rua Manaus, nº 810, centro de Catanduva – SP, onde será proposto o estudo sob responsabilidade do médico Dr. José Luís Sampaio Martins (CRM: 66924-SP) e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;

Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);

Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;

Cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde;

O CEP será comunicado em caso de defeitos da pesquisa;

Ribeirão Preto, 28 de agosto de 2025.



Mariana Orlando Nechar
Pesquisadora responsável
RG: 42.057.068-8

Documento assinado digitalmente
gov.br TELMA MARIA BRAGA COSTA
Data: 28/08/2025 16:59:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Telma Maria Braga Costa
Orientadora do projeto de pesquisa
RG: 14.608.435-4

APÊNCICE E – PRODUTO TÉCNICO-EDUCACIONAL “ENTRE O CORPO E A MENTE”

O produto técnico-educacional “Entre o Corpo e a Mente” foi desenvolvido como parte do Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), a partir da pesquisa realizada com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. O material foi elaborado com o propósito de oferecer informações acessíveis, fundamentadas cientificamente e aplicáveis ao cotidiano de mulheres que vivenciam o período pós-operatório.

A motivação para sua elaboração surgiu a partir dos resultados encontrados durante o desenvolvimento desta dissertação, especialmente aqueles relacionados ao comportamento alimentar e à percepção da imagem corporal das participantes. Esses achados evidenciaram a importância de ampliar o acompanhamento da mulher após a cirurgia bariátrica, oferecendo recursos educativos que contribuam para uma melhor compreensão das mudanças fisiológicas e comportamentais que podem ocorrer ao longo desse processo.

Nesse contexto, o “Entre o Corpo e a Mente” foi estruturado como um material educativo destinado às mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, abordando de maneira didática questões relacionadas à alimentação, comportamento alimentar, percepção corporal e aos principais mecanismos envolvidos na regulação da fome, da saciedade e da ingestão alimentar. Buscou-se traduzir conhecimentos científicos para uma linguagem clara e acolhedora, favorecendo a compreensão e a autonomia das leitoras em relação ao próprio processo de cuidado.

Espera-se que este produto possa ser utilizado como recurso complementar às orientações realizadas pelos profissionais de saúde, contribuindo para ações de educação em saúde no acompanhamento pós-bariátrico. Dessa forma, o material procura aproximar o conhecimento científico da realidade vivenciada pelas mulheres após a cirurgia, valorizando não apenas as mudanças físicas, mas a complexidade da transformação que acompanha essa trajetória.

Entre o Corpo e a Mente

Do emagrecimento à reconstrução da identidade corporal



Produto técnico-educacional • Mestrado Profissional em Saúde e Educação • 2026

Ilustração de capa: elaborada pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

O e-book “Entre o Corpo e a Mente” foi desenvolvido como produto técnico-educacional do Mestrado Profissional em Saúde e Educação, a partir de uma pesquisa com mulheres submetidas à gastrectomia vertical (sleeve). O material busca traduzir conhecimento científico para uma linguagem acessível e acolhedora, abordando mudanças fisiológicas, comportamento alimentar, imagem corporal, saúde mental, exercício físico e estratégias de manutenção no pós-operatório.

Sua elaboração foi motivada pelos achados da dissertação e pela necessidade de oferecer às pacientes um recurso educativo que ultrapasse a orientação centrada apenas no peso. O produto valoriza a compreensão das mudanças corporais e emocionais, a autonomia, a continuidade do cuidado e o acompanhamento multiprofissional.

NOTA AO LEITOR

- Este material tem finalidade educativa e não substitui avaliação individualizada por cirurgião, nutricionista, psicólogo ou outros profissionais da equipe assistencial.
- Condutas alimentares, suplementação, exercício e manejo de sintomas devem ser individualizados conforme fase pós-operatória, condições clínicas e orientação profissional.

ÍNDICE

Introdução

Capítulo 1 – Obesidade é doença crônica, não falta de força de vontade

Capítulo 2 – O que a cirurgia bariátrica muda no corpo

Capítulo 3 – O cérebro após a bariátrica

Capítulo 4 – Comportamento alimentar no pós-operatório

Capítulo 5 – Imagem corporal e reconstrução da identidade

Capítulo 6 – Imagem corporal positiva

Capítulo 7 – Saúde mental no pós-bariátrico

Capítulo 8 – Exercício físico como reconexão com o corpo

Capítulo 9 – Estratégias para manter resultados duradouros

Capítulo 10 – Imagem corporal e comportamento alimentar: caminhos paralelos e interligados

Caderno prático

Conclusão

Referências

INTRODUÇÃO

Este material foi pensado para você, mulher que passou pela cirurgia bariátrica e está vivendo uma das fases mais intensas da própria história. Talvez seu corpo tenha mudado rapidamente, mas sua mente ainda esteja tentando acompanhar. Talvez a balança mostre uma vitória, mas o espelho ainda desperte dúvidas. Talvez as pessoas ao redor digam que você “está ótima”, enquanto por dentro você ainda carrega medo, insegurança, culpa ou sensação de não se reconhecer completamente.

A cirurgia bariátrica é uma ferramenta poderosa para o tratamento da obesidade, mas ela não apaga automaticamente anos de experiências, memórias corporais, tentativas de emagrecimento, comentários dolorosos, dietas frustradas, medo de comer, episódios de compulsão ou sofrimento com a imagem corporal. O procedimento modifica o estômago, altera hormônios, reduz a fome fisiológica e melhora muitas condições metabólicas. Mas a adaptação emocional e comportamental precisa de tempo, cuidado, informação e acompanhamento (Dimitriadis; Randeva; Miras, 2017; Ivezaj; Grilo, 2018).

Você não falhou se ainda sente vontade de comer mesmo sem fome. Você não falhou se ainda se olha no espelho e estranha seu corpo. Você não falhou se tem medo do reganho de peso. Esses sentimentos não significam fraqueza. Eles indicam que o corpo, o cérebro e a identidade estão passando por um processo profundo de reorganização (Mento et al., 2022; Noria et al., 2023).

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e complexa. Ela envolve genética, ambiente, hormônios, sono, emoções, padrões alimentares, experiências sociais, acesso à saúde, rotina, estresse e cultura. Reduzir tudo isso à frase “é só fechar a boca” é injusto, cientificamente incorreto e emocionalmente violento. A pessoa com obesidade não precisa de culpa; precisa de tratamento, compreensão e estratégias sustentáveis (Sarwer; Heinberg, 2020).

Este e-book foi construído para transformar conhecimento científico em linguagem acessível. A ideia é que você compreenda o que acontece no seu corpo e no seu cérebro depois da bariátrica, reconheça seus sinais, aprenda a diferenciar fome física de fome emocional, acolha sua imagem corporal com mais gentileza e desenvolva uma rotina de autocuidado realista. O objetivo não é criar perfeição. O objetivo é criar consciência, segurança e continuidade.

CAPÍTULO 1

Obesidade é doença crônica, não falta de força de vontade

Fisiopatologia, hormônios, genética, ambiente e comportamento

EIXO INTESTINO-CÉREBRO

- Grelina: produzida principalmente no estômago e relacionada ao aumento da fome antes das refeições.
- Leptina: produzida pelo tecido adiposo e envolvida na sinalização das reservas energéticas.
- GLP-1 e PYY: hormônios intestinais associados à saciedade e à redução do apetite.

A obesidade é uma doença crônica, progressiva e multifatorial. Isso significa que ela não surge por uma única causa e não pode ser explicada apenas pela quantidade de comida ingerida ou pela ausência de exercício físico. A obesidade envolve alterações metabólicas, inflamatórias, hormonais, genéticas, ambientais, psicológicas e comportamentais. Entender essa complexidade é o primeiro passo para substituir culpa por cuidado (Sarwer; Heinberg, 2020).

Durante muito tempo, a obesidade foi tratada como um problema de disciplina. Essa visão simplista gerou vergonha, estigma e sofrimento. Hoje, a ciência mostra que o corpo possui sistemas sofisticados de regulação da fome, saciedade e gasto energético. Quando esses sistemas sofrem alterações, o organismo tende a defender o peso elevado, reduzir o gasto energético e aumentar sinais de fome, dificultando a perda e a manutenção do peso (Sarwer; Heinberg, 2020).

O tecido adiposo não é apenas um depósito de gordura. Ele atua como órgão endócrino, liberando substâncias inflamatórias e hormônios que influenciam metabolismo, fome, saciedade, sensibilidade à insulina e risco de doenças associadas. Por isso, a obesidade está relacionada a diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemia, esteatose hepática, apneia do sono, dores articulares e sofrimento psicossocial (Sarwer; Heinberg, 2020).

1.1 Hormônios da fome e da saciedade

A grelina é conhecida como hormônio da fome. Ela é produzida principalmente no estômago e aumenta antes das refeições, estimulando o desejo de comer. A leptina, produzida pelo tecido adiposo, informa ao cérebro que existem reservas de energia. Em condições ideais, mais leptina deveria significar mais saciedade. Porém, em muitas pessoas com obesidade, ocorre resistência à leptina: o hormônio está presente, mas o cérebro não responde adequadamente ao sinal (Dimitriadis; Randeva; Miras, 2017).

Além desses hormônios, o intestino produz substâncias como GLP-1 e PYY, que ajudam a reduzir o apetite e aumentar a saciedade. Esses sinais fazem parte do eixo intestino-cérebro, uma comunicação constante entre trato gastrointestinal, tecido adiposo e sistema nervoso central (Dimitriadis; Randeva; Miras, 2017).

Imagem 1 – Eixo intestino-cérebro e hormônios envolvidos na fome e na saciedade



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

1.2 Neurobiologia do comportamento alimentar

O cérebro possui sistemas diferentes para regular o comer. O sistema homeostático responde à necessidade de energia; já o sistema hedônico responde ao prazer, à recompensa e às emoções. Por isso, uma pessoa pode desejar comer mesmo sem fome física. Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal ativam fortemente o sistema de recompensa, especialmente circuitos dopaminérgicos ligados ao prazer e à motivação (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

O córtex pré-frontal funciona como um “freio” que ajuda no planejamento e na inibição de impulsos. Quando a pessoa dorme mal, está estressada ou emocionalmente sobrecarregada, esse freio fica mais frágil. A consequência pode ser maior impulsividade alimentar, dificuldade de parar de comer e preferência por alimentos mais palatáveis (Gangitano et al., 2023).

1.3 Genética e ambiente obesogênico

A genética influencia apetite, gasto energético, distribuição de gordura, preferência alimentar e resposta ao tratamento. Mas a genética não age sozinha. O ambiente atual favorece ganho de peso: alimentos ultraprocessados são baratos, disponíveis e intensamente divulgados; as rotinas são sedentárias; o estresse é frequente; o sono é reduzido; e comer virou, muitas vezes, forma rápida de alívio emocional (Sarwer; Heinberg, 2020; Gangitano et al., 2023).

Tratar obesidade exige olhar amplo. A pessoa não precisa apenas “querer mais”. Ela precisa de estratégias, suporte profissional, ambiente favorável e plano terapêutico contínuo (Sarwer; Heinberg, 2020).

1.4 Comportamento e sofrimento emocional

A alimentação pode assumir função emocional. Comer pode significar conforto, distração, anestesia, recompensa, pausa ou companhia. Quando isso se repete por anos, o cérebro aprende a associar comida a alívio. Após a bariátrica, o estômago muda, mas essa aprendizagem emocional pode

permanecer ativa. Dessa forma, o acompanhamento psicológico e nutricional é tão importante (Ames; Koball; Clark, 2022).

Imagem 2 – Obesidade como condição crônica e multifatorial: mito, verdade e cuidado



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

A obesidade é uma condição crônica e multifatorial. Fome, saciedade, metabolismo, ambiente, genética, emoções e experiências sociais interagem; por isso, o cuidado precisa substituir culpa por estratégias sustentáveis.

CAPÍTULO 2

O que a cirurgia bariátrica muda no corpo

Técnicas, funcionamento, alterações hormonais e adaptação metabólica

A cirurgia bariátrica é uma intervenção indicada para o tratamento da obesidade grave quando outras estratégias isoladas não produziram resposta suficiente ou quando existem comorbidades importantes. Ela não é uma “solução fácil”; é uma ferramenta terapêutica potente que exige preparo, acompanhamento e mudanças de longo prazo (Budny et al., 2024; Tabesh et al., 2023).

As técnicas cirúrgicas têm mecanismos diferentes. Algumas reduzem o volume gástrico, outras também modificam o trajeto intestinal e a absorção. Entre as técnicas mais conhecidas estão a gastrectomia vertical em manga, chamada Sleeve, e o bypass gástrico em Y de Roux. Neste material, o foco principal será o Sleeve, pois a dissertação que embasa este produto analisou mulheres submetidas a essa técnica.

2.1 O que é o Sleeve

No Sleeve, uma grande parte do estômago é removida, formando um tubo gástrico menor. Isso reduz a capacidade de armazenamento e causa saciedade precoce. Porém, o efeito não é apenas mecânico. A região retirada produz grande parte da grelina, hormônio ligado à fome. Assim, a cirurgia também modifica sinais hormonais e metabólicos (Gu et al., 2021; Dimitriadis; Randeve; Miras, 2017).

Com o estômago menor, a pessoa passa a tolerar volumes menores de alimento. Comer rápido, ingerir grandes porções ou consumir alimentos muito gordurosos pode gerar desconforto, náuseas, vômitos e mal-estar. Por isso, comer devagar, mastigar bem e respeitar os sinais do corpo tornam-se habilidades essenciais (Tabesh et al., 2023).

2.2 Alterações hormonais

Após a cirurgia, ocorre redução da grelina e aumento de hormônios de saciedade, como GLP-1 e PYY. O GLP-1 ajuda na saciedade, na resposta glicêmica e na sensibilidade à insulina. O PYY contribui para redução do apetite. Essas mudanças explicam por que muitas pacientes sentem menos fome nos primeiros meses (Gu et al., 2021; Dimitriadis; Randeve; Miras, 2017).

Entretanto, a fome física não é o único motivo para comer. A fome emocional e a busca por prazer alimentar podem continuar. É aí que entra a necessidade de compreender o cérebro pós-bariátrico (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

2.3 Benefícios e limites

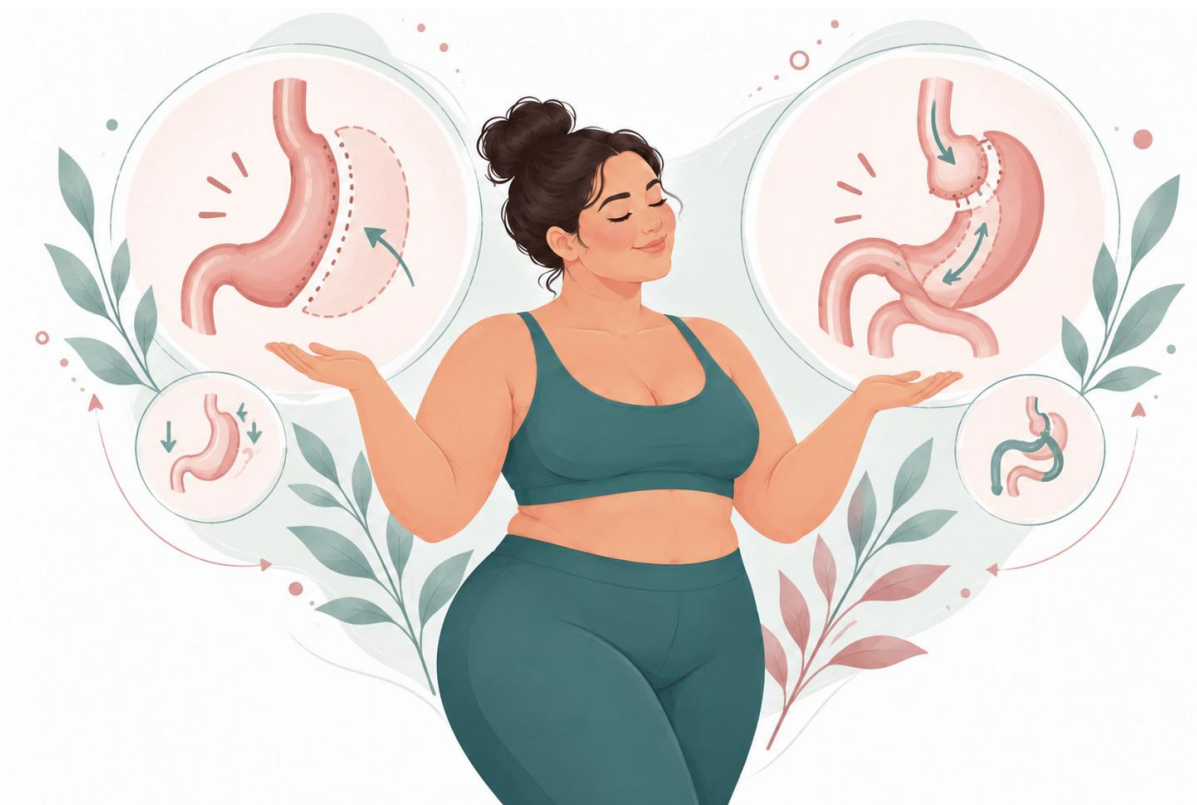
A cirurgia pode melhorar diabetes tipo 2, hipertensão, apneia do sono, dores articulares e qualidade de vida. Também pode ampliar mobilidade, energia e autoestima. Mas ela não substitui acompanhamento nutricional, suplementação, sono adequado, exercício e cuidado psicológico (Budny et al., 2024; Susmallian; Nikiforova; Raziell, 2026).

Com o passar do tempo, parte da saciedade inicial pode mudar. A manutenção dos resultados depende de rotina alimentar, qualidade do sono, atividade física, suporte emocional e acompanhamento multiprofissional (Budny et al., 2024; Voorwinde et al., 2022).

2.4 Adaptação do organismo

O corpo precisa aprender uma nova forma de se relacionar com comida. O estômago sinaliza limite mais cedo, mas o cérebro pode continuar lembrando antigos padrões de busca alimentar. Esse período exige paciência: a paciente não está apenas “seguindo dieta”; ela está reconstruindo uma relação inteira com fome, prazer, saciedade e identidade (Ames; Koball; Clark, 2022; Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

Imagem 3 – Sleeve e bypass: mecanismos, alterações hormonais e adaptação pós-operatória



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

A cirurgia modifica anatomia e sinais hormonais, mas a adaptação completa envolve corpo, cérebro, rotina e suporte. A redução da fome física não elimina automaticamente fome emocional, hábitos antigos ou vulnerabilidades comportamentais.

CAPÍTULO 3

O cérebro após a bariátrica

Neuroadaptação, dopamina, serotonina, recompensa alimentar e compulsão

O cérebro é um dos grandes protagonistas do pós-bariátrico. Muitas pacientes esperam que, após a cirurgia, o desejo por comida desapareça completamente. Porém, a cirurgia muda o estômago mais rápido do que muda os circuitos aprendidos ao longo da vida. O cérebro precisa de tempo para reorganizar sinais de fome, saciedade, recompensa, emoção e autoimagem (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

A neuroadaptação é esse processo de recalibração. Ela envolve plasticidade neural, ou seja, a capacidade do sistema nervoso de criar novas conexões, enfraquecer padrões antigos e consolidar novas respostas. Quanto mais a paciente repete comportamentos consistentes — comer devagar, respeitar saciedade, dormir bem, praticar exercício e buscar suporte emocional — mais o cérebro aprende novos caminhos (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

3.1 Dopamina e recompensa alimentar

A dopamina é um neurotransmissor associado à motivação, busca por recompensa e prazer antecipado. Alimentos hiperpalatáveis, especialmente ricos em açúcar e gordura, podem ativar fortemente esse sistema. Antes da cirurgia, muitos pacientes viveram anos associando comida a alívio,

celebração, conforto ou fuga emocional. Após a bariátrica, essa associação pode persistir (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

É por isso que a paciente pode sentir “vontade de comer” mesmo quando o estômago está cheio. O estômago envia um sinal de limite físico, mas o sistema de recompensa pode continuar pedindo gratificação. Esse conflito gera frustração: “eu sei que não deveria, mas quero”. A saída não é culpa; é estratégia (Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

3.2 Serotonina, humor e alimentação

A serotonina participa da regulação do humor, sono, saciedade e bem-estar. Estados de ansiedade, depressão, estresse e privação de sono podem alterar a relação com a alimentação. Algumas pessoas buscam carboidratos ou doces quando estão tristes ou tensas porque esses alimentos podem produzir alívio temporário. O problema é que o alívio costuma ser breve e pode ser seguido de culpa (Gangitano et al., 2023; Geller et al., 2020).

No pós-bariátrico, é essencial observar emoções antes de comer. Perguntar “o que estou sentindo?” pode ser tão importante quanto perguntar “o que vou comer?” (Ames; Koball; Clark, 2022).

3.3 Compulsão e perda de controle

Compulsão alimentar não deve ser reduzida ao volume ingerido. No pós-bariátrico, o estômago menor pode impedir grandes quantidades, mas a sensação subjetiva de perda de controle pode permanecer. A paciente pode beliscar ao longo do dia, comer rápido, escolher alimentos de fácil passagem, sentir urgência por doces ou experimentar culpa intensa após comer (Ivezaj et al., 2022; Conceição et al., 2014).

Esses comportamentos merecem cuidado profissional. Eles não significam que a cirurgia “não deu certo”; indicam que há mecanismos emocionais e neurocomportamentais precisando de intervenção (Ames; Koball; Clark, 2022).

3.4 Mudanças emocionais

Mudanças no corpo podem alterar relações familiares, vida social, sexualidade, identidade e expectativas. Algumas pacientes sentem alegria, outras estranhamento, outras medo. Todas essas respostas podem coexistir. A cirurgia não transforma apenas o peso; ela mexe com a forma como a pessoa se vê e como é vista pelo mundo (Ivezaj; Grilo, 2018; Mento et al., 2022).

Pausa antes de comer por impulso

1. Pare e respire	2. Nomeie e avalie
Interrompa o automático por alguns instantes e respire lentamente.	Nomeie a emoção e avalie se há fome física, desejo de recompensa ou necessidade emocional.

Imagem 4 – Recompensa alimentar, desejo de comer e estratégias de pausa antes do impulso



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Dopamina, serotonina, emoção e recompensa continuam influenciando a alimentação após a cirurgia. A neuroadaptação exige repetição, ambiente favorável e cuidado emocional.

CAPÍTULO 4

Comportamento alimentar no pós-operatório

Fome emocional, descontrole alimentar, gatilhos, recaídas e alimentação consciente

Reconhecendo os sinais de fome

Fome física	Fome emocional
Surge gradualmente.	Pode surgir de forma súbita e urgente.
Pode ser satisfeita por diferentes alimentos.	Costuma direcionar a alimentos específicos ou de conforto.
Tende a melhorar após refeição adequada.	Pode aparecer após ansiedade, frustração, solidão, tédio ou cansaço.
Relaciona-se a sinais corporais.	Relaciona-se com frequência a estados emocionais e gatilhos ambientais.

O comportamento alimentar é o conjunto de pensamentos, emoções, escolhas, rotinas e ações que envolvem a comida. Ele inclui o que se come, quando se come, por que se come e como a pessoa se sente antes, durante e depois de comer. No pós-bariátrico, a alimentação deixa de ser apenas uma questão de quantidade; torna-se um processo de escuta corporal e reorganização emocional (Ames; Koball; Clark, 2022).

A dissertação que embasa este produto identificou predominância do descontrole alimentar entre mulheres no pós-operatório de Sleeve, mesmo com limitação anatômica. Isso mostra que a cirurgia reduz a capacidade de ingestão, mas não elimina automaticamente a vulnerabilidade à impulsividade alimentar.

4.1 Fome física e fome emocional

A fome física aparece gradualmente, pode ser satisfeita por diferentes alimentos e melhora após uma refeição adequada. A fome emocional costuma ser súbita, urgente e direcionada a alimentos específicos, como doces, massas, salgadinhos ou alimentos de conforto. Ela pode aparecer após ansiedade, frustração, cansaço, solidão ou tédio (Geller et al., 2020; Ames; Koball; Clark, 2022).

Diferenciar os dois tipos de fome é uma das habilidades mais importantes no pós-operatório. Antes de comer, a paciente pode se perguntar: “minha fome está no estômago ou na emoção?” Essa pergunta não serve para proibir, mas para trazer consciência (Moreira et al., 2024).

4.2 Gatilhos emocionais e ambientais

Gatilhos emocionais incluem tristeza, raiva, ansiedade, solidão, culpa, vergonha, comparação social e exaustão. Gatilhos ambientais incluem alimentos disponíveis em casa, festas, redes sociais, propaganda, conversas sobre dieta, comentários sobre o corpo e rotina desorganizada. Muitos episódios de descontrole começam antes da comida: começam na falta de pausa, no sono ruim, na emoção não nomeada ou no ambiente que favorece o automático (Ames; Koball; Clark, 2022; Carvalho et al., 2025).

Recaídas podem acontecer. O mais importante é aprender com elas. Uma recaída não destrói o tratamento; o que aumenta o risco é transformar uma recaída em desistência (Ames; Koball; Clark, 2022).

4.3 Comer automático

Comer automático ocorre quando a pessoa come sem perceber, muitas vezes enquanto vê televisão, mexe no celular, trabalha ou conversa. No pós-bariátrico, isso pode ser perigoso porque os sinais de saciedade podem passar despercebidos, aumentando risco de desconforto e perda de controle (Ames; Koball; Clark, 2022).

Uma estratégia simples é criar uma pausa antes das refeições: sentar, desligar telas, respirar, observar o prato e iniciar com pequenas porções. A atenção plena transforma a refeição em um momento de conexão com o corpo (Moreira et al., 2024).

4.4 Alimentação consciente

Alimentação consciente não é uma dieta. É uma forma de comer com atenção, presença e gentileza. Ela inclui perceber cheiro, textura, sabor, fome, saciedade e emoções. A paciente aprende a comer mais devagar, mastigar melhor, respeitar limites e reduzir julgamentos (Moreira et al., 2024).

Uma técnica útil é a escala de fome e saciedade. Antes da refeição, avaliar a fome de 0 a 10; durante, pausar no meio do prato; ao final, observar se há conforto ou excesso. O objetivo é terminar alimentada, não estufada.

Imagem 5 – Fome física, fome emocional e respostas possíveis diante do impulso alimentar



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

O comportamento alimentar pós-bariátrico exige consciência, não perfeição. Reconhecer fome emocional, gatilhos, automatismos e sinais de saciedade ajuda a construir respostas mais saudáveis e sustentáveis.

CAPÍTULO 5

Imagem corporal e reconstrução da identidade

Percepção corporal, distorção, excesso de pele, feminilidade, sexualidade e autoestima

A imagem corporal é a forma como uma pessoa percebe, sente, pensa e se relaciona com o próprio corpo. Ela não é apenas o reflexo do espelho. É construída por memórias, comentários, comparações, experiências afetivas, dor, prazer, vergonha, orgulho, cultura e história pessoal (Cash; Pruzinsky, 2002; Varns; Fish; Eagon, 2018).

Após a bariátrica, o corpo pode mudar rapidamente. Roupas ficam largas, medidas reduzem, o rosto muda, a mobilidade melhora. Mas a mente pode continuar presa à imagem anterior. Esse atraso entre corpo real e corpo percebido é chamado de mind-body lag. A pessoa emagrece, mas ainda se sente “a mesma de antes” ou estranha o próprio reflexo (Perdue et al., 2020; Bosc et al., 2022; Mento et al., 2022).

5.1 Percepção corporal e distorção

A percepção corporal depende de mapas internos do cérebro. Esses mapas são formados ao longo do tempo e podem demorar para ser atualizados. Uma paciente que viveu muitos anos com obesidade pode continuar calculando espaços, roupas e olhares sociais como se ainda estivesse no corpo anterior (Perdue et al., 2020).

A distorção de imagem não significa “inventar problema”. Significa que a representação interna do corpo pode estar desatualizada ou carregada de sofrimento. Por isso, comentários como “você já emagreceu, pare de reclamar” podem ser dolorosos e pouco úteis (Perdue et al., 2020).

5.2 Excesso de pele e sofrimento estético-funcional

O excesso de pele pode surgir após grande perda de peso. Ele pode gerar assaduras, dificuldade com roupas, desconforto em atividade física, vergonha em situações íntimas e sensação de que o corpo ainda não corresponde ao esperado. Para muitas mulheres, a insatisfação deixa de estar no peso e passa a concentrar-se na flacidez, no abdômen, braços, coxas ou mamas (Ivezaj; Grilo, 2018; Ramalho et al., 2015).

É importante validar esse sofrimento sem reduzir a paciente à aparência. O corpo pós-bariátrico conta uma história de tratamento, sobrevivência e mudança. Quando indicado e possível, avaliação com equipe de cirurgia reparadora pode ser considerada, mas o cuidado com a autoimagem deve começar antes de qualquer procedimento estético (Ivezaj; Grilo, 2018; Moraes et al., 2023).

5.3 Feminilidade, sexualidade e relações

A mudança corporal pode alterar a forma como a mulher se sente feminina, desejável e segura. Algumas vivenciam melhora da vida sexual; outras enfrentam vergonha, medo de exposição, dificuldade de intimidade ou estranhamento ao receber atenção social. Tudo isso pode ser conversado em psicoterapia e, quando necessário, em atendimento sexológico (Ramalho et al., 2015; Susmallian; Nikiforova; Raziell, 2026).

A sexualidade pós-bariátrica deve ser tratada com delicadeza. O objetivo não é performar confiança, mas reconstruir intimidade com o próprio corpo, respeitar limites e comunicar necessidades (Ramalho et al., 2015).

5.4 Autoestima e comparação social

A comparação com outras pacientes, influenciadoras ou padrões das redes sociais pode intensificar frustração. Cada corpo responde de forma diferente. Idade, genética, técnica cirúrgica, quantidade de peso perdido, hormônios, rotina, saúde mental e sono influenciam o processo. Comparar jornadas diferentes pode roubar a percepção das próprias conquistas (Makarawung et al., 2020; Ivezaj; Grilo, 2018).

Imagem 6 – Percepção corporal e atualização da imagem de si após grande emagrecimento



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

Imagem 7 – Mind-body lag: atualização da percepção corporal após grande emagrecimento



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Imagem corporal é uma construção emocional e neurocognitiva. No pós-bariátrico, reconhecer o novo corpo, lidar com excesso de pele e reconstruir autoestima pode exigir tempo e cuidado especializado.

CAPÍTULO 6

Imagem corporal positiva

Aceitação, autocompaixão, corpo funcional e reconstrução da identidade

Imagem corporal positiva não significa amar todos os detalhes do corpo todos os dias. Significa desenvolver uma relação mais respeitosa, funcional e compassiva com o corpo. É possível desejar mudanças e, ao mesmo tempo, tratar o corpo atual com dignidade. Aceitação não é desistência; é parar de viver em guerra consigo mesma (Cash; Pruzinsky, 2002).

A paciente pós-bariátrica pode sentir orgulho da perda de peso e ainda sofrer com flacidez. Pode celebrar saúde e ainda ter medo do espelho. Pode receber elogios e ainda sentir insegurança. A imagem corporal positiva permite acolher essas contradições sem transformar cada desconforto em fracasso (Ivezaj; Grilo, 2018; Bosc et al., 2022).

6.1 Autocompaixão

Autocompaixão é a capacidade de se tratar com a mesma gentileza que ofereceria a uma amiga. Em vez de dizer “meu corpo é horrível”, a paciente pode aprender a dizer “meu corpo passou por muita coisa e está se adaptando”. Essa mudança de linguagem reduz vergonha e facilita autocuidado (Cash; Pruzinsky, 2002).

Exercício prático: escreva uma carta para o corpo começando com “Obrigada por...”. Inclua funções, conquistas e sinais de resistência, não apenas aparência.

6.2 Aceitação corporal e corpo funcional

O corpo não é apenas imagem: ele respira, anda, abraça, trabalha, sente, dança, sustenta a vida. Focar no corpo funcional ajuda a reduzir a fixação estética. Perguntas úteis: “O que meu corpo me permitiu fazer esta semana?” “Que cuidado meu corpo está pedindo hoje?” (Varns; Fish; Eagon, 2018).

Essa abordagem não nega o sofrimento com a aparência; ela amplia a visão. A mulher deixa de olhar para o corpo apenas como objeto a ser avaliado e passa a reconhecê-lo como casa, instrumento e parceiro de vida (Varns; Fish; Eagon, 2018).

6.3 Reconstrução da identidade

Após grande emagrecimento, algumas pacientes sentem que precisam descobrir quem são novamente. Antigas roupas, espaços, relações e papéis sociais podem mudar. Algumas pessoas passam a receber atenção que antes não recebiam. Outras sentem medo de perder a identidade anterior. Reconstruir identidade exige tempo e apoio (Mento et al., 2022; Perdue et al., 2020).

Uma estratégia é criar um mapa de identidade: “quem eu era antes”, “o que permanece em mim”, “o que estou descobrindo”, “o que quero cultivar daqui para frente”.

6.4 Práticas diárias de imagem positiva

Práticas úteis incluem reduzir exposição a conteúdos corporais tóxicos nas redes sociais, seguir perfis diversos, usar roupas confortáveis e bonitas no corpo atual, fotografar momentos de vida e não apenas transformações corporais, falar de si com respeito e buscar psicoterapia quando a autoimagem gerar sofrimento intenso (Ivezaj; Grilo, 2018; Pineda-García et al., 2022).

Imagem 8 – Imagem corporal positiva: respeito, funcionalidade e reconhecimento do corpo atual



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Imagem corporal positiva é uma habilidade: não exige perfeição estética, mas respeito, autocompaixão, funcionalidade e reconstrução da identidade.

CAPÍTULO 7

Saúde mental no pós-bariátrico

Ansiedade, depressão, solidão, medo do reganho, frustrações e suporte psicológico

A saúde mental é parte central do cuidado pós-bariátrico. A cirurgia pode melhorar autoestima e qualidade de vida, mas também pode revelar sofrimentos que antes estavam encobertos pela alimentação, pelo peso ou pela rotina de tentativas de emagrecimento. Algumas pacientes se sentem mais felizes; outras enfrentam ansiedade, tristeza, medo, irritabilidade, sensação de vazio ou solidão (Behrens et al., 2021; Sarwer; Heinberg, 2020).

O pós-operatório pode ser emocionalmente exigente porque envolve restrições, mudanças rápidas, comentários sociais, adaptação alimentar, alterações hormonais, transformação da imagem corporal e medo de perder resultados. Por isso, acompanhamento psicológico não deve ser visto como luxo, mas como parte do tratamento (Sarwer; Heinberg, 2020).

7.1 Ansiedade e depressão

Ansiedade pode aparecer como medo de comer, medo de engordar, preocupação excessiva com peso, insônia, tensão, irritabilidade ou necessidade de controle. Depressão pode aparecer como tristeza persistente, perda de prazer, isolamento, culpa, cansaço intenso, alteração de sono e desesperança. Esses sintomas merecem avaliação profissional (Sarwer; Heinberg, 2020).

Não é adequado dizer à paciente “você emagreceu, deveria estar feliz”. Emagrecimento não imuniza contra sofrimento psíquico. A mente precisa de cuidado tanto quanto o corpo (Behrens et al., 2021).

7.2 Medo do reganho

O medo do reganho é comum e compreensível. Muitas mulheres passaram anos tentando emagrecer e carregam a memória de recuperar peso. O problema surge quando esse medo gera comportamentos extremos, controle rígido, ansiedade alimentar ou culpa constante. O objetivo deve ser monitoramento saudável, não vigilância punitiva (Noria et al., 2023; Cohen; Petry, 2023).

Uma forma de lidar é acompanhar sinais de rotina: sono, refeições, hidratação, atividade física, emoções e consultas. A balança é uma informação, mas não deve ser o único termômetro da saúde (Budny et al., 2024).

7.3 Expectativas irreais e frustração

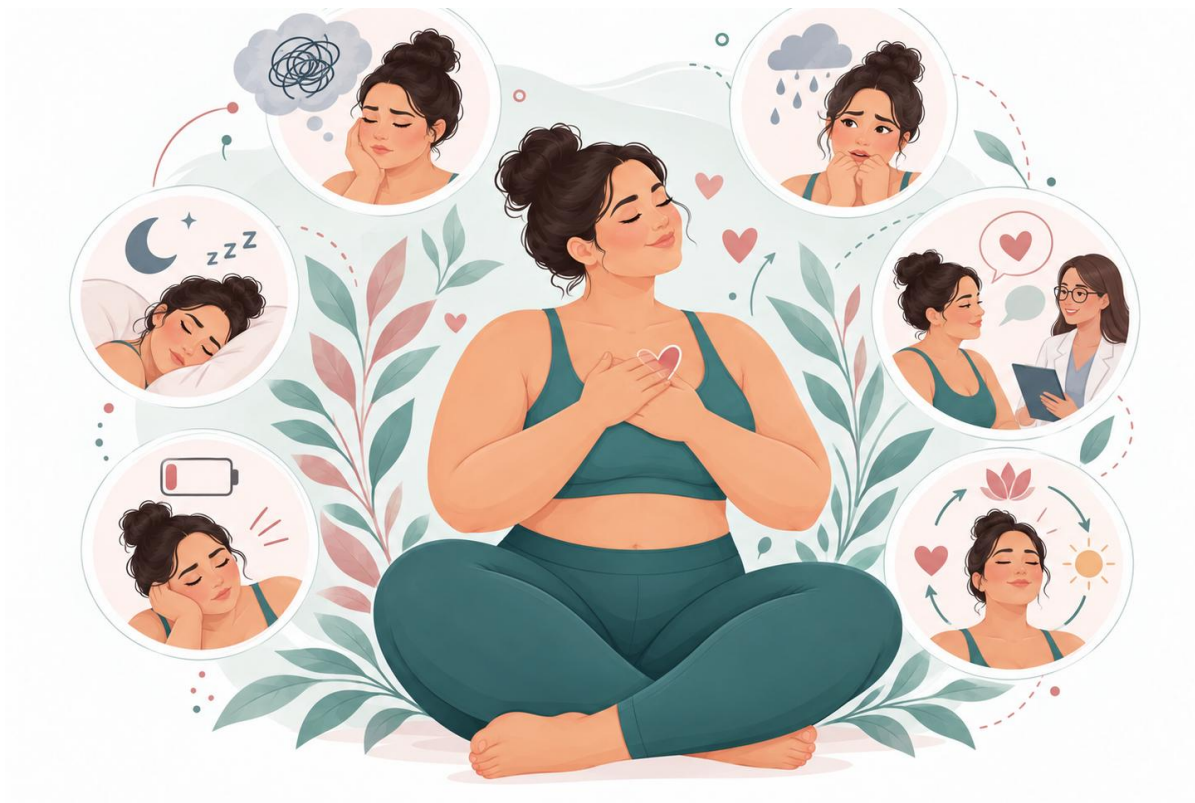
Expectativas irreais podem surgir antes da cirurgia: acreditar que todos os problemas irão desaparecer, que o corpo ficará sem flacidez, que a autoestima será automática ou que a vida social será sempre melhor. Quando a realidade é mais complexa, surge frustração. O trabalho educativo deve preparar a paciente para uma visão realista e esperançosa (Ivezaj; Grilo, 2018; Sarwer; Heinberg, 2020).

Esperança realista significa reconhecer benefícios sem negar dificuldades. A bariátrica pode ser transformadora, mas continua exigindo acompanhamento, escolhas e adaptação (Budny et al., 2024).

7.4 Psicoterapia e rede de apoio

A psicoterapia ajuda a reconhecer gatilhos, regular emoções, trabalhar autocrítica, elaborar traumas, fortalecer autonomia alimentar e reconstruir identidade. Grupos de apoio ajudam a reduzir solidão e normalizar experiências. Família e amigos também precisam ser orientados para oferecer apoio sem fiscalização, críticas ou cobranças (Ames; Koball; Clark, 2022; Braden et al., 2022; Sarwer; Heinberg, 2020).

Imagem 9 – Sinais de alerta em saúde mental e caminhos para buscar apoio



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Saúde mental é parte do tratamento. Ansiedade, depressão, medo do reganho e frustrações merecem acolhimento; psicoterapia, rede de apoio e cuidado multiprofissional podem reduzir sofrimento e favorecer continuidade do acompanhamento.

CAPÍTULO 8

Exercício físico como reconexão com o corpo

Impacto psicológico, adesão, autoestima, composição corporal e manutenção dos resultados

O exercício físico no pós-bariátrico não deve ser apresentado como punição por ter comido ou como obrigação estética. Ele deve ser compreendido como ferramenta de saúde, autonomia, força, humor, proteção muscular, autoestima e reconexão corporal. Mover o corpo ajuda a paciente a perceber capacidades que vão além da aparência (Tabesh et al., 2023; Susmallian; Nikiforova; Raziel, 2026).

Após a cirurgia, há perda de peso rápida e, se não houver estímulo adequado, também pode ocorrer perda de massa muscular. O treinamento de força e as atividades aeróbicas ajudam a preservar massa magra, melhorar condicionamento, sensibilidade à insulina, disposição e manutenção do emagrecimento (Tabesh et al., 2023).

8.1 Benefícios psicológicos

O movimento favorece liberação de endorfinas e neurotransmissores associados ao bem-estar. Pode reduzir sintomas de ansiedade, melhorar sono, aumentar sensação de competência e fortalecer autoestima. Para muitas mulheres, perceber que o corpo consegue caminhar mais, subir escadas ou levantar peso traz uma forma concreta de confiança (Tabesh et al., 2023; Susmallian; Nikiforova; Raziel, 2026).

O exercício também pode ajudar na imagem corporal positiva, porque desloca o foco do corpo como objeto de julgamento para o corpo como fonte de capacidade (Varns; Fish; Eagon, 2018).

8.2 Adesão e escolha prazerosa

A melhor atividade é aquela que a paciente consegue manter com segurança e algum prazer. Caminhada, dança, musculação, hidroginástica, pilates, yoga, bicicleta e exercícios em grupo podem ser opções. A prescrição deve respeitar fase pós-operatória, liberação médica, limitações articulares, preferência e rotina (Tabesh et al., 2023).

Começar pequeno é melhor do que começar perfeito. Dez minutos consistentes podem se transformar em trinta minutos. A adesão nasce de metas possíveis, não de metas heroicas (Tabesh et al., 2023).

8.3 Composição corporal

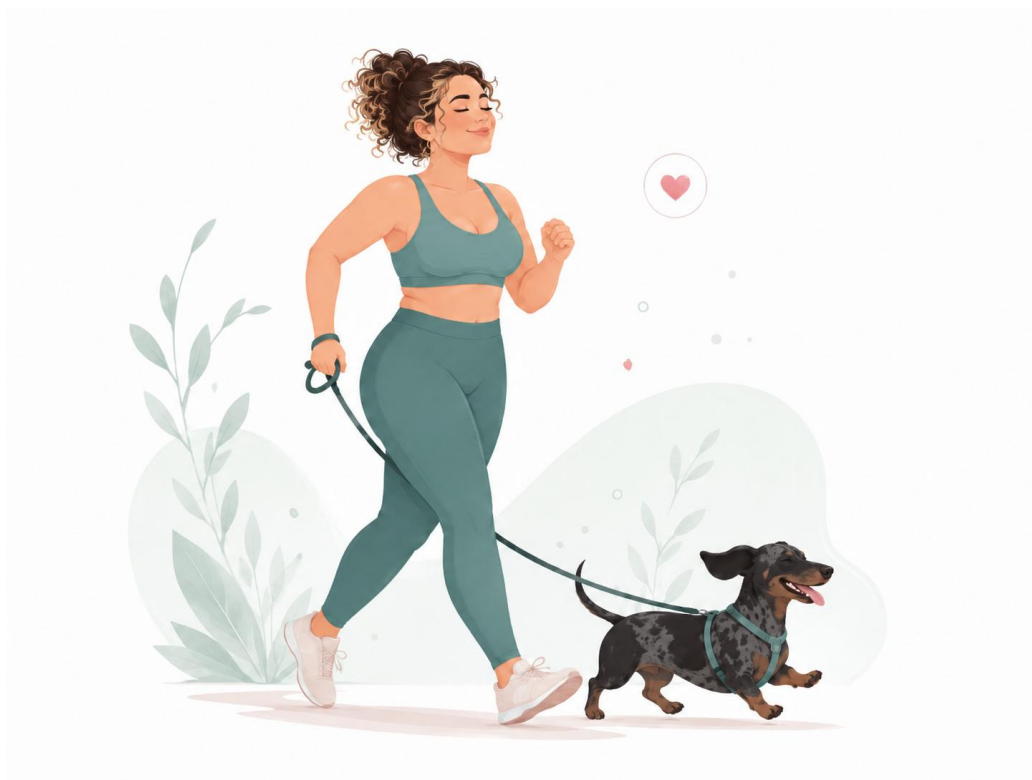
A perda de peso não mostra tudo. Duas pessoas com o mesmo peso podem ter composições corporais diferentes. Preservar massa muscular melhora metabolismo, postura, força, funcionalidade e aparência corporal. O foco deve incluir força, resistência, mobilidade e bem-estar, não apenas quilos perdidos (Tabesh et al., 2023).

A avaliação com profissional de educação física e nutricionista ajuda a ajustar treinamento e ingestão proteica (Tabesh et al., 2023).

8.4 Movimento consciente

Movimento consciente significa perceber respiração, postura, limites, progresso e sensações. Em vez de usar o exercício para “corrigir” o corpo, a paciente aprende a habitá-lo. É especialmente importante para quem vive mind-body lag e ainda sente estranhamento com a nova imagem (Perdue et al., 2020).

Imagem 10 – Movimento corporal como estratégia de saúde, autonomia e reconexão com o corpo



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

O exercício físico contribui para preservar massa magra, funcionalidade e saúde mental. O movimento deve ser possível, seguro e prazeroso, usando o corpo como parceiro de vida, não como inimigo a ser corrigido.

CAPÍTULO 9

Estratégias para manter resultados duradouros

Rotina, hábitos, alimentação, sono, atividade física, suporte psicológico e acompanhamento multiprofissional

A manutenção dos resultados pós-bariátricos depende de um conjunto de hábitos e apoios. Não se trata de viver em dieta permanente, mas de construir um sistema de cuidado que reduza vulnerabilidades. A rotina é uma forma de proteção: ela diminui decisões impulsivas, organiza refeições, favorece sono e cria previsibilidade (Budny et al., 2024; Noria et al., 2023).

A dissertação identificou associação entre sono prejudicado e maior descontrole alimentar, além de associação entre acompanhamento psicológico e maior restrição cognitiva. Isso reforça que a manutenção não depende apenas do prato, mas também do cérebro descansado e do suporte emocional.

9.1 Alimentação estruturada

A alimentação pós-bariátrica deve priorizar proteína, hidratação, vegetais, fibras, mastigação adequada e porções compatíveis. Comer devagar, evitar líquidos junto às refeições, planejar lanches e reduzir ultraprocessados são estratégias importantes. A paciente deve seguir orientações individualizadas do nutricionista, especialmente quanto à suplementação (Tabesh et al., 2023; Zheng et al., 2025).

Pular refeições pode aumentar fome, impulsividade e beliscos. Restringir demais pode gerar efeito rebote. O ideal é equilíbrio: planejamento, flexibilidade e consistência (Ames; Koball; Clark, 2022; Noria et al., 2023).

9.2 Sono e ritmo circadiano

O sono regula hormônios da fome, saciedade, estresse e controle executivo. Dormir pouco pode aumentar desejo por alimentos calóricos, reduzir paciência, aumentar irritabilidade e dificultar escolhas conscientes. Higiene do sono deve fazer parte do tratamento: horário regular, reduzir telas antes de dormir, ambiente escuro, rotina noturna e manejo de cafeína (Gangitano et al., 2023; Netzer; Strohl; Pramsöhler, 2024).

Quando a insônia persiste, deve ser investigada. Apneia do sono, ansiedade, dor, refluxo e medicações podem interferir (Schreyer et al., 2025; Lodewijks; Schonck; Nienhuijs, 2023; Wang et al., 2025).

9.3 Suporte multiprofissional

O acompanhamento ideal inclui cirurgião, nutricionista, psicólogo, médico clínico/endocrinologista, profissional de Educação Física e, quando necessário, psiquiatra, fisioterapeuta e cirurgião plástico reparador. Cada profissional atua em uma parte da adaptação (Budny et al., 2024; Tabesh et al., 2023).

O cuidado contínuo previne deficiências nutricionais, reganho, sofrimento psíquico, compulsão, sedentarismo e abandono do tratamento (Budny et al., 2024).

9.4 Prevenção do reganho

O reganho de peso pode ocorrer por fatores biológicos, comportamentais, anatômicos, emocionais e ambientais. Não deve ser tratado com vergonha. Sinais de alerta incluem aumento progressivo das porções, beliscos frequentes, consumo de álcool, redução de consultas, sono ruim, abandono da atividade física e retorno de comer emocional (Noria et al., 2023; Cohen; Petry, 2023).

A melhor resposta ao sinal de alerta é retornar ao acompanhamento, revisar rotina e agir cedo. O objetivo não é punição, é recalibração (Cohen; Petry, 2023).

Imagem 11 – Manutenção pós-bariátrica: checklist, sinais de reganho e pilares do cuidado



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Resultados duradouros dependem de rotina realista, sono, alimentação estruturada, exercício, suporte psicológico e equipe multiprofissional. Manutenção não é rigidez; é cuidado contínuo, flexível e preventivo.

CAPÍTULO 10

Imagem corporal e comportamento alimentar: caminhos paralelos e interligados

Relação bidirecional, independência parcial e impacto na qualidade de vida

A relação entre imagem corporal e comportamento alimentar é complexa. Em muitas pessoas, a insatisfação com o corpo aumenta sofrimento emocional e pode favorecer comer impulsivo, restrições rígidas ou episódios de compulsão. Ao mesmo tempo, episódios de descontrole alimentar podem gerar culpa, vergonha e piora da autoimagem. Essa relação pode formar um ciclo difícil (Geller et al., 2020; Ivezaj; Grilo, 2018).

Entretanto, os achados da dissertação mostram algo importante: na amostra analisada, não houve correlação significativa entre BIQLI e descontrole alimentar. Isso sugere que, naquele grupo de mulheres pós-Sleeve, o sofrimento com a imagem corporal e o descontrole alimentar coexistiam, mas não necessariamente um explicava diretamente o outro. Em linguagem simples: a paciente pode sofrer com o corpo sem isso ser o único motivo do descontrole alimentar; e pode ter descontrole alimentar por fatores como sono, recompensa, impulsividade e estresse, mesmo quando a imagem corporal não é o gatilho principal.

10.1 Relação bidirecional

A imagem corporal pode influenciar a alimentação quando a pessoa usa restrição extrema para tentar controlar o corpo, quando come para aliviar vergonha ou quando evita situações sociais com comida por medo de julgamento. A alimentação pode influenciar a imagem corporal quando episódios de compulsão geram sensação de fracasso, distensão abdominal, culpa e medo do reganho (Geller et al., 2020; Ames; Koball; Clark, 2022).

Por isso, trabalhar apenas o peso não basta. É preciso cuidar do modo como a pessoa se vê e do modo como a pessoa come (Ivezaj; Grilo, 2018).

10.2 Independência parcial

A independência parcial significa que existem sistemas diferentes atuando ao mesmo tempo. A autoimagem envolve percepção, memória, identidade, comparação social e autoestima. O descontrole alimentar envolve recompensa, impulsividade, sono, estresse, hormônios e controle executivo. Eles se comunicam, mas não são a mesma coisa (Ivezaj; Grilo, 2018; Orellana; Covasa; Hajnal, 2019).

Essa compreensão evita intervenções simplistas. Uma paciente com sofrimento corporal precisa de acolhimento de imagem corporal; uma paciente com descontrole alimentar precisa de estratégias alimentares, psicológicas e fisiológicas; muitas precisam de ambos (Sarwer; Heinberg, 2020).

10.3 Qualidade de vida

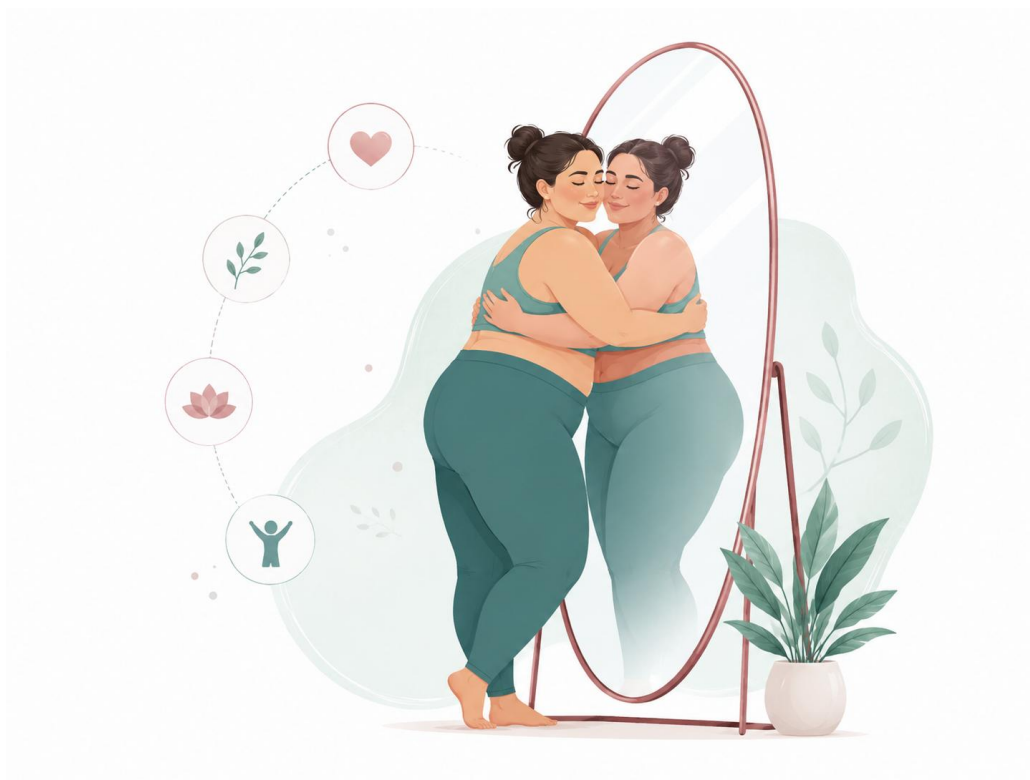
Quando imagem corporal e comportamento alimentar estão desorganizados, a qualidade de vida pode ser afetada em várias áreas: vida social, sexualidade, trabalho, autoestima, humor, disposição e adesão ao tratamento. Melhorar qualidade de vida significa ampliar funcionalidade, autonomia e bem-estar, não apenas reduzir peso (Geller et al., 2020; Sarwer; Heinberg, 2020).

O sucesso pós-bariátrico deve ser medido por saúde física, saúde mental, relação com a comida, relação com o corpo, sono, energia, relações e capacidade de viver com mais liberdade (Susmallian; Nikiforova; Razi, 2026).

10.4 Cuidado paralelo

Como os caminhos podem ser parcialmente independentes, o cuidado deve ocorrer em frentes paralelas: reconstrução da imagem corporal, regulação do comportamento alimentar, sono, suporte psicológico, rotina alimentar e acompanhamento profissional. Essa abordagem integrada é mais realista e mais alinhada à experiência da mulher bariátrica (Budny et al., 2024; Sarwer; Heinberg, 2020).

Imagem 12 – Reconstrução da identidade corporal e acolhimento de si no pós-bariátrico



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

Imagem 13 – Corpo, emoção e bem-estar: imagem corporal e comportamento alimentar em interação



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio de inteligência artificial (2026).

RESUMO DO CAPÍTULO

Imagem corporal e comportamento alimentar podem se influenciar, mas também seguir trajetórias próprias. O cuidado precisa abordar as duas dimensões em paralelo, com foco em qualidade de vida, autonomia e saúde integral.

CADERNO PRÁTICO

Ferramentas de autorreflexão, monitoramento e autocuidado

Use estas páginas como apoio ao acompanhamento profissional. O objetivo não é preencher “perfeitamente”, mas observar padrões, reconhecer necessidades e organizar pequenas ações de cuidado.

Quadro 1 – Exercício de autorreflexão inicial

1. O que mudou no meu corpo desde a cirurgia? _____ _____
2. O que mudou na minha mente? _____ _____
3. O que ainda é difícil para mim? _____ _____
4. Que cuidado eu mais preciso neste momento? _____ _____
5. Quais conquistas eu ainda não reconheci? _____ _____

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 2 – Diário emocional alimentar

Data e horário	
Fome física de 0 a 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Emoção antes de comer	
O que eu comi?	
Comi devagar ou no automático?	
Senti saciedade? Quanto tempo depois de começar a comer?	
Como me senti depois?	
O que posso aprender sem me culpar?	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 3 – Identificação de gatilhos

1. Ansiedade
2. Tristeza
3. Tédio
4. Solidão
5. Cansaço
6. Briga familiar
7. Comparação nas redes sociais
8. Sono ruim
9. Pressão no trabalho
10. Período menstrual
11. Alimentos disponíveis em casa

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 4 – Plano de resposta aos gatilhos

1. Respirar por 1 minuto antes de decidir
2. Beber água ou chá e esperar 10 minutos
3. Escrever o que estou sentindo
4. Caminhar por 5 a 10 minutos
5. Enviar mensagem para alguém de confiança
6. Tomar banho
7. Ouvir música
8. Praticar grounding 5-4-3-2-1
9. Planejar uma refeição adequada em vez de beliscar

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 5 – Exercício de imagem corporal positiva

1. Liste três funções do seu corpo pelas quais você sente gratidão. _____ _____ _____
2. Liste três conquistas que não envolvem peso. _____ _____ _____
3. Escreva uma frase respeitosa para dizer ao espelho. _____ _____ _____
4. Escolha uma roupa confortável e bonita para o corpo atual. Como você se sente ao usá-la? _____ _____ _____
5. Que conteúdo de rede social você pode reduzir e que conteúdo mais diverso e acolhedor pode seguir? _____ _____ _____

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 6 – Checklist semanal pós-bariátrica

☐	Tomei água ao longo do dia
☐	Usei suplementação conforme orientação profissional
☐	Priorizei proteína conforme meu plano alimentar
☐	Comi com atenção em pelo menos uma refeição ao dia
☐	Dormi em horário adequado
☐	Movimentei meu corpo
☐	Observei emoções sem me julgar
☐	Mantive ou agendei acompanhamento profissional
Observações da semana: _____ _____ _____	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 7 – Metas realistas pelo método SMART

Específica: <i>O que exatamente vou fazer?</i>
Mensurável: <i>Como vou acompanhar?</i>
Alcançável: <i>Isso cabe na minha rotina?</i>
Relevante: <i>Por que isso importa para minha saúde?</i>
Temporal: <i>Quando começo e quando reviso?</i>

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quadro 8 – Plano de autocuidado semanal

Dia	Foco sugerido	Meu plano / registro
Segunda	Organizar refeições e água	
Terça	Movimento corporal	
Quarta	Praticar imagem corporal positiva	
Quinta	Cuidado emocional (ex.: gratidão ou meditação)	
Sexta	Conexão com pessoas que me fazem bem	
Sábado	Fazer algo que me dá prazer	
Domingo	Planejar minha semana (ex.: dias das próximas metas)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

CONCLUSÃO

A jornada pós-bariátrica não termina quando a cirurgia acaba. Ela começa nesse momento. O corpo inicia uma transformação metabólica, hormonal e anatômica importante; porém, a mente, a imagem corporal, os hábitos, a relação com a comida e a identidade precisam de tempo para acompanhar (Dimitriadis; Randeva; Miras, 2017; Mento et al., 2022).

Este material foi construído para mostrar que a paciente bariátrica não precisa caminhar entre culpa e medo. Ela precisa de informação, acolhimento, equipe, rotina, sono, movimento, alimentação consciente e autocompaixão. A manutenção do emagrecimento não depende de perfeição, mas de continuidade. O cuidado não deve ser rígido a ponto de sufocar, nem solto a ponto de abandonar. Ele precisa ser humano, possível e sustentado (Budny et al., 2024; Tabesh et al., 2023).

A imagem corporal e o comportamento alimentar podem coexistir como desafios importantes, mas nem sempre se explicam diretamente. A mulher pode precisar trabalhar o sofrimento com o corpo e, em paralelo, fortalecer o controle alimentar, o sono e o suporte psicológico. Essa é a grande mensagem do produto: a reabilitação pós-bariátrica é multidimensional.

Que este e-book seja um guia de reconstrução. Não apenas para manter peso, mas para recuperar presença, dignidade, autonomia e qualidade de vida. O objetivo não é virar outra pessoa. É reencontrar-se com mais consciência, cuidado e liberdade.

Imagem 14 – Cuidado integral no pós-bariátrico: corpo, mente, alimentação e movimento



REFERÊNCIAS

Referências utilizadas no conteúdo do e-book

- AMES, G. E.; KOBALL, A. M.; CLARK, M. M. Behavioral interventions to attenuate driven overeating and weight regain after bariatric surgery. *Front Endocrinol.*, v. 13, 934680, 2022.
- BEHRENS, S. C. et al. Effects of bariatric surgery on depression: role of body image. *Obes Surg.*, v. 31, p. 1864-1868, 2021.
- BOSC, L. et al. Long-term changes in body image after bariatric surgery: an observational cohort study. *PLoS One*, v. 17, n. 12, e0276167, 2022.
- BRADEN, A. et al. An open trial examining dialectical behavior therapy skills and behavioral weight loss for adults with emotional eating and overweight/obesity. *Behav Ther.*, v. 53, n. 4, p. 614-627, 2022.
- BUDNY, A. et al. Long-term follow-up after bariatric surgery: key to successful outcomes in obesity management. *Nutrients*, v. 16, n. 24, 4399, 2024.
- CARVALHO, A. C. et al. Associations of subjective sleep patterns and social jet lag with weight loss and dietary intake in bariatric surgery patients: a 1-year follow-up study. *Br J Nutr.*, v. 133, p. 711-720, 2025.
- CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press, 2002.
- COHEN, R. V.; PETRY, T. B. How to address weight regain after bariatric surgery in an individualized way. *Rev Endocr Metab Disord.*, v. 24, n. 5, p. 993-1002, 2023.
- CONCEIÇÃO, E. et al. Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: a study with a Portuguese sample. *Eat Weight Disord.*, v. 19, p. 103-109, 2014.
- DIMITRIADIS, G. K.; RANDEVA, M. S.; MIRAS, A. D. Potential hormone mechanisms of bariatric surgery. *Curr Obes Rep.*, v. 6, n. 3, p. 253-265, 2017.
- GANGITANO, E. et al. Weight loss and sleep: current evidence in animal models and humans. *Nutrients*, v. 15, n. 15, 3431, 2023.
- GELLER, S. et al. Body image and emotional eating as predictors of psychological distress following bariatric surgery. *Obes Surg.*, v. 30, p. 1417-1423, 2020.
- GU, L. et al. Differences in the effects of laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass on gut hormones: systematic review and meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis.*, v. 17, n. 2, p. 444-455, 2021.
- IVEZAJ, V.; GRILO, C. M. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev.*, v. 19, n. 8, p. 1116-1140, 2018.
- IVEZAJ, V. et al. Examination of night eating and loss of control eating following bariatric surgery. *Eat Weight Disord.*, v. 27, p. 207-213, 2022.
- LODEWIJKS, Y.; SCHONCK, F.; NIENHUIJS, S. Sleep quality before and after bariatric surgery. *Obes Surg.*, v. 33, p. 279-283, 2023.
- MAKARAWUNG, D. J. S. et al. Body image as a potential motivator for bariatric surgery: a case-control study. *Obes Surg.*, v. 30, p. 3768-3775, 2020.
- MENTO, C. et al. The role of body image in obese identity changes post bariatric surgery. *Eat Weight Disord.*, v. 27, p. 1269-1278, 2022.
- MORAES, C. M. B. et al. Qualidade de vida e imagem corporal após cirurgia bariátrica e de contorno corporal. *Rev Bras Cir Plást.*, v. 38, n. 3, e0720, 2023.
- MOREIRA, M. F. S. et al. Nutritional counseling based on mindful eating for the eating behavior of people living with overweight and obesity: a randomized clinical trial. *Nutrients*, v. 16, n. 24, 4388, 2024.
- NETZER, N. C.; STROHL, K. P.; PRAMSOHLER, S. Influence of nutrition and food on sleep: is there evidence? *Sleep Breath.*, v. 28, p. 61-68, 2024.
- NORIA, S. F. et al. Weight regain after bariatric surgery: scope of the problem, causes, prevention, and treatment. *Curr Diabetes Rep.*, v. 23, n. 3, p. 31-42, 2023.
- ORELLANA, E. R.; COVASA, M.; HAJNAL, A. Neuro-hormonal mechanisms underlying changes in reward-related behaviors following weight loss surgery: potential pharmacological targets. *Biochem Pharmacol.*, v. 164, p. 106-114, 2019.
- PERDUE, T. O. et al. A concept analysis of disturbed body image in bariatric surgery patients. *Int J Nurs Knowl.*, v. 31, n. 1, p. 74-81, 2020.
- PINEDA-GARCÍA, G. et al. Modelo de autocuidado e imagem corporal em adultos pós-cirurgia bariátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 30, e3536, 2022.
- RAMALHO, S. et al. Excessive skin and sexual function: relationship with psychological variables and weight regain in women after bariatric surgery. *Obes Surg.*, v. 25, n. 7, p. 1149-1154, 2015.
- RODRIGUES, J. et al. Weight loss in patients with severe obesity after bariatric surgery: the potential role of chrono-nutrition, chronotype and circadian misalignment. *PLoS One*, v. 19, n. 11, e0313096, 2024.
- SARWER, D. B.; HEINBERG, L. J. A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. *Am Psychol.*, v. 75, n. 2, p. 252-264, 2020.
- SCHREYER, C. C. et al. Assessing the reliability and validity of sleep assessments in patients seeking metabolic and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.*, v. 21, p. 76-84, 2025.
- SUSMALLIAN, S.; NIKIFOROVA, I.; RAZIEL, A. Beyond weight loss: a decade of insights into quality of life and well-being after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.*, v. 36, p. 1736-1746, 2026.
- TABESH, M. R. et al. Nutrition, physical activity, and prescription of supplements in pre- and post-bariatric surgery patients: an updated comprehensive practical guideline. *Obes Surg.*, v. 33, p. 2557-2572, 2023.

- VARNS, J. A.; FISH, A. F.; EAGON, J. C. Conceptualization of body image in the bariatric surgery patient. *Appl Nurs Res.*, v. 41, p. 52-58, 2018.
- VOORWINDE, V. et al. Five-year weight loss, physical activity, and eating style trajectories after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.*, v. 18, p. 911-918, 2022.
- WANG, G. et al. Effects of bariatric surgery on sleep architecture and quality: a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.*, v. 35, p. 1070-1085, 2025.
- YAO, L. et al. Study on the correlation between body mass change and eating behavior psychology in patients after sleeve gastrectomy. *BMC Psychol.*, v. 14, 30, 2026.
- ZHENG, S. et al. Effect of dietary patterns on long-term weight maintenance of patients after sleeve gastrectomy. *Food Sci Nutr.*, v. 13, 2025.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP

Continuação do Parecer: 8.011.210

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2451288.pdf	05/11/2025 09:59:01		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/11/2025 09:57:48	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	05/11/2025 09:44:41	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_04_11_25.pdf	05/11/2025 09:17:18	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Autorizacao_para_Uso_de_Infraestrutura_041125assinado.pdf	05/11/2025 09:16:06	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_Atualizado_03_11_25_assinado.pdf	05/11/2025 09:14:19	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoMarianaNecharPreenchido290825.pdf	29/08/2025 07:31:58	MARIANA ORLANDO NECHAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 28 de Novembro de 2025

Assinado por:
ADRIANA APARECIDA LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco C

Bairro: RIBEIRANIA

CEP: 14.096-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-7709

Fax: (16)3603-7709

E-mail: cetica@unaerp.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO TFEQ-R21

THE THREE FACTOR EATING QUESTIONNAIRE (TFEQ-R21)

Versão em português

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

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

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Totalmente verdadeiro
- ☐ Verdade, na maioria das vezes
- ☐ Falso, na maioria das vezes
- ☐ Totalmente falso

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

- ☐ Quase nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Quase sempre

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

- ☐ Não estou disposto(a)
- ☐ Estou um pouco disposto(a)
- ☐ Estou relativamente bem disposto(a)
- ☐ Estou muito disposto(a)

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

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes

- ☐ Pelo menos 1 vez por semana

20. Com qual frequência você fica com fome?

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

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

Comer tudo o que quiser e sempre que quiser	1	2	3	4	5	6	7	8	Limitar constantemente a ingestão alimentar, nunca “cedendo”

ANEXO C – QUESTIONÁRIO BIQLI

BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY (BIQLI)

Versão em português

Instruções: Pessoas diferentes têm sentimentos diferentes em relação a sua aparência física. Esses sentimentos são chamados de “imagem corporal”. Algumas pessoas estão geralmente satisfeitas com sua aparência, enquanto outras estão insatisfeitas. Ao mesmo tempo, as pessoas diferem em como as vivências que têm com sua imagem corporal afetam outros aspectos de sua vida. A imagem corporal pode ter efeito positivo, negativo ou nenhum efeito. Abaixo estão listadas várias maneiras em que sua própria imagem corporal pode ou não influenciar sua vida. Para cada item, marque como e quando os seus sentimentos sobre sua aparência afetam aquele aspecto de sua vida. Antes de responder cada item, pense cuidadosamente sobre as respostas que refletem de forma mais fiel como sua imagem corporal normalmente afeta você.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Efeito muito negativo	Efeito moderado e negativo	Efeito pouco e negativo	Sem efeito	Efeito pouco e positivo	Efeito moderado e positivo	Efeito muito positivo

1. “Como minha aparência afeta” Meus sentimentos sobre mim mesmo (a), ou seja, sentimentos de adequação pessoal e valor próprio	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. “Como minha aparência afeta” Meus sentimentos sobre o quanto me sinto adequado (a) como homem ou mulher - sentimento de masculinidade ou feminilidade	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. “Como minha aparência afeta” Minhas interações (contato) com pessoas do mesmo sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. “Como minha aparência afeta” Minhas interações (contato) com pessoas do outro sexo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

5. “Como minha aparência afeta” Minhas experiências quando conheço pessoas novas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. “Como minha aparência afeta” Minhas experiências no trabalho ou na escola	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. “Como minha aparência afeta” Meus relacionamentos com amigos	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. “Como minha aparência afeta” Meus relacionamentos com familiares	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. “Como minha aparência afeta” Minhas emoções no dia a dia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. “Como minha aparência afeta” Minha satisfação com minha vida em geral	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. “Como minha aparência afeta” Meus sentimentos sobre o quanto sou aceitável enquanto um parceiro sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. “Como minha aparência afeta” Meu prazer com minha vida sexual	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. “Como minha aparência afeta” Minha capacidade de controlar o quê e quanto eu como	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. “Como minha aparência afeta” Minha capacidade de controlar o meu peso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. “Como minha aparência afeta” Minhas atividades físicas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. “Como minha aparência afeta” Minha disposição para fazer coisas que poderiam chamar a atenção para minha aparência	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. “Como minha aparência afeta” Meus cuidados com minha aparência no dia a dia (como me vestir e me arrumar)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. “Como minha aparência afeta” O quanto me sinto confiante na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. “Como minha aparência afeta” O quanto me sinto feliz na minha vida diária	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3