

ARTIGO DE REVISÃO/REVIEW ARTICLE

Impacto da Cirurgia Bariátrica na Imagem Corporal e Saúde Mental The Impact of Bariatric Surgery on Body Image and Mental Health

GISELA SIMÕES*¹, ISABEL BRANDÃO²

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

2. Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Resumo

A imagem corporal (IC), na sequência do recurso a cirurgia bariátrica (CB) e da experiência rápida e massiva de perda de peso inerente, poderá sofrer alterações como satisfação, insatisfação ou distorção. Esta monografia pretende explorar a conceção da IC do doente obeso e a sua experiência perante o próprio corpo após recurso a CB, bem como o reflexo desta intervenção ao nível da saúde mental. Aditivamente, este estudo esclarece ainda a potencial dissociação entre o tempo de adaptação físico-metabólica e de adaptação psicológica, o recurso a técnicas de correção estética após CB, bem como as motivações na base da opção por estratégias cirúrgicas. A aquisição da informação bibliográfica foi conduzida através de uma pesquisa realizada nas plataformas PubMed e SCOPUS, partindo da seguinte combinação de termos: *body image* e *bariatric surgery*. Estudos obtidos nos últimos cinco anos foram analisados, correspondendo a investigações conduzidas ou tendo por base a população obesa.

A maioria dos estudos encontrados corrobora o efeito benéfico da CB ao nível da conceção da IC. Contudo, a existência de resultados insatisfatórios, melhorias limitadas no tempo ou de repercussões negativas no domínio da saúde mental têm também vindo a ser reportadas. A transformação psicológica implícita pode, inclusive, tomar um ritmo de desenvolvimento discrepante da rápida e simultânea transformação físico-metabólica. A evidência do benefício de recurso a cirurgia estética corretora, como *lifting* corporal (LC), tem-se apresentado cada vez mais consistente, associado a melhorias psicossociais generalizadas. No entanto, as motivações que servem de base ao recurso a CB e LC subsequente permanecem pouco esclarecidas.

As mudanças causadas pela CB poderão expor o doente a tensões nunca antes por si experienciadas ou projetadas antes da cirurgia; assim, o seguimento a longo prazo do doente pós-bariátrico por psicologia e/ou psiquiatria assume-se uma etapa de avaliação imprescindível.

Abstract

Body image, in the subsequence of bariatric surgery and the inherent fast and massive experience of weight loss, may suffer many changes such as dissatisfaction or distortion. This narrative review aims to explore the conception of body image in obese patients and the experience of their own body after bariatric surgery, as well as the reflection of this intervention in their mental health. Additionally, this study further clarifies the potential dissociation between the time of physical-metabolic adaptation and psychological adaptation, the use of aesthetic correction procedures after bariatric surgery, as well as the motivations that sustain the choice for such surgical strategies.

The acquisition of the bibliographic information was performed through a research on PubMed and SCOPUS platforms, starting from the following combination of terms: *body image* and *bariatric surgery*. Studies obtained in the last five years were analyzed, corresponding to investigations conducted or based on the obese population.

Most of the studies corroborate the benefits of bariatric surgery in the conception of body image; however, the existence of unsatisfactory results, limited improvements in time or negative repercussions in the field of mental health have also been reported. The psychological transformation may even take a different pace of development from the fast and simultaneous physical-metabolic transformation. The evidence of the benefit of having subsequent aesthetic corrective

Recebido/Received: 2019-04-03

Aceite/Accepted: 2020-01-04

Publicado/Published: 2020-01-23

* Autor correspondente/Corresponding Author: Gisela Simões | gisela.simoies@outlook.com | Centro Hospitalar e Universitário de São João – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial/© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

surgery, such as body lifting, has been increasingly consistent, associated with generalized psychosocial improvements. However, the motivations that underlie the use of bariatric surgery and body lifting remain unclear.

The changes caused by bariatric surgery may expose the patient to stresses never experienced or projected before surgery, so that the long-term follow-up of the post-bariatric patient by psychology or psychiatry is an essential step for the whole evaluation of the effect of this type of surgery.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica/psicologia; Imagem Corporal; Obesidade/psicologia; Perturbações Psiquiátricas; Saúde Mental

Keywords: Bariatric Surgery/psychology; Body Image; Mental Disorders; Mental Health; Obesity/psychology

INTRODUÇÃO

A imagem corporal (IC) é um conceito multidimensional que envolve aspectos cognitivos, culturais e fisiológicos,¹ e que pode ser definido como a representação interna da aparência externa, desempenhando um papel determinante no funcionamento psicossocial de indivíduos com perturbações alimentares.² Segundo Thompson (1996), o conceito compreende a globalidade de três componentes: perceptiva (relacionada com a precisão com que a percepção da aparência física é construída, perante componentes como tamanho e peso corporal), subjetiva (referenciada ao grau de satisfação com a aparência, bem como ao nível de preocupação e ansiedade associadas) e comportamental (focalizada nas situações ou circunstâncias evitadas pelo sentimento de desconforto associado à aparência).³ Desta forma, o conceito de IC combina uma série de elementos multidimensionais como: percepção, pensamento, crenças, sentimentos, atitudes e comportamento.⁴⁻⁶

As perturbações da imagem corporal (PIC), por sua vez, constituem situações de discrepância psicológica entre o corpo percebido e o corpo ideal.⁷ Compreendem alterações como a insatisfação ou distorção da IC, traduzindo-se no desenvolvimento de pensamentos e sentimentos negativos dos indivíduos relativamente ao seu corpo, associadas a frequentes sequelas psicossociais, nomeadamente compulsão alimentar, depressão e ansiedade.^{8,9} Epidemiologicamente, indivíduos de sexo feminino (especialmente raça caucasiana) parecem revelar uma maior tendência para o desenvolvimento de PIC relativamente a indivíduos de sexo masculino,¹⁰ demonstrando os adultos entre 30 e 40 anos os níveis mais baixos de satisfação com a IC.¹¹

A obesidade pode ser definida como uma doença metabólica resultante da acumulação anormal ou excessiva de gordura sob a forma de tecido adiposo, com consequências nocivas ao nível da saúde física e psicossocial. Para adultos, a OMS define como obesos os indivíduos cujo valor de índice de massa corporal (IMC) supera ou iguala 30 kg/m².¹² Dados do *Global Health Observatory Data* estimam que, em 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos com idade igual ou superior 18 anos apresentavam excesso de peso (IMC superior a 25 kg/m²); dentro destes, mais de 650 milhões eram obesos (13% dos adultos, sendo que, no mesmo ano, a estatística referiu uma prevalência de 20,8% para o território português).¹² A obesidade constitui, atualmente,

um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo, devido ao aumento das comorbidades associadas (incluindo diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, distúrbios músculo-esqueléticos e respiratórios, síndrome metabólica e doenças neoplásicas), comprometimento psicossocial e redução da esperança média de vida.^{1,13}

A cirurgia bariátrica (CB) promove uma perda de peso significativa e sustentável em indivíduos com obesidade classe III (IMC ≥ 40 kg/m²) e indivíduos com obesidade de classe II clinicamente complicada (IMC 35.0-39,9 kg/m²) com comorbidades, pelo que se revela o tratamento *gold standard*.^{14,15} A CB tem-se destacado como um método altamente efetivo de combate à obesidade mórbida, encontrando-se comprovado o seu efeito benéfico no que respeita a várias comorbidades.¹⁶

Na sequência da CB e da perda massiva de peso associada, a redução de vários compartimentos do corpo (incluindo depósitos de gordura) potencia frouxidão cutânea entre a estrutura do corpo e o envelope adipocutâneo coberto pela pele, com retração natural.¹⁷ O procedimento plástico mais realizado em doentes pós-bariátricos corretivo das alterações referidas é designado de *lifting* corporal (LC).¹⁸ Trata-se de uma combinação de cirurgias em diversas regiões do corpo com objetivo de retirar o excesso de pele gerado pelo emagrecimento e de remodelar o contorno corporal, sendo a abdominoplastia um dos procedimentos mais frequentemente realizados.¹⁹

Apesar da maior eficácia da CB comparativamente a outras intervenções no tratamento da obesidade, a pesquisa existente sobre as persistentes consequências ao nível da saúde mental após a cirurgia é esparsa e pouco clara. Esta monografia pretende explorar a conceção da IC do doente obeso e a sua experiência perante o próprio corpo após recurso a CB, bem como o impacto na vida diária das transformações corporais inerentes (nomeadamente no domínio da saúde mental). Aditivamente, este estudo esclarece ainda a relação entre PIC e o recurso a técnicas de correção estética após CB, e as possíveis motivações na base da opção por estratégias cirúrgicas.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão narrativa da literatura através de uma pesquisa bibliográfica realizada nas plataformas

PubMed e SCOPUS, partindo da seguinte combinação: [body image AND bariatric surgery]. A utilização de “termos MeSH” na plataforma PubMed foi complementada com a pesquisa da combinação em todos os campos (“*All fields*”). O número inicial de resultados obtidos correspondeu à recolha de 318 artigos publicados nos últimos cinco anos (136 artigos obtidos através da plataforma PubMed e 182 artigos através da plataforma SCOPUS). Dos artigos obtidos, procedeu-se à exclusão dos resultados que não se encontravam redigidos em língua portuguesa ou inglesa (29 artigos), de estudos conduzidos em animais (42 artigos) e de resultados duplicados (77 artigos). Dos restantes, revistos pelo *abstract* correspondente, foram excluídos resultados de estudos moleculares, amostras exclusivas (crianças, adolescentes, grupos raciais restritos), artigos/teses sem texto completo disponível, estudos não focados primariamente na perda de peso via CB e estudos focados em aspetos económicos. Os 62 artigos restantes correspondem a estudos conduzidos ou tendo por base a população obesa, considerando-se, posteriormente, estudos prévios aos cinco últimos anos, na sequência da informação obtida através dos artigos primariamente selecionados.

RESULTADOS

a. Mudanças na percepção da imagem corporal e saúde mental após cirurgia bariátrica

Stunkard e Mendelson (1967) foram os primeiros a identificar uma correlação entre a condição de obesidade e insatisfação com a IC.²⁰ Desde então, vários estudos demonstraram a mesma associação,^{10,13,15,21,22} sendo que, entre indivíduos obesos, os que procuram tratamento para perda de peso tendem a reforçar uma percepção de IC ainda mais negativa.^{21,23-25}

A literatura específica sobre CB indica uma maior prevalência de comorbilidades psicológicas nomeadamente perturbações de humor, de comportamento alimentar e de sintomatologia depressiva em candidatas a CB,^{5,26-28} juntamente com ansiedade, perturbações de personalidade, dependência de álcool e baixa autoestima, quando comparados a grupos controlo ou outros doentes obesos que não procuram o procedimento.^{26,29,30}

A prevalência de perturbações psiquiátricas em doentes obesos é uma questão tão preponderante que, ao estudar características de candidatas a CB, Sarwer *et al* (2004) estimaram que, em cerca de 62% dos indivíduos, o diagnóstico de pelo menos uma perturbação psiquiátrica foi estabelecido (correspondendo o episódio depressivo maior – avaliado pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck II – e a perturbação de ingestão compulsiva – avaliada pela aplicação do *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* – às perturbações mais frequentemente encontradas).³¹

A avaliação psiquiátrica antes da CB é geralmente realizada, de maneira a identificar possíveis contra-indicações para a cirurgia ou necessidade de educação adicional ou apoio psicológico antes da cirurgia, a fim de otimizar os resultados.³² No entanto, a exclusão ativa de candidatas a CB devido a perturbações psiquiátricas tem-se demonstrado

uma temática controversa. Diversos investigadores referem que estes indivíduos podem ainda ser beneficiados pós-operatoriamente, em domínios de estado geral de saúde e bem-estar, se for prestado o adequado apoio após CB.²⁶ No entanto, a prevalência real de sintomas psiquiátricos antes da cirurgia pode ser maior do que a relatada. Fabricatore *et al* (2007) sugeriram que os candidatos bariátricos podem subestimar os sintomas mentais, de forma a garantir a aprovação da cirurgia, conforme indicado pelo aumento da depressão autorreferida imediatamente após concretização de CB.³³

O surgimento de uma problemática de ambivalência em torno da experiência da CB tem sido crescentemente identificado pelo doente. Este facto mostrou-se evidente na maioria dos estudos analisados, através da grande bidireccionalidade de resultados (considerados positivos/desejáveis e negativos/indesejáveis) após CB, no que diz respeito ao *outcome* composto de saúde mental e impacto na IC.

A eficácia da CB tem sido amplamente demonstrada na literatura no que respeita à perda de peso pós-cirúrgico, à manutenção do emagrecimento atingido e a transformações significativas com impacto na qualidade de vida (nomeadamente redução das perturbações de humor), favorecendo o bem-estar mental, perceções de saúde, interação social e no domínio da atividade física.³⁴⁻³⁶ Alguns destes estudos demonstram ainda a extensão temporal sustentada desses benefícios, mantida durante os primeiros quatro anos de pós-operatório.³⁶

A perda de peso tem sido consistentemente associada a melhorias nas PIC após CB.^{25,37-40} A evidência existente relata que a melhoria da percepção da IC obtida no decurso da CB se verifica tanto em homens como mulheres, parecendo ainda que esta melhoria seja passível de manutenção mesmo em circunstâncias de modesta recuperação de peso.⁴⁰ Dalle Grave *et al* (2007) descreveram que a perda de peso se encontra associada a aumento da satisfação com a silhueta corporal, independentemente da quantidade real de peso perdido.²¹ Da mesma forma, outro estudo realizado com mulheres sugere que as mudanças físicas percecionadas seriam ainda mais preditivas de melhoria da IC do que as mudanças físicas reais propriamente ditas.⁴¹ Constata-se também uma redução significativa na sintomatologia depressiva, presente em 40,5% dos doentes no período pré-cirúrgico e em 17,7% dos doentes um ano após CB.⁴² Alguns estudos relatam a possibilidade de que os sintomas permaneçam significativamente abaixo dos níveis pré-operatórios numa projeção de 5-10 anos após CB.^{43,44} Além dos benefícios constatados ao nível das PIC, depressão e baixa autoestima, a evidência reunida refere que também a ideação suicida revela melhorias significativas após o tratamento.^{1,34,45}

A nível físico-metabólico, a CB pode ainda refletir-se na redução da dor, melhoria da mobilidade e das comorbilidades relacionadas com a obesidade (tais como diabetes *mel-litus* e outros fatores de risco cardiovascular, traduzindo-se numa redução dos medicamentos diariamente administrados), melhoria da fertilidade e numa redução da mortalidade global de 23% - 40%.⁴⁵⁻⁴⁷

Foi estabelecida uma associação favorável entre melhores *outcomes* cirúrgicos e fatores como idade jovem e altos níveis de cooperação terapêutica.⁴⁸ Ao considerar as variáveis psicopatológicas pré-operatórias, existem, também, resultados que demonstram que *scores* ligeiramente elevados de ansiedade^{48,49} e menores *scores* de depressão ou perturbações da personalidade^{48,50} poderão ser preditores de sucesso na perda ponderal, podendo relacionar-se positivamente com uma melhor adesão aos padrões alimentares e de atividade física exigidos, favorecedores dos resultados cirúrgicos.

Alguns estudos, todavia, relatam que certos aspectos da IC não melhoram no pós-operatório ou não atingem os padrões esperados. De facto, não se revela incomum observar o desenvolvimento, no período pré CB, de expectativas de forma corporal irrealistas, incongruentes com os resultados passíveis de ser obtidos com CB. Tais expectativas podem afetar negativamente os resultados cirúrgicos, bem como a satisfação com o tratamento, perda de peso, humor e manutenção da adesão terapêutica.^{15,51}

Existe ainda evidência de que a recuperação de peso anos após CB poderá ser emocionalmente perturbadora, antecipatória de um desconforto emocional relacionado com a preocupação de poder estar a ser iniciada nova trajetória no sentido da obesidade.³⁶ A necessidade psicológica de comer também permanece existente para alguns, ainda que se apresentem fisicamente incapazes de comer tanto quanto anteriormente.⁴⁵ Outros resultados sugerem ainda que a qualidade de vida, na sua globalidade, apesar de mantida ou melhorada gradualmente durante os primeiros 5 anos após CB, terá piorado depois desse período.⁵² Da mesma forma, as melhorias constatadas ao nível da sintomatologia depressiva podem diminuir ao longo do tempo e, em alguns casos, podem até recuperar os níveis pré-operatórios.⁵³ Parece existir um consenso crescente em relação a um risco elevado de perturbações relacionadas com abuso de álcool após CB, parecendo revelar-se um problema mais relacionado com a técnica de *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* relativamente à colocação de banda gástrica ajustável por via laparoscópica.²⁸ Literatura crescente sugere também que pode existir um risco aumentado de suicídio após a concretização de CB, sendo que as taxas de suicídio foram, pelo menos, estimadas como quatro vezes superiores em doentes submetidos a CB, comparativamente à população geral.⁵⁴ As razões desta relação permanecem desconhecidas, no entanto, são hipotetizados fatores relacionados com o desapontamento relativamente à quantidade de peso perdida, às comorbilidades médicas e às restrições de mobilidade física não resolvidas ou recorrentes, às mudanças no metabolismo do álcool propiciantes a intoxicação alcoólica, à desinibição relacionada com álcool traduzida em impulsividade favorecedora de autoagressão, ao aumento do *stress* e aos efeitos diretos da cirurgia sobre os níveis de determinadas neuro-hormonas.^{28,54-56} No entanto, este tópico continua a apresentar-se como uma área relativamente pouco esclarecida.

A insatisfação com parâmetros da IC relacionados com pele excessiva e o estigma percebido podem também surgir ou acentuar-se.⁵⁷ Avaliando a silhueta corporal num

grupo de doentes após CB, Lacerda *et al* (2018) constataram que apenas 11,8% das mulheres se mostraram satisfeitas com o resultado, comparativamente a 50% dos doentes masculinos satisfeitos; evidenciou-se ainda que, embora a CB tenha diminuído significativamente o IMC, a maioria dos doentes continuava a autoconceber-se com aparência de maior volume corporal do que o volume real correspondente.¹

A percentagem de IMC recuperado após cirurgia, a ingestão alimentar compulsiva e a preocupação com a IC são os fatores que explicam 50% da variância da sintomatologia depressiva após a cirurgia, correspondendo as PIC ao fator com impacto mais significativo.⁵⁸ Alguns autores afirmam que o doente possui uma crença de que a CB constituirá a solução dos seus problemas, iniciando uma busca por um corpo sonhado e idealizado que, na maioria das vezes, não se concretiza; este corresponderá, então, a um momento circunstancial propício ao surgimento de PIC.¹ As PIC estabelecidas pós-cirurgia podem repercutir-se em sentimentos de frustração, quadros de ansiedade e depressão, e podem, ainda, dificultar a adaptação necessária ao acompanhamento médico e nutricional, potenciando a recuperação de peso, carências nutricionais e, em casos mais graves, o risco de morte.^{1,59}

Adicionalmente, a CB também pode ainda conduzir a algumas consequências a nível da saúde físico-metabólica: desenvolvimento de deficiências nutricionais, sintomas gastrointestinais e síndrome de *dumping* são frequentemente relatados.¹ Desta forma, apesar dos avanços feitos até ao momento, muitos autores ainda consideram a CB como uma intervenção extrema e com efeitos laterais consideráveis.

Dentro dos fatores pré-operatórios que podem predizer preocupações precoces com a IC nos três meses subsequentes à CB, destaque para os doentes que revelam emoções positivas baixas e ideias persecutórias, de insegurança ou ineficácia; da mesma forma, as preocupações com a IC demonstram-se mais comuns em doentes com diagnóstico de depressão pré-operatória, uso de medicação psicotrópica atual e história de uso de medicação psicotrópica.⁶¹ Adicionalmente, a compulsão alimentar, o tipo de alimentação e a perda de controlo alimentar parecem estar relacionados com maior insatisfação com a IC e surgimento de PIC após CB.⁶²

b. Adaptação físico-metabólica e adaptação psicológica

Com o recurso a CB, é possível que a transição corporal de uma condição de obesidade mórbida para um biótipo que se aproxima do eutrofismo apresente um desfazamento da temporalidade exigida pelo processo psicológico inerente, mudando o corpo físico dos doentes aparentemente mais rápido do que a perceção internalizada da sua IC, o que poderá culminar em sofrimento psicológico e problemas de autoaceitação, função corporal e bem-estar.^{13,63,64} O surgimento de dificuldades na criação de uma nova identidade e no desenvolvimento de novas estratégias pode gerar o que alguns autores designam de “mudanças geradoras de tensão”, que exigem um processo adaptativo.^{45,65}

Estas alterações podem trazer consigo desafios pessoais e sociais tão diversos como: aprender a lidar de forma diferente com situações e emoções difíceis que, anteriormente, se serviam da comida como “refúgio”; períodos de redescoberta do próprio doente perante uma mudança tão significativa (o que pode revelar-se um processo difícil e de conturbação psicológica); perda ponderal encarada como percepção da extinção de um mecanismo protetor, aumentando a sensação de exposição ao mundo externo, com tradução em sentimentos de vulnerabilidade; experiência ambivalente da sua vida sexual e romântica.⁴⁵

Este processo de adaptação pode, ainda, recorrer ou reintensificar-se aquando do recurso a LC após CB, revendo-se a maioria dos participantes numa nova trajetória dinâmica no que respeita à conceção da IC.⁶³

Este desfasamento temporal pode ainda revelar-se permanente. De facto, em determinados casos, refere-se a existência de uma memória ineficiente do corpo na etiologia das PIC, podendo os indivíduos serem bloqueados a uma memória aloctêntrica do corpo externo que não é mais a atualizada, contrastando com as representações dirigidas pela percepção.⁶⁶ Neste caso, os indivíduos poderão experienciar, permanentemente, a conceção de um corpo “errado”, totalmente independente da forma ou do tamanho do corpo real. De momento, a literatura que reporta o fenómeno da “gordura fantasma”, termo recriado por Cash *et al* (1990),⁶⁷ é extremamente limitada.

Um fator que parece dificultar o mecanismo adaptativo às transformações físicas sofridas corresponde à incidência de obesidade durante o período de infância: quanto mais precocemente surgir o quadro de obesidade, mais difícil será a adaptação a um “novo corpo” até que a reestruturação perceptiva e cognitiva possa ocorrer de maneira eficaz.^{1,68}

A diferenciação entre o tempo de adaptação física e o tempo de adaptação psicológica pode, ainda, traduzir-se numa falsa percepção de que o procedimento cirúrgico não foi bem-sucedido, o que poderá ter potencial impacto clínico, psicológico e emocional.¹⁵

c. Relação entre insatisfação da imagem corporal após cirurgia bariátrica e o recurso à cirurgia de correção estética

As taxas específicas de incidência de excesso de pele após CB variam de estudo para estudo; no entanto, a maioria dos doentes após CB relata ter excesso de pele, com taxas estimadas acima de 90%.^{18,69}

Além de insatisfeitos com o excesso de pele decorrente da realização de CB, até cerca de 60% dos doentes sujeitos a CB referem que esse excesso resultou em condições dermatológicas problemáticas (como prurido, erupções cutâneas, escoriações, úlceras e agravamento de doença cutâneas pré-existent) além da possível limitação da mobilidade, infeção e aumento da pressão pré-cordial.⁶⁹

A flacidez da pele redundante resulta em pregas cutâneas que se tornam áreas de difícil limpeza e que podem exigir atenção várias vezes ao dia, a fim de garantir que permaneçam limpas e secas.^{13,18,45} Essas condições são mais comumente referidas à região abdominal, ocorrendo em

aproximadamente 25% dos doentes.⁶⁹ O comprometimento funcional associado manifesta-se, frequentemente, através de dor, interferência com a capacidade de encontrar roupas adequadas e da manutenção de higiene pessoal, da prática de atividade física ou da vida sexual do doente.⁷⁰ Observa-se uma relação estabelecida entre o excesso cutâneo e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva que, por sua vez, se associa a maior percentagem de recuperação de peso após CB.⁷¹

Geralmente, doentes com perda massiva de peso submetidos a LC referem uma redução significativa da dor, de problemas cutâneos e das limitações físicas impostas pelo excesso de pele, bem como maior propensão a atividade física, sucesso profissional,⁷² melhorias significativas ao nível da intimidade, saúde mental, bem-estar geral e satisfação perante a sua aparência física, funcional e social.⁷³ Registam-se também melhorias significativas relativamente a PIC,⁷⁴⁻⁷⁶ ansiedade e depressão.^{18,72} As transformações positivas advindas tornam-se ainda mais notórias no período pós-operatório tardio, onde as consequências resultantes da perda de peso e a diminuição das cicatrizes de feridas cirúrgicas obtêm um impacto positivo ainda mais demarcado ao nível da IC e qualidade de vida do doente.⁷⁷ O seguimento a longo prazo dos doentes corrobora a manutenção, aos 4 anos, das melhorias obtidas, permanecendo esses resultados relativamente consistentes ao sétimo ano de acompanhamento.⁷³

Encontrando-se a maior frouxidão cutânea associada a perdas ponderais mais significativas,¹⁹ compreende-se a evidência existente de que maiores níveis de satisfação com a cirurgia de LC são encontrados entre aqueles que perderam maior peso,⁷⁸ sendo que, tipicamente, doentes submetidos a CB mal absorptiva perdem peso mais rapidamente do que doentes com CB restritiva.⁷⁹

Doentes submetidos a LC mostram-se geralmente satisfeitos com os resultados obtidos: estudos relatam que cerca de 96% dos doentes optariam, de novo, por recorrer a cirurgia de contorno corporal e 92% a recomendariam a um amigo ou parente.⁸⁰

As complicações dos procedimentos associados a LC incluem derrames de fluido seroso, rutura e infeções de ferida cirúrgica, hemorragia e hematoma, sendo que tais riscos parecem encontrar-se aumentados entre os indivíduos com IMC mais alto.^{13,81} Adicionalmente, releva-se o facto de a insatisfação corporal poder sofrer uma transposição para outra parte do corpo após correção de uma zona, voltando-se para áreas de deformidade anteriormente ocultas.⁸² Salienta-se ainda o facto de a recuperação de peso ser potenciadora de um impacto agudo particularmente negativo neste grupo, comparativamente a indivíduos que não recorrem a cirurgia corretora.¹⁸

Estudos conduzidos na tentativa de estabelecer critérios orientadores da seleção de doentes a beneficiar de correção estética sugerem que variações de IMC pré e pós CB superiores a 10 e uma perda de peso superior a 20 kg ilustram um desejo geral significativamente mais forte de recorrer a procedimentos de LC comparativamente a outros grupos, podendo servir como valores de *cut-off* para a indicação de cirurgia estética após CB.⁸³

d. Motivações na base da opção por estratégias cirúrgicas

Apesar de a literatura acerca dos resultados pós-cirúrgicos ser relativamente robusta, poucos estudos se dedicaram a esclarecer as motivações dos doentes que definem a base do recurso às técnicas cirúrgicas. No que respeita ao recurso a cirurgia estética corretora, Van der Beek *et al* (2010) reuniram uma coorte de doentes que haviam recorrido a correção estética, evidenciando que 63% dos doentes o fizeram devido a limitações de funcionamento físico, 51% devido a problemas dermatológicos e 50% secundários a problemas de higiene pessoal.⁸⁴ Porém, poderá existir uma tendência para que os doentes mais facilmente descrevam objetivos relacionados com a condição de saúde (física e metabólica) como fatores mais preponderantes na sua escolha do que propriamente metas relacionadas com a aparência física ou aceitação social⁸⁵; ainda assim, muitos doentes confessam e indicam motivações relacionadas com a aparência e autoestima como fatores significativos aquando da consideração de CB, bem como melhorias esperadas na IC, autoestima e qualidade de vida.¹⁶

Os doentes que identificam a aparência ou a autoestima como motivadores primários revelam maior probabilidade de ser mais jovens, do sexo feminino, com IMC inicial mais baixo, sintomas depressivos mais graves, pior qualidade de vida e pior perceção da IC⁸⁶; curiosamente, preocupações de relação direta com a aparência poderão estar associadas a melhores resultados de perda ponderal pós-cirúrgicos, mesmo após estratificação para idade e sexo.^{13,86}

Porém, Ogden *et al* (2015) relatam que, depois de passarem por CB e LC subsequente, alguns participantes concluíram que os seus problemas psicológicos permaneciam sem tratamento e que a sua forma física pode não ter sido o fator-chave mais preponderante para a construção da sua autoimagem negativa.⁸⁷

DISCUSSÃO

No presente trabalho, procurámos explorar a perceção da IC do doente obeso e a sua experiência perante o próprio corpo após CB, nomeadamente no domínio da saúde mental. Embora a eficácia da CB esteja amplamente referida, a existência de resultados insatisfatórios, melhorias limitadas no tempo ou de repercussões negativas no domínio da saúde mental têm também vindo a ser frequentemente documentadas. Destacam-se, neste campo, o surgimento de sequelas físicas após CB como o excesso de pele, a discrepância entre o resultado cirúrgico e as expectativas do doente, a experiência emocionalmente perturbadora em circunstâncias de recuperação de peso, a persistência de compulsão alimentar e de perturbações de humor, a elevação de risco associado ao consumo de álcool e à concretização de suicídio, bem como possíveis efeitos adversos reportados como frequentemente associados à cirurgia.

A disparidade encontrada nos resultados dos estudos consultados poderá, talvez, ser parcialmente explicada com fatores metodológicos, incluindo, por exemplo, a variedade de medidas utilizadas na tentativa de avaliação da

IC, que abordam as suas diferentes componentes (ou seja, aspetos cognitivos, afetivos, comportamentais ou perceptivos). Subsiste, portanto, a possibilidade de que apenas algumas componentes da IC sejam alvo de melhorias na sequência de CB, podendo depender a evolução da PIC do tipo de componente mais afetada no período pré-cirúrgico. A possibilidade da existência de um desfazamento temporal entre a adaptação físico-metabólica e a adaptação psicológica após CB foi também considerada na análise de informação, verificando-se que a ocorrência de dificuldades na criação de uma nova identidade e no desenvolvimento de novas estratégias que permitam superar situações de potencial dano poderão traduzir-se em tensões nunca antes experienciadas pelo indivíduo. No entanto, esta discrepância poderá corresponder diretamente a uma tentativa de adaptação à transformação, podendo este processo refletir-se numa ferramenta útil enquanto estratégia de *coping* com os resultados cirúrgicos. Todavia, assentando esta alteração num defeito experiencial ou cognitivo que resulte numa perceção permanente do indivíduo de que reside num corpo obeso (apesar da ocorrência real e inequívoca de perda de peso), surge a questão: será, de facto, possível, em todos os casos, “escapar” à obesidade ou à perceção errónea da IC? Potenciais estratégias atenuantes deste efeito poderão incluir marcadores físicos de progresso além do peso, com o objetivo de melhorar a assimilação de uma nova identidade enquanto pessoa mais magra, e a reflexão sobre o antigo *self* como um tempo de qualidade de vida diminuída.

Um possível indicador importante de PIC pós-operatórias a longo prazo poderá basear-se no número de doentes que solicitam cirurgia de LC para melhorar as preocupações funcionais e/ou estéticas. A relação entre o excesso de pele, condições dermatológicas problemáticas, consequências funcionais, sexuais e mentais (nomeadamente PIC e depressão) após CB e o recurso a cirurgia estética corretora tem vindo a ser reforçada. A tentativa de avaliação da satisfação com a IC após CB varia muito de acordo com os estudos, sendo que muitas das medidas avaliadoras de IC utilizadas não abordam especificamente a influência do excesso de pele. Assim, poderá ser difícil obter conclusões específicas acerca do papel do excesso de pele na IC em doentes pós-bariátricos que recorrem a LC; no entanto, melhorias na IC, na redução de dor, problemas dermatológicos, e em parâmetros como intimidade e sociabilidade são inequívocas e duradouras na esmagadora maioria dos doentes. A clareza, na maioria dos estudos, do benefício do LC subsequente a CB, torna imperiosa a reavaliação do processo educacional e informacional dos doentes, antes de CB, acerca do potencial excesso de pele e acerca da possibilidade de recurso a LC, podendo contribuir para o desenvolvimento de expectativas realistas em relação aos resultados cirúrgicos e prevenindo consequentes PIC. A integração de programas de LC na orientação de doentes após CB poderá, também, ser estruturada de forma mais eficaz, ponderando uma gestão adequada do momento propício, da eletividade dos doentes e dos recursos disponíveis. Denota-se, porém, a existência relatada de possibilidade de dano respeitante à recuperação de peso: doentes

que realizam LC parecem sofrer um impacto particularmente negativo comparativamente aos que não recorrem a LC.

Por sua vez, as motivações que orientam o recurso a CB e LC permanecem pouco esclarecidas. Embora sejam reportadas, maioritariamente, razões funcionais e relacionadas com a qualidade de vida, poderá existir um tendência para que os doentes mais facilmente descrevam este tipo de objetivos como fatores mais preponderantes na sua escolha do que propriamente metas relacionadas com a aparência física, aceitação social, PIC ou autoestima. Preocupações de relação direta com a aparência poderão estar associadas a melhores resultados de perda ponderal pós-cirúrgicos; no entanto, embora este tipo de motivação possa fomentar a procura de procedimentos cirúrgicos resolutivos, alguns doentes permanecem com os problemas psicológicos de base e referem que sua forma física pode não ter sido o fator-chave mais preponderante para a construção da sua autoimagem negativa, pelo que a existência de uma PIC basal, não associada à condição de obesidade mórbida, poderá existir. Todavia, fatores médicos, funcionais e psicológicos que conduzem os doentes à realização de CB e LC devem ser examinados mais detalhadamente em estudos futuros, de forma a procurar e garantir um acompanhamento pré e pós-cirúrgico individualizado, numa perspetiva o mais holística possível.

Esta síntese reconhece que as PIC poderão constituir alvos terapêuticos importantes a serem considerados durante as intervenções bariátricas, em diversos momentos. Embora o rastreio para perturbações psicológicas e risco prévios à CB esteja bem definido e preconizado, salientamos a importância do acompanhamento pós-operatório de questões psicossociais que poderão surgir no decurso das mudanças implícitas, garantindo o suporte dietético e psicológico adequado, nomeadamente no que respeita à capacitação para lidar com sentimentos de fome, controlo alimentar, recuperação de peso, mudanças na identidade pessoal e na conceção global da IC. Esta análise qualitativa distingue ainda o reconhecimento crescente da importância das PIC no *outcome* cirúrgico, permitindo uma conceção globalizada e mais orientadora da informação existente.

Destacamos como principais limitações desta revisão narrativa a reunião de informação acerca da IC segundo

estudos que utilizam variadas medidas de avaliação da IC. A utilização frequente de medidas subjetivas, descritivas e qualitativas incluídas nos estudos analisados no que respeita à avaliação das PIC, motivações pré-cirúrgicas e marcadores de adaptação psicológica à nova silhueta corporal, constituem fatores dificultadores da comparabilidade e acuidade informativa reunida. Adicionalmente, a consideração da CB como uma entidade global (ainda que esta seja constituída por um conjunto de técnicas cirúrgicas metodologicamente diversificadas), permite que subsista a hipótese de que diferentes técnicas adquiram impacto desigual ao nível das transformações da IC e do recurso a LC. São necessários estudos futuros no sentido de uniformizar medidas objetivas de satisfação com a IC e das suas várias componentes, bem como a averiguação de diferentes técnicas de CB ao nível do correspondente impacto nas PIC.

CONCLUSÃO

Esta síntese demonstra que o efeito da CB nos resultados psicossociais está longe de corresponder a uma realidade invariável e extensível uniformemente a todos os doentes. As mudanças causadas pela CB poderão expor o doente a tensões nunca antes por si experienciadas ou projetadas antes da cirurgia. No que respeita à IC, a maioria dos estudos corrobora o efeito benéfico da CB ao nível das PIC, contudo, a existência de resultados insatisfatórios, melhorias limitadas no tempo ou repercussões negativas no domínio da saúde mental têm também vindo a ser reportadas. A transformação psicológica implícita pode, inclusive, tomar um ritmo de desenvolvimento discrepante da rápida e simultânea transformação físico-metabólica.

A evidência do benefício do recurso a cirurgia estética corretora tem-se apresentado cada vez mais consistente, associado a melhorias psicossociais generalizadas. No entanto, as motivações que servem de base ao recurso a CB e LC subsequente permanecem pouco esclarecidas.

O seguimento a longo prazo do doente pós-bariátrico por psicologia e/ou psiquiatria torna-se imprescindível, não só para avaliação da extensão temporal dos efeitos cirúrgicos, mas também para acompanhamento de questões psicossociais que poderão surgir no decurso das transformações inerentes.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

- Lacerda RM, Castanha CR, Castanha AR, Campos JM, Ferraz AA, Vilar L. Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2018; 45: e1793.
- Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121:423e–34e.
- Thompson JK. *Body Image, Eating Disorders and Obesity.* Washington: American Psychological Association; 1996.
- DiGioacchino RF, Sargent RG, Topping M. Body dissatisfaction among White and African American male and female college students. *Eat Behav.* 2001; 2:39–50.
- Gilmartin J. Body image concerns amongst massive weight loss patients. *J Clin Nurs.* 2013; 22:1299-309. doi: 10.1111/jocn.12031.
- Lydecker JA, White MA, Grilo CM. Form and formulation: examining the distinctiveness of body image constructs in treatment-seeking patients with binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2017; 85:1095–103. doi: 10.1037/ccp0000258.
- Halliwell E, Dittmar H. Associations between appearance-related selfdiscrepancies and young women's and men's affect, body image, and emotional eating: a comparison of fixed-item and respondent-generated self-discrepancy measures. *Pers Soc Psychol B.* 2006; 32:447–58.
- Wilson RE, Latner JD, Hayashi K. More than just body weight: the role of body image in psychological and physical functioning. *Body Image.* 2013; 10: 644–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.04.007.
- Sawaoka T, Barnes RD, Blomquist KK, Masheb RM, Grilo CM. Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Compr Psychiat.* 2012; 53:740–5. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.10.003.
- Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image.* 2004; 1:43-56.
- Davison TE, McCabe MP. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles.* 2005; 52:463-75.
- World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. 16 fevereiro 2018 [consultado 8 outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- White AL. *Body Image and Quality of Life Among Postsurgical Bariatric Patients.* Old Dominion University - Psychology Theses & Dissertations. [Internet]. 2016 [consultado 8 de outubro de 2018]. Disponível em: https://digitalcommons.odu.edu/psychology_etds/47.
- Aziret M, Karaman K, Ercan M, Bostancı EB, Akoğlu M. Laparoscopic sleeve gastrectomy on a morbidly obese patient with situs inversus totalis: A case study and systematic review of the literature. *Obes Res Clin Pract.* 2017; 11: 144-51. doi: 10.1016/j.orcp.2016.12.003.
- Price HI, Gregory DM, Twells LK. Body shape expectations and self-ideal body shape discrepancy in women seeking bariatric surgery: A cross-sectional study. *BMC Obes.* 2014; 1:28. doi: 10.1186/s40608-014-0028-y.
- Song P, Patel NB, Gunther S, Li CS, Liu Y, Lee CY, et al. Body image & quality of life: changes with gastric bypass and body contouring. *Ann Plast Surg.* 2016; 76: S216-21. doi: 10.1097/SAP.0000000000000788.
- Zuelzer HB, Baugh NG. Bariatric and bodycontouring surgery: A continuum of care for excess and lax skin. *Plast Surg Nurs.* 2007; 27:3–13.
- Ellison JM, Steffen KJ, Sarwer DB. Body contouring after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23:479-87. doi: 10.1002/erv.2408.
- Sarwer DB, Polonsky HM. Body image and body contouring procedures. *Aesthet Surg J.* 2016; 36:1039-47. doi: 10.1093/asj/sjw127.
- Stunkard A, Mendelson M. Obesity and the body image: I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *Am J Psychiatry.* 1967; 123:1296-300.
- Dalle Grave R, Cuzzolaro M, Calugi S, Tomasi F, Temperilli F, Marchesini G, et al. The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity.* 2007; 15(2320-7.
- Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res.* 2002; 10:33-41.
- Mühlhans B, Horbach T, de Zwaan M. Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009; 31:414-21. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.05.004.
- Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull J.* 1995; 117:3.
- Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research. *Obes Res Clin Pract.* 2014; 8:e314-24. doi: 10.1016/j.orcp.2013.11.002.
- Jumbe S, Hamlet C, Meyrick J. Psychological aspects of bariatric surgery as a treatment for obesity. *Curr Obes Rep.* 2017; 6:71-8. doi: 10.1007/s13679-017-0242-2.
- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, De La Cruz AP, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010; 20:161-7. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1.
- Müller A, Mitchell JE, Sondag C, de Zwaan M. Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15:397. doi: 10.1097/YCO.0000000000000085.
- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates:

- relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:328-34. doi: 10.1176/ajp.2007.164.2.328.
30. Greenberg I, Sogg S, Perna FM. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity*. 2009; 17:880-4.
 31. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crenand CE, Raper SE, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2004; 14:1148-56.
 32. Masheb RM, White MA, Toth CM, Burke-Martindale CH, Rothschild B, Grilo CM. The prognostic significance of depressive symptoms for predicting quality of life 12 months after gastric bypass. *Compr Psychiatry*. 2007; 48:231-6.
 33. Fabricatore AN, Sarwer DB, Wadden TA, Combs CJ, Krasucki JL. Impression management or real change? Reports of depressive symptoms before and after the preoperative psychological evaluation for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007; 17:1213-9.
 34. Guardia D, Metral M, Pigeyre M, Bauwens I, Cottencin O, Luyat M. Body distortions after massive weight loss: lack of updating of the body schema hypothesis. *Eat Weight Disord*. 2013; 18:333-6. doi: 10.1007/s40519-013-0032-0
 35. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*. 2004; 12:1554-69.
 36. Sarwer DB, Wadden TA, Spitzer JC, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas A, et al. 4-year changes in sex hormones, sexual functioning, and psychosocial status in women who underwent bariatric surgery. *Obes Surg*. 2018; 28:892-9. doi: 10.1007/s11695-017-3025-7.
 37. De Panfillis C, Cero S, Torre M, Salvatore P, Dall'Aglio E, Adorni A, et al. Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*. 2007; 17:792-9.
 38. Pecori L, Cervetti GGS, Marinari GM, Migliori F, Adami GF. Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and contouring. *Obes Surg*. 2007; 17:68-73.
 39. Sarwer DB, Steffen KJ. Quality of life, body image and sexual functioning in bariatric surgery patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23:504-8. doi: 10.1002/erv.2412.
 40. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas A, et al. Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA*. 2014; 149:26-33. doi: 10.1001/jamasurg.2013.5022.
 41. Ginis KAM, McEwan D, Josse AR, Phillips SM. Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: The importance of perceived versus actual physical changes. *Body Image*. 2012; 9:311-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.04.002.
 42. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, de Zwaan M, Wolf AM, Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007; 17:785-91.
 43. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obesity*. 2007; 31:1248-61.
 44. Schowalter M, Benecke A, Lager C, Heimbucher J, Bueter M, Thalheimer A, et al. Changes in depression following gastric banding: a 5- to 7-year prospective study. *Obes Surg*. 2008; 18:314-20.
 45. Coulman KD, MacKichan F, Blazeby JM, Owen-Smith A. Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis. *Obes Rev*. 2017; 18:547-59. doi: 10.1111/obr.12518.
 46. Faccio E, Nardin A, Cipolletta S. Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *J Clin Nurs*. 2016; 25:1713-20. doi: 10.1111/jocn.13222.
 47. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292:1724-37.
 48. Agüera Z, García-Ruiz-de-Gordejuela A, Vilarrasa N, Sanchez I, Baño M, Camacho L, et al. Psychological and personality predictors of weight loss and comorbid metabolic changes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23:509-16. doi: 10.1002/erv.2404.
 49. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*. 2004; 12:1554-69.
 50. Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W, et al. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006; 16:1609-14.
 51. Crawford R, Glover L. The impact of pre-treatment weight-loss expectations on weight loss, weight regain, and attrition in people who are overweight and obese: a systematic review of the literature. *Br J Health Psychol*. 2012; 17:609-30. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02059.x.
 52. Tremp M, Delko T, Kraljević M, Zingg U, Rieger UM, Haug M, et al. Outcome in body-contouring surgery after massive weight loss: A prospective matched single-blind study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015; 68:1410-6. doi: 10.1016/j.bjps.2015.05.035.
 53. van Hout GC, Vreeswijk CM, van Heck GL. Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obes Surg*. 2008; 18:321-5. doi: 10.1007/s11695-007-9271-3.
 54. Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm emergencies after bariatric surgery a population-based cohort study. *JAMA Surg*. 2016; 151:226-32. doi: 10.1001/jamasurg.2015.3414.
 55. Steffen KJ, Engel S, Pollert GA, Li C, Mitchell JE. Blood alcohol concentrations rise rapidly and

- dramatically after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2013; 9:470-3. doi: 10.1016/j.soard.2013.02.002.
56. Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M, Engel S, Roerig J, Steffen K, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity.* 2013; 21:665–72. doi: 10.1002/oby.20066.
 57. Alegria CA, Larsen B. “That’s who I am: a fat person in a thin body”: weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015; 27:137-44. doi: 10.1002/2327-6924.12158.
 58. Sousa P, Bastos AP, Venâncio P, Vaz AR, Brandão I, Costa JM, et al. Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: o papel do peso, da alimentação e da imagem corporal. *Acta Med Port.* 2014; 27:450-7.
 59. McCabe MP, Ricciardelli L. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *J Psychosom Res.* 2004; 56:675-85.
 60. Christou NV, Look D, MacLean LD. Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed longer than 10 year. *Ann Surg.* 2006; 244:734-40.
 61. Pona AA, Heinberg LJ, Lavery M, Ben-Porath YS, Rish JM. Psychological predictors of body image concerns 3 months after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016; 12:188-93. doi: 10.1016/j.soard.2015.05.008.
 62. Ivezaj V, Grilo CM. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2018; 19:1116-40. doi: 10.1111/obr.12685.
 63. Gilmartin J, Bath-Hextall F, Maclean J, Stanton W, Soldin M. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *JBIG Database System Rev Implement Rep.* 2016; 14:240-70.
 64. Gilmartin J, Long A, Soldin M. Identity transformation and a changed lifestyle following dramatic weight loss and body contouring surgery. *J Health Psychol.* 2015; 20:1318–27. doi: 10.1177/1359105313511838.
 65. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obes Surg.* 2002; 12:781–8.
 66. Riva G, Gaudio S, Dakanalis A. I’m in a virtual body: a locked allocentric memory may impair the experience of the body in both obesity and anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2014; 19:133-4. doi: 10.1007/s40519-013-0066-3.
 67. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. *J Psychopathol Behav.* 1990; 12:157-67.
 68. Branco LM, Hilário MO, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006; 33:292-6.
 69. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Bohdjalian A, Langer FB, et al. After massive weight loss: Patients’ expectations of body contouring surgery. *Obes Surg.* 2012; 22:544-8. doi: 10.1007/s11695-011-0551-6.
 70. Klopper EM, Kroese-Deutman HC, Berends FJ. Massive weight loss after bariatric surgery and the demand (desire) for body contouring surgery. *Eur J Plast Surg.* 2014; 37:103–8.
 71. Ramalho S, Bastos AP, Silva C, Vaz AR, Brandão I, Machado PP, et al. Excessive skin and sexual function: relationship with psychological variables and weight regain in women after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2015; 25:1149-54. doi: 10.1007/s11695-014-1514-5.
 72. Al-Hadithy N, Aditya H, Stewart K. Does the degree of ptosis predict the degree of psychological morbidity in bariatric patients undergoing reconstruction? *Plast Reconstr Surg.* 2014; 134:942-50. doi: 10.1097/PRS.0000000000000695.
 73. Van der Beek ESJ, Geenen R, de Heer FA, van der Molen ABM, van Ramshorst B. Quality of life long-term after body contouring surgery following bariatric surgery: sustained improvement after 7 years. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130:1133-9. doi: 10.1097/PRS.0b013e318267d51d.
 74. Lazar CC, Clerc I, Deneuve S, Auquit-Auckbur I, Milliez PY. Abdominoplasty after major weight loss: improvement of quality of life and psychological status. *Obes Surg.* 2009; 19:1170-5. doi: 10.1007/s11695-009-9883-x.
 75. Cintra W, Modolin MLA, Gemperli R, Gobbi CIC, Faintuch J, Ferreira MC. Quality of life after abdominoplasty in women after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2008; 18:728–32. doi: 10.1007/s11695-007-9280-2.
 76. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh CE, Teufel M, Köhler H, Tengler M, et al. Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: A comparison of pre- and post-surgery groups. *Front Psychol.* 2014; 5:1310. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01310.
 77. Modarressi A, Balagué N, Huber O, Chilcott M, Pittet-Cuénod B. Plastic surgery after gastric bypass improves long-term quality of life. *Obes Surg.* 2013; 23:24-30. doi: 10.1007/s11695-012-0735-8.
 78. Reiffel AJ, Jimenez N, Burrell WA, Millet YH, Dent BL, Pomp A, et al. Body contouring after bariatric surgery: How much is really being done? *Ann Plast Surg.* 2013; 70:350–3. doi: 10.1097/SAP.0b013e318236ba85.
 79. Chapman AE, Kiroff G, Game P, Foster B, O’Brien P, Ham J, Maddern GJ. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: A systematic literature review. *Surgery.* 2004; 135:326–51.
 80. Larsen M, Polat F, Stook FP, Oostenbroek RJ, Plaisier PW, Hesp WL. Satisfaction and complications in post-bariatric surgery abdominoplasty patients. *Acta Chir Plast.* 2007; 49:95-8.

81. Fischer JP, Wes AM, Serletti JM, Kovach SJ. Complications in body contouring procedures: An analysis of 1,797 patients from the 2006-2010 ACS-NSQIP databases. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132:1411-20.
82. Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity.* 2006; 14:1626–36.
83. Giordano S, Victorzon M, Stormi T, Suominen E. Desire for body contouring surgery after bariatric surgery: do body mass index and weight loss matter? *Aesthet Surg J.* 2014; 34: 96-105. doi: 10.1177/1090820X13515701.
84. Van der Beek ESJ, te Riele W, Specken TF, Boerma D, van Ramshorst B. The impact of reconstructive procedures following bariatric surgery on patient well-being and quality of life. *Obes Surg.* 2010; 20:36–41. doi: 10.1007/s11695-009-9909-4.
85. Price HI, Gregory DM, Twells LK. Weight loss expectations of laparoscopic sleeve gastrectomy candidates compared to clinically expected weight loss outcomes 1-year post-surgery. *Obes Surg.* 2013; 23:1987-93. doi: 10.1007/s11695-013-1007-y.
86. Dixon JB, Laurie CP, Anderson ML, Hayden MJ, Dixon ME, O'Brien PE. Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity.* 2009; 17:698-705.
87. Ogden J, Birch A, Wood K. 'The wrong journey': patients' experience of plastic surgery post weight loss surgery. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2015; 7:294–308.