UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

Como sou, como estou: Imagem Corporal e Estado Nutricional em mulheres
solicitantes de Cirurgia Plástica Estética

ALESSANDRA FEIERABEND

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicobiologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP

2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

**Como sou, como estou: Imagem Corporal e Estado Nutricional em mulheres solicitantes
de Cirurgia Plástica Estética**

Versão Corrigida

ALESSANDRA FEIERABEND

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicobiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa.

Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Ribeirão Preto-SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Feierabend, Alessandra.

Como sou, como estou: imagem corporal e estado nutricional em mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. Ribeirão Preto, 2017.
179 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicobiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa.

Co-orientador: Sebastião de Sousa Almeida.

1. Imagem Corporal. 2. Cirurgia Plástica Estética. 3. Estado Nutricional.
4. Exames Bioquímicos.

Nome: Feierabend, Alessandra

Título: Como sou, como estou: Imagem Corporal e Estado Nutricional em mulheres solicitantes de Cirurgia Plástica Estética.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 07 de julho de 2017

Banca Examinadora

Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Assinatura: _____

Prof. Dr. César Alex Galera

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Profa Dra Idalina Shiraishi Kakeshita

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Profa Dra. Diana Cândida Lacerda Mota

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Assinatura: _____

*Dedico à minha família, parte inerente da minha alma,
Max, Arthur e Guilherme Feierabend Engracia Garcia.*

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa vencida, com pouca, média ou muita dificuldade, aqui estou. Ao Querido **Deus**, tão fiel, agradeço por me guiar, me amparar e me abençoar. Por me estender a mão quando eu caio, por me carregar no colo quando o cansaço insiste em me vencer, por me livrar de todo mal e me presentear com a benção de viver ao lado de pessoas que eu tanto amo.

Muito Obrigada Senhor, pelo meu companheiro, cúmplice e estimado marido **Max Engracia Garcia**, que me acompanha desde os meus 15 anos, e hoje certamente já não saberia mais como seria viver sem ele. Nos conhecemos ainda tão jovens, e assim mesmo me ensinou a ser uma pessoa melhor, muito além do amor de marido, muitas vezes me proporcionou um amor paternal ilimitado.

Além do mais, me presenteou com as jóias mais preciosas que eu jamais poderia imaginar, que são meus dois filhos: **Arthur Feierabend Engracia Garcia**, um bom Homem louvável, bom médico e filho abençoado e **Guilherme Feierabend Engracia Garcia**, um bom Homem, igualmente bem-aventurado, de espírito amplo e quissá diplomata.

À minha sobrinha **Maria Eugênia Feierabend**, a qual tão cedo passou por provações tão doloridas e veio morar conosco (e no meu coração), e hoje faz parte do meu núcleo familiar. Contudo, ensinou-me como levantar, sacudir a poeira e dar a volta por cima.... passou no vestibular em Psicologia em uma ótima faculdade aos 17 anos e será sem dúvida, uma mulher digna, culta e extremamente humana!

Aos **meus Pais**, agradeço as lições de humildade e amor incondicional, mesmo frágeis e já idosos, talvez não tenham consciência do seu real valor, do quanto me ensinaram a ser resiliente diante das situações adversas da vida, e o que realmente vale a pena!

Ao **Programa de Pós Graduação em Psicobiologia** e demais mestres de outros departamentos das disciplinas as quais me foram oferecidas; **Prof. Dr. Cesar Alexis Galera** (coordenador do programa), **Prof. Dr. José Lino de Oliveira Bueno**, **Prof. Dr. José Aparecido da Silva**, **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida**; **Prof. Dr. Marcos Lira Brandão**; **Profa. Dra. Patricia Ferreira Monticelli**, **Prof. Dr. Manoel Jorge Nobre do Espírito Santo**, **Prof. Dr. Fernando Sérgio Zucoloto**; **Profa. Dra. Rosane Pilot**, **Profa. Dra. Daniela Sartorelli**, entre outros, juntamente com a **Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa**, os quais transmitiram seus conhecimentos e experiências profissionais de vida e dedicação. Aqueles que me guiaram para além da teoria, das filosofias, expressei o meu maior agradecimento e profundo respeito, que sempre serão poucos diante do que me foi oferecido e pela oportunidade de concluir uma etapa profissional tão importante. À secretária **Renata Vicentini**, a qual muitas vezes foi solidária e muito humana comigo em momentos de dificuldade.

A **CAPES/PROEX** pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Ao Laboratório de Nutrição e Comportamento,

Não me sinto mais a mesma dentro da minha neutralidade; atualmente me posiciono de forma orgulhosa por fazer parte do Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, supervisionado pelo **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida**, ao qual serei eternamente grata.

Ao ser convidada pela **Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa** e pelo **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida** para participar das reuniões semanais do Grupo de Imagem Corporal, aceitei imediatamente sem poder imaginar a magnitude do bem que frutificaria tal convite e gentileza concedida em minha vida.

Agradecê-los pela oportunidade e confiança que me foi dada, talvez não seja suficiente para que possam compreender o quanto acrescentaram enquanto aluna, amiga, pesquisadora, sobretudo como ser humano que aprendi a honrar a Ciência e reconhecer que “**a casa onde te recebe bem, esta te transforma**”.

Primeiramente, fui apresentada à **Prof. Dra. Telma Maria Braga Costa**, pela minha cunhada que atualmente é nutricionista, **Savannah Alves Engracia Garcia**, na época estava fazendo o seu TCC com o tema imagem corporal e era co-orientada pela doutoranda **Diana Cândida Lacerda Mota**. A sua contribuição permitiu para que eu tivesse a felicidade e a oportunidade de conhecer as demais pessoas que mencionarei daqui por diante.

Lembro-me do meu primeiro dia, ao chegar bem tímida, na reunião do Grupo de Imagem Corporal, cujos participantes, na época desconhecidos, receberam-me gentilmente. Sentei-me ao lado da querida **Idalina Kakeshita**, sem imaginar o grau de afinidade que teríamos futuramente, muito menos sem saber da sua capacidade profissional e humana.

Participavam também: **Diana Candida Lacerda Mota**, amiga querida que foi o Elo (anjinha) para me apresentar à minha Orientadora (futura orientadora na época) e **Profa. Telma**, que sinto uma imensa admiração pela sua capacidade profissional, competência e amorosidade. Estavam também presentes **Gabriela Salim Xavier** e **Camila Lemos, Renata Pini** e **Alessandra Junqueira Costa Pereira** que se mostraram rapidamente receptivas e contribuíram muito durante as reuniões e ao longo da minha estadia. A responsável pela reunião era **Fernanda Laus**, com a qual fiquei impressionada pela intimidade e postura diante de assuntos para mim ainda tão novos e, posteriormente, me ensinou muito sobre Imagem Corporal. Também é preciso falar do técnico do Laboratório **Rodrigo Focozzi Mazzei** igualmente querido, sempre disponível e posteriormente com a sua imensa capacidade intelectual e humana prestou a prova de Seleção (difícilíssima) comigo e entrou entre os primeiros colocados. Dessa forma, entrou em seu lugar, **Alexander (Alex) Rossato** (técnico do laboratório suplente) que também me ensinou muito informática (junto com a grande maioria dos colegas do Laboratório) aos quais sempre serei imensamente grata pela delicadeza, educação, respeito e amabilidade com os quais sempre me trataram.

Ao iniciar o Curso de Aperfeiçoamento da Psicobiologia para a prova de seleção, encontrei amigas que, embora tão novas, contribuíram tanto para o meu amadurecimento acadêmico. **Pillar (peça rara), Ana Maria Nieves, Roberta Incrocci, Ligia Bueno, Carolini Marchetti, Rebeca Machado, Marcelle Coelho**, recebam a minha gratidão e carinho.

No segundo semestre encontrei outro anjo chamado **Gabriela Pap**, que também entrou comigo na prova de seleção e desde então não conseguimos ficar muito tempo longe, muitas vezes parece uma filha, sempre atenta e leal.

Nelly Kim Okuda, uma flor de pessoa, extremamente disciplinada, me ensinou um ditado japonês que diz: “*O treino leva à perfeição*”, referindo-se à minha insegurança em relação às apresentações orais que tínhamos que realizar durante o curso, sobretudo na hora da defesa. **Raquel Bacceto** também deixou a sua contribuição, demonstrando a sua objetividade e capacidade de realizar tarefas bem feitas em um breve espaço de tempo.

Por fim a **Profa. Dra. Pós Doc. Amiga Tânia Regina Riul**, que veio de tão longe (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM), para me oferecer tanto carinho em situações que pareciam ser intransponíveis, além de me encorajar ao enfrentamento sempre!

Por fim, agradeço à minha amiga **Mavi Galante** que encontrei no meio desse processo para me ensinar pacientemente regras da ABNT.

À minha **Banca Examinadora**, receba minha mais profunda gratidão e sinceros agradecimentos pela disponibilidade e contribuição para a minha formação e defesa.

Reconheço imensamente as **participantes do Grupo Clínico e do Grupo de Comparação** que colaboraram para a realização deste estudo e certamente com a sua presença sigilosa contribuíram para achados significativos para o campo científico.

Aos ausentes

Ausência, no dicionário, é a definição “do afastamento de uma pessoa do local em que deveria estar”. Por mais contraditório que pareça, sempre tive a certeza da presença dessas pessoas queridas, as quais me incentivaram, iluminando meus pensamentos durante vários momentos em minha vida. Divido com elas as minhas alegrias e conquistas com a esperança de que um dia possamos nos reencontrar para comemorarmos juntos!

Agradeço ao Senhor por ter me concedido a oportunidade de criar laços de amizades que por mim perpetuarão para sempre! A todos que me fizeram o Bem, e que, talvez não saibam o tamanho do bem que me fizeram, desejo-lhes que sejam abençoados abundantemente.

Nude Seating on a Sofa, Amedeo Modigliani

"Belo, é tudo quanto agrada desinteressadamente."

Immanuel Kant, filósofo alemão

"Quem tem bastante no seu interior, pouco precisa de fora."

Johann Wolfgang von Goethe
Escritor, cientista e filósofo alemão.

RESUMO

FEIERABEND, A. **Como sou, como estou:** Imagem Corporal e Estado Nutricional em mulheres solicitantes de Cirurgia Plástica Estética. 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pos-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A especialidade da Cirurgia Plástica corresponde ao ramo da cirurgia que visa restaurar partes do organismo alteradas por deformidades congênitas ou adquiridas, bem como corrigir as desarmonias estéticas. Nos últimos anos houve um aumento expressivo no número de Cirurgias Plásticas Estéticas (CPE) realizadas no mundo e no Brasil. Entre os principais procedimentos cirúrgicos no Brasil encontram-se: a mamoplastia de aumento, a blefaroplastia, a lipoaspiração e a abdominoplastia, sendo as mulheres a grande maioria, além de serem mais insatisfeitas com a sua aparência em relação aos homens. Tal situação pode ser um dos principais motivos pela busca da CPE. A Imagem Corporal é representada por dimensões atitudinais e perceptivas, as quais se relacionam com a aparência dos indivíduos sofrendo influências socioculturais, dentre outros elementos do ambiente, que podem afetar o comportamento e atitudes destes. O objetivo do presente estudo foi investigar a IC e o Estado Nutricional de mulheres solicitantes de CPE, em um serviço de CPE particular, na cidade de Ribeirão Preto/SP. Uma amostra de 40 mulheres adultas divididas em dois grupos, Clínico e de Comparação, com características etárias, educacionais e socioeconômicas semelhantes. As participantes responderam aos questionários de Caracterização da Amostra, Critério de Classificação Econômica Brasil, Multidimensional sobre as Relações com o Próprio Corpo, Inventário de Esquemas sobre a Aparência e foram submetidas à Avaliação do Estado Nutricional por meio da Avaliação Antropométrica, Composição Corporal e Análise Bioquímica de sangue e urina. Os resultados obtidos para G1 foram: a maioria das participantes que apresentavam sobrepeso e obesidade, estavam insatisfeitas desde a infância/adolescência, realizavam tentativas de mudanças de hábitos alimentares seguindo blogs, revistas, utilização de dietas da moda e aplicativos, não faziam acompanhamento nutricional com nutricionista, apresentavam nível severo de preocupação com o seu Estado Nutricional de acordo com IMC e sofriam de ansiedade em relação ao sobrepeso. Também estavam mais motivadas e investiam demasiadamente nas crenças sobre a IC, uso frequente de psicotrópicos e acompanhamento psicoterapêutico. As participantes do G2 estavam Eutróficas na sua maioria, mais satisfeitas em relação ao G1, não haviam mudado seu comportamento alimentar nos últimos 30 dias, e também não realizavam acompanhamento nutricional, pois se preocupavam pouco com o Estado Nutricional. Também não investiam na mesma proporção em crenças relacionadas à IC, nem faziam acompanhamento psicoterapêutico e uso de psicotrópicos. Portanto, torna-se essencial uma maior atenção em relação ao EN e acompanhamento psicoterapêutico dessas mulheres direcionados às necessidades individuais. Neste sentido, a detecção e a prevenção precoces de possíveis riscos e futuras complicações provocados por deficiências nutricionais e comportamentos inadequados podem contribuir significativamente para a garantia de resultados cirúrgicos mais satisfatórios, além da diminuição dos dispêndios com Sistema Único de Saúde e de Saúde Complementar (convênios), assim como a redução do estresse emocional e possíveis execuções jurídicas de ambas as partes (médico-paciente).

Palavras-chave: Imagem Corporal. Cirurgia Plástica. Estado Nutricional. Exames Bioquímicos.

ABSTRACT

FEIERABEND, A. **Who am I, how I am:** Body Image and Nutritional Status in applicants women in Aesthetic Plastic Surgery. 2017. 179f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pos-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The specialty of Plastic Surgery corresponds to the branch of surgery that aims to restore parts of the organism altered by congenital or acquired deformities, as well as, correct the aesthetic disharmony. In recent years, there has been an expressive increase in the number of Aesthetic Plastic Surgery (APS) performed in the world and in Brazil. Among the main surgical procedures in Brazil are: breast augmentation, blepharoplasty, liposuction and abdominoplasty, with women being the majority, in addition to being more dissatisfied with their appearance in relation to men. This situation may be one of the main reasons for the pursuit of APS. Body Image (BI) is represented by attitudinal and perceptive dimensions, which are related to the appearance of individuals suffering socio-cultural influences, among other elements of the environment, that can affect their behavior and attitudes. The objective of the present study was to investigate Body Image (BI) and the Nutritional Status (NS) of women requesting APS in a private APS service in the city of Ribeirão Preto / SP. A sample of 40 adult women divided into two groups, Clinical and Comparative, with similar age, educational and socioeconomic characteristics. Participants answered the Sample Characterization Questionnaire, Brazil Economic Classification Criterion, Multidimensional body-self relation questionnaire-Appearance scale, Inventory of Schemes on Appearance- Revised, and performed an evaluation of nutritional status through anthropometric evaluation, body composition and biochemical analysis of blood and urine. The results obtained for G1 were: the majority of participants who were overweight and obese, were unsatisfied since childhood / adolescence, attempted changes in eating behavior following blogs, magazines, use of fad diets and applications, did not perform nutritional monitoring with nutritionist, had a severe level of concern about their Nutritional Status (NS) according to BMI and were anxious about being overweight. They were also more motivated and over-invested in beliefs about body image, frequent use of psychotropic drugs and psychotherapeutic follow-up. The G2 participants were mostly Eutrophic, more satisfied with G1, had not changed their eating behavior in the last 30 days, nor did they perform nutritional monitoring because they cared little about the Nutritional Status. They also did not invest in the same proportion in BI- related beliefs, nor did they follow psychotherapeutic and psychotropic use. Therefore, greater attention is needed in relation to NS and the psychotherapeutic follow-up of these women directed at individual needs. In this sense, the early detection and prevention of possible risks and future complications caused by nutritional deficiencies and inadequate behaviors can contribute significantly to the guarantee of more satisfactory surgical results, as well, as the reduction of expenditures with the Unified Health Sistem (SUS) and Complementary Health System), as well as, the reduction of emotional stress and possible legal executions of both parties (doctor-patient).

Keywords: Body Image. Plastic surgery. Nutritional status. Biochemical exams.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Faixa etária das mulheres que realizaram os procedimentos cirúrgicos estéticos nos Estados Unidos da América em 2015.....	27
Tabela 2 - Países que mais realizaram cirurgias plásticas e procedimentos estéticos no mundo em 2014, segundo a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS, 2016).....	28
Tabela 3 - Tipos de procedimentos procurados pelas participantes do grupo Clínico (G1, n=20), em uma clínica particular especializada de Ribeirão Preto/SP, 2016.....	63
Tabela 4 – Tabela 4 –Frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas e econômica baseado nos Critérios de Clasificação Econômica Brasil (2014) das participantes dos grupos Clínico (n=20) e de Comparação (n=20), obtidas por meio do Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016.....	64
Tabela 5 – Frequência de acompanhamento psicoterapêutico realizado por mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	65
Tabela 6 – Frequência de uso de medicamento antidepressivo ou ansiolítico por mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	65
Tabela 7 – Frequências absoluta e relativa da realização de dietas para emagrecimento, segundo relatos das participantes do grupo Clínico (G1, n=20) e grupo de Comparação (G2, n=20), obtidas através do questionário para caracterização da amostra, Ribeirão Preto/SP, 2016.....	66
Tabela 8 – Resultados Estatísticos Descritivos das participantes do G1 no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e G2, de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	67
Tabela 9 – Redução de peso desejado pelas mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	73
Tabela 10 – Frequência de nível de preocupação com o Estado Nutricional de acordo com o IMC de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	73

Tabela 11 - Frequência de tempo de insatisfação com a aparência de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	74
Tabela 12 – Distribuição das frequências absoluta e relativas referentes à insatisfação com a aparência em diferentes aspectos (emocional, sexual, social e todos os aspectos), de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	74
Tabela 13 - Medidas descritivas expressas por mediana (mínimo–máximo) e as comparações dos resultados da Escala ASI-R de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	76
Tabela 14 – Questionário de Escalas Multidimensional sobre as relações com o próprio corpo (MBRSQ-AS), em mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resultados dos Exames bioquímicos de Lípidograma (Colesterol Total e HDL) das participantes do grupo Clínico (n=20) e do grupo de Comparação (n=20) que apresentaram alteração em uma clínica particular especializada, de Ribeirão Preto/SP, 2016.....	68
Figura 2 – Avaliação dos Resultados dos exames bioquímicos referentes à dosagem de creatinina, albumina e ferritina séricas das participantes dos grupos Clínico (n=20) e de Comparação (n=20), de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Ribeirão Preto/SP, 2016.....	69
Figura 3 – Resultados da análise das Vitaminas A, K, E e C das participantes dos grupos Clínico (G1, n=20) e do grupo de Comparação (G2, n=20) que apresentaram alteração em uma clínica particular especializada, Ribeirão Preto/SP, 2016.....	71
Figura 4 – Resultados da análise dos Minerais ferro, zinco, cobre, magnésio e urina de rotina das participantes dos grupos Clínico (G1, n=20) e de Comparação (G2, n=20) de uma clínica particular especializada, Ribeirão Preto/SP, 2016.....	72
Figura 5 - Gráficos <i>Box-Plot</i> da escala ASI-R entre os grupos em relação à escala ASI-R, de mulheres no período pré-operatório para CPE do grupo Clínico (G1, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (G2, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	76
Figura 6 - Gráficos <i>Box-Plot</i> dos dados obtidos pela aplicação da escala MBSRQ-AS entre mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto, SP.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% GC	Percentual de Gordura Corporal
AA	Avaliação da Aparência
AAE	Adaptação Evolutiva do Ambiente
ACP	Auto-Classificação do Peso
AN	Anorexia Nervosa
ASA	Classificação da <i>American Society Of Anesthesiologists</i>
ASAPS	American Society for Aesthetic Plastic Surgery
ASI-R	<i>Appearance Schemas Inventory - Revised</i>
BASS	Escala de Satisfação com Áreas do Corpo
BIA	<i>Bioelectrical Impedance Analysis</i>
BES	<i>Body Esteem Scale</i>
BN	Bulimia Nervosa
BSQ-34	<i>Body Shape Questionnaire-34</i>
CC	Circunferência da Cintura
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CP	Cirurgia Plástica
CPE	Cirurgia Plástica Estética
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPC	Desnutrição Proteico-Calórica
EFS	Escala de Figura de Silhueta Brasileira
EN	Estado Nutricional
EP	Embolia Pulmonar
EUA	Estados Unidos da América
IC	Imagem Corporal
IG	Índice Glicêmico
IMC	Índice de Massa Corporal
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
ISAPS	<i>International Society of Aesthetic Plastic Surgery</i>
ISE	Índice de Sobrenutrição Estadual
MBRQ-AS	<i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales</i>

NHANES II	<i>National Health And Nutrition Examination Survey</i>
NPI	<i>Narcissistic Personality Inventory</i>
OA	Orientação da Aparência
PS	Preocupação com o Sobrepeso
QFA	Questionário de Frequencia Alimentar
RCQ	Razão entre Cintura e Quadril
RL	Radicais Livres
SAA	Saliência Autoavaliativa
SAC	Satisfação com Áreas do Próprio Corpo
SBNE	Sociedade Brasileira de Nutrição e Estética
SBPC	Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
SM	Saliência Motivacional
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Comportamental-Cognitiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transtornos Depressivos
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TVP	Trombose Venosa Profunda
VET	Valor Energético Total
VR	Valor de Referência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Cirurgia Plástica Estética	22
1.1.1	<i>Conceito e Histórico.....</i>	22
1.1.2	<i>Epidemiologia</i>	25
1.1.3	<i>Cirurgia Plástica Estética: Mamoplastia de Aumento, Lipoaspiração e Abdominoplastia.....</i>	27
1.1.3.1	Mamoplastia de Aumento	27
1.1.3.2	Lipoaspiração	29
1.1.3.3	Abdominoplastia	30
1.2	Imagem Corporal	32
1.2.1	<i>Histórico da Imagem Corporal</i>	34
1.2.2	<i>Motivação para a busca de Cirurgia Plástica Estética</i>	35
1.2.3	<i>Preocupação, vigilância e ansiedade relacionadas ao peso corporal e CPE</i>	38
1.3	Estado Nutricional e Cirurgia Plástica Estética	40
1.4	Avaliação Bioquímica Laboratorial.....	44
1.5	Psicotrópicos, Psicoterapia, Imagem Corporal e CPE.....	46
1.6	Justificativa e Hipóteses do estudo.....	49
2	OBJETIVOS	51
2.1	Objetivo Geral	51
2.2	Objetivos Específicos.....	51
3	MATERIAL E MÉTODO	53
3.1	Delineamento Metodológico da Pesquisa	53
3.1.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	53
3.1.2	<i>Critérios de Exclusão</i>	53
3.2	Material	54
3.2.1	<i>Aspectos Éticos.....</i>	54
3.2.1.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	54
3.2.2	<i>Caracterização da Amostra.....</i>	54
3.2.2.1	Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas	54
3.2.2.2	Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	55
3.2.3	<i>Imagem Corporal</i>	55

3.2.3.1	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBRQ-AS).....	55
3.2.3.2	<i>Appearance Schemas Inventory – Revised</i> (ASI-R).....	57
3.2.4	<i>Avaliação Clínica e do Estado Nutricional (EN)</i>	57
3.2.4.1	Avaliação Antropométrica	57
3.2.4.2	Avaliação da Composição Corporal.....	58
3.2.4.3	Análise dos Exames Bioquímicos	59
3.3	Procedimentos.....	59
3.4	Análise dos Dados.....	61
4	RESULTADOS	63
5	Caracterização da Amostra	63
5.1	Diagnóstico do Estado Nutricional (EN)	66
5.2	Exames Bioquímicos.....	67
5.3	Caracterização da Imagem Corporal	72
6	DISCUSSÃO	80
7	CONCLUSÃO	121
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo clínico	161
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Comparação.....	163
	APÊNDICE C – Questionário de caracterização da amostra – G1	165
	APÊNDICE D – Questionário de caracterização da amostra – G2	167
	APÊNDICE E - Questionário de Avaliação Antropométrica.....	168
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - FFCLRP	170
	ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil.....	171
	ANEXO C - Multidimensional Body Relations Questionnaire	173
	ANEXO D – Inventário de Esquemas Sobre a Aparência.....	177
	ANEXO E – Autorização do Local de Pesquisa	179

Portrait Of Jeanne Hebuterne In A Large Hat, Amedeo Modigliani

1 INTRODUÇÃO

Há um ditado popular italiano que diz: “Quem nasce belo, já nasce metade rico”, referindo-se a quem já nasce bem-sucedido por ser belo. Outra frase muito conhecida é a do poeta Vinícius de Moraes: “Me desculpe as feias, mas beleza é fundamental”, ou seja, a boa aparência é uma exigência da vida moderna. A aparência já era uma preocupação desde o período Paleolítico (25000 a.C a 20000 a.C) retratada pela Vênus de Willendorf, uma escultura de calcário (rocha comum encontrada nessa região da Áustria) e também pela Vênus de Laussel (na França), as quais representavam a feminilidade, idealizando os seios volumosos, nádegas, vulva e abdômen salientes como elementos de fertilidade. Tem-se então, a imagem da mulher desde sempre relacionada com o prazer e fertilidade, ao contrário dos homens, que sempre foram vistos como senhores deles mesmos (FRANCO; REBELLO, 1977).

Em nosso ambiente ancestral, que nos remete à origem de nossa espécie, alguns traços de preferência nos seres humanos podem ser explicados pela teoria da adaptação evolutiva do ambiente (AAE) onde a nossa espécie evoluiu, desde que o ser humano lutava por sua frágil sobrevivência em meio às condições hostis e de precoce mortalidade, sendo que tais preferências acompanham os seres humanos até os dias atuais (MANNING et al., 1997; MOILER; SOLER; THORNHILL, 1995; VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017).

As mulheres dedicavam-se à procriação e maternidade. A mulher, vista como um objeto de adorno social e familiar, teve a necessidade de lutar por sua emancipação e liberação através dos tempos (FRANCO; REBELLO, 1977). Podemos citar, por exemplo, a preferência masculina por mulheres jovens, estas aparentemente mais aptas a gerar uma prole sadia e que sobreviva, reproduzindo-se no seu meio e transmitindo o seu gene às gerações seguintes (MANNING et al., 1997; MOILER; SOLER; THORNHILL, 1995; RAMOS; LENCASTRE, 2013; VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017).

Além disso, vários estudos mostram que de fato as simetrias faciais e corpóreas, proporções do corpo desejadas, como por exemplo, o Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura e quadril (RCQ) também influenciam amplamente na atratividade das mulheres em várias culturas, os quais estão relacionados com níveis hormonais. Contudo, o ambiente moderno em que vivemos pouco se aproxima daquele de onde surgimos e/ou somos adaptados, pois existem discrepâncias de comportamentos mal adaptados. Vê-se também o estabelecimento de diferenças significativas entre homens e mulheres e que posteriormente formaram tradições culturais (MANNING et al., 1997; MOILER; SOLER; THORNHILL, 1995; RAMOS; LENCASTRE, 2013; VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017).

De acordo com Varella, Valentova e Sene (2017), para contextualizar esse assunto é necessário abordar a Teoria *Run Away*, a qual se refere a algumas preferências “exageradas” oriundas do AAE e que surgiram aleatoriamente no ambiente mais moderno, sem que tenham algum sentido evolutivo, sendo esta uma possível explicação para um dos principais motivos da busca pela Cirurgia Plástica Estética (CPE) por mamoplastia de aumento tanto no Brasil e no mundo.

A mamoplastia é o procedimento mais procurado no Brasil e no mundo, sendo considerada pelos psicólogos evolucionistas uma estratégia de super estímulos que os seres humanos buscam, sobretudo as mulheres, para atraírem parceiros e se encaixarem aos padrões atuais de beleza. Contudo, essas preferências exageradas que não estão relacionadas ao nosso ambiente ancestral são geralmente de curto prazo, bem diferente das preferências relacionadas com as adaptações ancestrais, as quais perduram por muito mais tempo (MANNING et al., 1997; MOILER; SOLER; THORNHILL, 1995; VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017).

Para Franco e Rebello (1977), o homem que possui uma mulher bela é semelhante à posse de uma obra de arte, causando cobiça alheia, inveja e conferindo-lhe *status*. A atração pela beleza causou muitas tragédias, relatadas pela História da Cultura Humana:

Os olhos de Helena, princesa de Esparta, são como duas estrelas perpetuamente cintilantes. A pele branca e macia assemelha-se a uma flor estranha, jamais colhida ou tocada. A boca perfeita emite uma voz melodiosa como o canto e corpo esguio parece obra de um Deus escultor que, num momento de paixão pelo ser humano, tivesse decidido contemplar os homens com uma beleza maior (CIVITA, 1973, p. 633).

A mulher grega era suntuosa e muito bem trajada, sobretudo as egípcias, que eram magras, esguias e bem maquiadas, com penteados exuberantes. Neste período, o cuidado corporal era considerado extremamente relevante. Com o advento do cristianismo, os romanos se inspiravam nas fraquezas humanas, acentuando-se comportamentos rígidos e disciplinantes, com o enaltecimento da mulher branca e virgem; contudo, o asseio e autocuidado não apresentavam muita importância como na época dos gregos (FRANCO; REBELLO, 1977).

A expressão “*mens sana in corpore sano*” refere-se à liberdade de exibição do corpo proveniente dos gregos e que, com o advento do cristianismo, alterou-se profundamente o censo estético e os costumes sociais. As mulheres procuravam assemelhar-se com a imagem da Virgem Maria, trajando-se de maneira sóbria e casta. Nessa época também (séc. XIII), o Papa Inocêncio III proibiu a prática de qualquer cirurgia, pois seria considerada uma ofensa a Deus,

pela violação do corpo tido como algo muito sagrado e, por esse motivo, vê-se também poucos nús artísticos deste período (FRANCO; REBELLO, 1977).

Já no período Renascentista (séc. XV), com o declínio do poder da Igreja e valorização da cultura greco-romana, pode-se notar a volta do senso estético por meio da obra de Botticelli “O nascimento de Vênus”, pelas feições angelicais e o corpo pouco musculoso e sugerindo passividade. Enquanto Leonardo da Vinci representa a indefinição de traços (sexuais e psíquicos), os conceitos de beleza variavam desde Leonardo (pelos traços afeminados e beleza exuberante – pioneiro da “versão *unissex*”), até as obras de Michelangelo, em que se encontravam traços viris e atléticos, coexistentes numa mesma época (FRANCO; REBELLO, 1977).

Na Era da beleza (em termos comerciais e midiáticos), descobriu-se o corpo como um produto, a comunicação não-discursiva (linguagem pelo corpo) que, através da imagem, envia mensagens subliminares que impõem o rejuvenescimento, a longevidade e a magreza como padrões de beleza (FRANCO; REBELLO, 1977). A norma do corpo não se reduz a uma invenção da medicina, pois, historicamente, observa-se que o corpo masculino e musculoso representa a força e domínio, o poder e a liberdade em seu uso político desde Aristóteles; e que nunca pertenceu a um escravo ou a uma mulher. Em contrapartida, as mulheres não demonstravam tais qualidades, porque seu corpo foi feito para o prazer do outro (não dela mesma) e para a maternidade (TIBURI, 2013).

Igualmente há um evidente emparelhamento entre a velhice e a obesidade, colocando-os no mesmo patamar de exclusão social, estando assim à margem da sociedade. Para Foucault (1979), o corpo é um objeto de incitação de exploração econômica e ideológica, permeando a erotização humana e o embelezamento do corpo, enquanto escravo de um ideal de perfeição “Fique nú...mas seja magro, bonito e bronzeado” (FOUCAULT, 1979, p. 147).

Tem-se então um culto à juventude e magreza, envelhecimento como um efeito colateral do nascimento e, dessa forma, a estética parece estar considerando de forma séria a concepção de imortalidade. Atualmente a beleza recebeu o consentimento pelas palavras de Pio XII, o que se torna particularmente interessante para a Cirurgia Plástica Estética (CPE), pois a beleza física do ser humano representa um bem desejável, apreciável e esta representa a manifestação da beleza do Criador e o bem-estar físico e mental do homem, restituindo a perfeição com o aval divino (FRANCO; REBELLO, 1977; PAPA PIO XII, 1959). Neste sentido, a Biotecnologia surge como um instrumento de construção e potencialização do corpo, deflagrando corpos híbridos, onde se confunde a realidade e a ficção, o humano e máquina, o natural e o falso; ou seja, a biologia funde-se à tecnologia (DIAS, 2013). As mudanças corporais também funcionam

como uma forma de comunicação e informação sobre a posição social do indivíduo e, muitas vezes, demonstram um sinal de mudança em seu *status* social (SAIKALI et al., 2004).

Flor (2009) reforça que a mídia trabalha técnicas de persuasão e doutrinas relacionadas ao bem-estar, o *status* social e o culto ao corpo perfeito e idealizado, fomentando a indústria do consumo e da beleza e acima de tudo impõe padrões estéticos. Sendo assim, a sociedade assimila esses padrões, acreditando que belo é sinônimo de poder, sucesso e saúde; sem medir os sacrifícios necessários para alcançá-los, apresentando uma postura passiva diante dos meios midiáticos, reforçando a construção dos padrões e fenômenos socioeconômicos.

De acordo com Flor (2009, p. 268), a, pois é um sinal que representa e expõe uma insígnia, grife e prêmio, pois o corpo é, portanto, valor mídia na sociedade capitalista atua “enquanto dispositivo de poder a serviço de uma comunicação baseada nas fórmulas de mercado”, pela necessidade do consumo de dietas da moda, venda de cosméticos, estímulo às cirurgias estéticas e exercícios físicos, trabalhando o corpo como um bem que simboliza prestígio e determina classe social. O corpo é tanto um bem individual como também coletivo (GOLDENBERG, M., 2005; PEREIRA, 2004).

Goldenberg, M. (2005) cita a obra do antropólogo Gilberto Freyre, intitulada “*Modos de homem, modas de mulher*” de 1987, que aborda a transição de modelos de beleza no Brasil. O autor valoriza a miscigenação do corpo da mulher brasileira, respeitando-se suas diferenças e sugere um fenótipo adequado ao clima/contexto geográfico e histórico de país tropical que, no caso do Brasil, abrange uma grande região litorânea. Freyre exemplifica a “típica” mulher brasileira, até então: morena, baixa, longos cabelos, pouco busto, fina cintura e glúteos salientes. Dessa forma, as mulheres, segundo o autor, deveriam valorizar a sua essência, e não buscar ou aceitar “padrões” europeus ou norte americanos de beleza.

Ao longo do tempo, foi-se modificando os “modelos” de beleza, da morena à loira como a apresentadora Xuxa e a atriz Vera Fischer, que foram consideradas ícones de beleza nas décadas 80/90 e, por último, no século XXI, a “*ubermodele*” Gisele Bündchen, com suas feições norte-europeizantes. Questões culturais relacionadas ao corpo são consideradas um capital físico, pela associação do corpo belo, magro e prestígio social, como necessários para melhor aceitação e (con)vivência em sociedade (BOURDIEU, 1990; GOLBENBERG, M., 2005).

Moscoso (2009) coloca que, nos tempos atuais, a globalização da beleza e das formas esguias carrega significados simbólicos como o poder, sucesso e felicidade. Os meios de comunicação criam aspirações, reforçando imagens de corpos padronizados; uma vez em que se está “fora” das medidas, sente-se cobrado e insatisfeito. A mídia, ao mostrar corpos atraentes,

faz com que uma parte de nossa sociedade se lance na busca de uma aparência física idealizada, sem muitas vezes considerar os meios.

Neste contexto, houve um crescimento exponencial da CPE nas últimas décadas, com a promessa de resgatar a qualidade de vida, a autoestima e a melhora da aparência, suavizando alguns traços e/ou minimizando sinais de envelhecimento. As técnicas foram ao longo do tempo aprimoradas, em consonância com a redução dos riscos cirúrgicos concomitantemente com a segurança e o *know-how* de técnicas anestésicas, as quais, muito contribuíram para o crescimento dessa especialidade médica.

1.1 Cirurgia Plástica Estética

1.1.1 Conceito e Histórico

A especialidade da Cirurgia Plástica (CP) corresponde ao ramo da cirurgia que visa a restaurar, anatômica e funcionalmente, partes do organismo alteradas por deformidades congênitas ou adquiridas, assim como corrigir as desarmonias de ordem estética. As cirurgias reconstrutoras auxiliam pessoas que sofreram algum tipo de acidente ou possuem má formação congênita. Por outro lado, os procedimentos com finalidade estética são realizados com objetivo de remodelar estruturas do corpo a fim de melhorar a aparência física e a autoestima do indivíduo (MÉLEGA, 1992). Portanto, a CPE é um procedimento cirúrgico eletivo, onde se procura a melhoria da aparência, mudando as formas originais do paciente e, sobretudo, é considerada a cirurgia da aparência e da autoestima (AVELAR, 2011; COELHO, 2013).

Edmonds (2007) afirma que é comum encontrar nos artigos da medicina da beleza ou em outros estudos sobre o tema, uma motivação para CPE como um meio de alcançar uma melhora da autoestima. Até o final do século XX, esta especialidade médica foi discriminada por ser meramente estética e por não apresentar uma patologia no sentido fisiológico. O autor descreve que, na Teoria do Complexo de Inferioridade de Adler, o autor descreve que a feiura serve como um bloqueio psicológico que causa angústia nos indivíduos, como uma das causas principais. Dessa maneira, a CPE encontra nesta doença, uma alternativa para o alcance da cura e/ou melhora da autoestima, da imagem e da percepção corporal.

De acordo com Andrews, Martino e Freitas (2007) o termo Cirurgia Plástica é a arte de moldar, modelar e reparar, sendo derivada da palavra grega *plastikus*. Em 1798, Desault e Edvard Zeis atribuíram a palavra *plastiqué* como o termo utilizado para a especialidade médica pela primeira vez.

Os primeiros relatos de Cirurgia Plástica Reparadora ocorreram na Índia há 4000 anos a.C. Em culturas Egípcias, Babilônicas e Assírias eram realizadas as cirurgias reparadoras, mas, em caso de insucesso, o cirurgião era castigado e penalizado, em penas que variavam desde lesões corporais até mesmo a sua sentença de morte (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

Na época dos faraós, entre o período de 3500-1500 a.C., os papiros revelaram, através dos hieróglifos, procedimentos cirúrgicos de reconstruções nasais, fraturas mandibulares e cranianas que eram realizadas com a técnica indiana Sushruta, retirada do livro Ayurveda, considerado um sagrado arquivo médico dos hindus, cujos alvos eram pessoas criminosas, prisioneiros de guerra e adúlteros que tinham como punição a amputação do nariz. As contagens de narizes cortados serviam de parâmetro para distingui-los da população em geral, sendo assim, uma forma de humilhar publicamente o indivíduo (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007; MÉLEGA, 1992).

Hipócrates (V a.C.) também retratou vários procedimentos cirúrgicos, como os enfaixamentos, os cuidados estéticos e até mesmo a calvície, e logo após a morte de Alexandre Magno (323 a.C) o Império dividiu-se entre seus generais, sendo que, Ptolomeu Soter (governante do Egito) permitia dissecações humanas *in vivo* dos indivíduos condenados à morte, o que permitiu um grande progresso de estudos de Anatomia e Fisiologia, salientando nomes como Erasistrato e Herófilo considerados pais da Fisiologia (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

Com o surgimento do Império Romano (4 a.C) ocorreram avanços na CPE pela mãos de Paulus Aeginata, que utilizou e desenvolveu técnicas para a reparação de hipospadia (cirurgia de correção dos órgãos genitais), fraturas de mandíbulas e reconstruções nasais, que foram fundamentais para a história da CPE (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007). Com a queda do Império Romano (476 d.C), a Europa caiu em um profundo caos, com territórios (pequenos feudos) invadidos pelos bárbaros e guerras. A Igreja Católica tomou o poder por quase dez séculos e estes, por sua vez, foram séculos de estagnação do pensamento científico, principalmente na área da cirurgia. Neste momento, acreditava-se que os problemas humanos só poderiam ser resolvidos por Deus, restringindo os conhecimentos prévios de Hipócrates, os quais foram guardados por monges beneditinos. No final da Idade média havia pouquíssimos médicos e estes transmitiam conhecimento de medicina para os filhos, sendo a família de médicos cirurgiões de maior destaque, com sobrenome “Branco”, estabelecida em Catânia no sul da Itália em 1503 (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

No final da Idade Média (11 d.C) foram abertas as primeiras escolas de medicina nos mosteiros (Salerno, Montpellier) e, mais tarde, o surgimento das Universidades de Bologna e Pádua na Itália, consideradas o berço do Renascimento. As dissecações anatômicas aconteciam de forma secreta, até que o Papa Sixto V autorizou, no século XIV, que Antônio Branca, um cirurgião itinerante, banisse a técnica indiana Sushruta, desenvolvendo técnicas de enxerto de pele em escravos, dos quais foram retiradas a pele, além dos mutilados em duelos, sendo o primeiro cirurgião responsável por rodar retalhos braquiais em lábios e orelhas. Logo, essas técnicas foram importadas pela Alemanha e, em 1818, Von Graef publicou o primeiro livro de Cirurgia Plástica (depois de um breve ensaio de Tagliacozzi na Itália em 1597), que muito contribuiu para estimular o desenvolvimento da CPE na Europa e Estados Unidos (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

A CPE despontou no século XIX com Roe, introdutor da rinoplastia estética para a redução da giba nasal com ressecções alares para diminuir as dimensões nasais (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007). O grande marco para a CPE deu-se na primeira Guerra Mundial, início do século passado, o que representou um divisor de águas para a Cirurgia Plástica Moderna, pois houve um aumento de traumas causados por armas de fogo, que até então eram desconhecidas pela humanidade surgindo a necessidade de serviços especializados para tratamentos das injúrias em soldados Franceses, Britânicos, Alemães e Italianos. Nos anos 30 do século passado, ocorreram as primeiras atividades em serviços hospitalares nos Estados Unidos, no *Post Graduate Hospital*, antecessor do Instituto de Cirurgia Plástica Reconstructiva da Universidade de Nova York. Já na América do Sul, especificamente na Argentina, despontaram dois cirurgiões plásticos pioneiros, Hector Marino e Ernesto Malbec, ambos responsáveis por toda a disseminação e geração dos conhecimentos modernos da CPE, inclusive nas repúblicas vizinhas (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

Apesar da impressão de que a CPE tem seu início no Brasil somente no século XX, ressalta-se que os índios brasileiros (antes da colonização) já realizavam intervenções cirúrgicas com finalidades estéticas, com a introdução de objetos discoides de madeira nos lábios, uso de penas, ossos e estiletes transfixando nariz, lábios, orelhas ou bochechas, por eles admirados como lindos ornamentos, além da aplicação tópica de ervas para tratamento de lesões cutâneas ou uso como cosméticos. A semente do urucum era utilizada para bronzear a pele e seu uso mantém-se ainda hoje, que se perdeu no tempo do alcance dos historiadores (SINDER, 1992).

No Brasil, traçavam-se os primeiros passos da especialidade médica, na qual teve como destaque o cirurgião Rebello Neto, inaugurando a primeira unidade de Cirurgia Plástica em Rezende (RJ). Em 1933, surge também na recém fundada Escola Paulista de Medicina, com o

primeiro professor catedrático da Faculdade na disciplina de CPE, Antônio Prudente Meireles de Moraes e seus assistentes (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

A partir da Segunda Guerra Mundial, a cirurgia reconstrutora teve um grande impulso, sendo reconhecidamente muito eficaz, apresentando um aumento crescente de indivíduos interessados na CPE, os quais não estavam mais resignados a aceitar defeitos congênitos ou mesmo adquiridos. Um grupo restrito de pessoas de alto poder aquisitivo, não satisfeitas com sua aparência, buscavam o rejuvenescimento facial por meio da CPE, na década de 60-70, denominada “Época de Ouro” da Cirurgia Plástica. Neste período, destacam-se também a criação da *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (1967) e a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) em 1970 (ANDREWS; MARTINO; FREITAS, 2007).

Um dos acontecimentos mais importantes no Brasil foi a fundação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica em sete de dezembro de 1948, pelos Drs. José Rebello Neto, Victor Spina, Antônio Prudente Meireles de Moraes, entre outros. Neste contexto, destacam-se renomados especialistas em CPE com suas respectivas obras e contribuições cada vez melhor e mais numerosas; dentre eles, a especial contribuição de Ivo Pitanguy, o maior divulgador internacional da cirurgia plástica brasileira (SINDER, 1992).

1.1.2 Epidemiologia

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2013), houve um aumento significativo no número de cirurgias plásticas estéticas ocorridas no Brasil, sendo este o segundo país no mundo onde é realizado o maior número de procedimentos cirúrgicos estéticos, com 1.592.106/ano, ficando atrás somente dos Estados Unidos da América (EUA), com cerca de 1.620.855/ano. Em ordem crescente, as principais CPE realizadas no Brasil são: a lipoaspiração, mamoplastia de aumento, abdominoplastia e rinoplastia e a blefaroplastia. A maioria dos pacientes que realiza procedimentos estéticos é mulher, apesar de se observar um crescimento na procura desses procedimentos pelo sexo masculino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2013). Os procedimentos estéticos minimamente invasivos mais populares foram: toxina botulínica (355.581), preenchimentos faciais (182.141), depilação a laser (76.235), rejuvenescimento facial (52.650) e *peelings* químicos (16.145) (SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA, 2014).

De acordo com a pesquisa realizada pela *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (ASAPS), com dados coletados no período de 1997 a 2015, houve um aumento dos procedimentos cirúrgicos acima de 538%. Em um intervalo de 19 anos, realizaram-se 176.863

procedimentos invasivos e não invasivos; enquanto que, em 2015, verificou-se um acréscimo no número de CPE realizadas, principalmente a lipoaspiração (396.048), a mamoplastia de aumento (101.176) e abdominoplastia (com 34.002 em 1997 e 180.717 em 2015), totalizando 305.856 de procedimentos realizados no ano (AMERICAN SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

Os norte americanos gastaram 13,5 bilhões de dólares em procedimentos estéticos invasivos e não invasivos, com aumento de 1,5 bilhões de dólares gastos entre 2014-2015. No *ranking* das cinco cirurgias mais populares entre as mulheres norte americanas estão: a lipoaspiração (396.048), a mamoplastia de aumento (305.856), a abdominoplastia (180.717), a blefaroplastia (169.708) e, por fim, a 5ª do *ranking* que foi o reposicionamento de mamas com 148.967 procedimentos realizados (AMERICAN SOCIETY FOR AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

A Tabela 1 traz a distribuição de idade das mulheres que realizaram os procedimentos cirúrgicos nos EUA em 2015 com variação (18-65 anos), estando a maioria na faixa entre 19-64 anos de idade.

Tabela 1 – Faixa etária das mulheres que realizaram os procedimentos cirúrgicos estéticos nos Estados Unidos da América em 2015.

Faixa etária por Procedimentos Cirúrgicos	%
<=18 anos	1,9
19-34 anos	26,8
35-50 anos	39,5
51-64 anos	24,33
65anos	7,5

Fonte: American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2015).

Dados da *International Society Aesthetics Plastic Surgery* (ISAPS) demonstraram que, em 2014, realizaram-se no mundo aproximadamente 20 milhões de procedimentos estéticos cirúrgicos (invasivos e não invasivos), sendo que os EUA lideraram o *ranking* mundial, com a realização de 1.483.020 CPE e 581.551 procedimentos minimamente invasivos neste mesmo período; em segundo lugar, o Brasil com 1.343.293 CPE e 715.212 procedimentos estéticos não invasivos, entre eles, os mais procurados: a injeção de toxina botulínica, *peelings* químicos e preenchimentos faciais (AMERICAN SOCIETY FOR AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2015).

A Tabela 2 aponta o *ranking* de países com maior índice de procedimentos estéticos realizados no ano de 2014.

Tabela 2 - Países que mais realizaram cirurgias plásticas e procedimentos estéticos no mundo em 2014, segundo a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS, 2016).

Países	Número de Procedimentos	%
Estados Unidos da América	4,064,571	20,1
Brasil	2,058,505	10,2
Japão	1,260,351	6,2
Coreia do Sul	980,313	4,8
México	706,072	3,5

Fonte: Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (2016).

Pesquisa realizada pela International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2014), com a classificação dos principais procedimentos estéticos minimamente invasivos mais realizados no mundo, sendo: a toxina botulínica (4.830.911), preenchimentos faciais (2.690,633), depilação a laser (1.277.581), *peelings* químicos (493.043) e rejuvenescimento facial (480.271). Anteriormente, a busca pela CPE era predominantemente feminina, entretanto tem-se relatado uma crescente procura pelos homens por procedimentos estéticos (invasivos e minimamente invasivos), embora as mulheres ainda representem a maioria, com 86,3% para ambos os procedimentos estéticos, sendo as mais realizadas: mamoplastia de aumento, lipoaspiração, abdominoplastia e blefaroplastia e gluteoplastia com prótese de aumento; e os homens buscam por blefaroplastia, rinoplastia, lipoaspiração e ginecomastia (redução de mamas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2013).

1.1.3 Cirurgia Plástica Estética: Mamoplastia de Aumento, Lipoaspiração e Abdominoplastia

1.1.3.1 Mamoplastia de Aumento

De acordo com Mangaravite (2009a), uns dos maiores símbolos de feminilidade e sensualidade da mulher são os seios; e a mamoplastia de aumento é o procedimento estético cirúrgico mais procurado pelo sexo feminino.

Segundo Andretti (2009), a mamoplastia de aumento é indicada em casos de mamas pequenas ou após a ptose das mamas (queda das mamas), devido à redução do volume pela amamentação e pós-gestação, assim como na reconstrução da mama após a mastectomia (retirada parcial ou total da mama) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2015a).

Houve um grande avanço nas técnicas cirúrgicas utilizadas e uma modernização dos implantes, que foram aperfeiçoados ao longo do tempo e que apresentaram uma melhora

significativa na segurança e na durabilidade do material, pela fabricação de formatos anatômicos e de acordo com as diferenças anatômicas da paciente (altura, compleição física, largura do tórax e formato da mama) (MANGARAVITE, 2009).

No Brasil, todas as próteses são de silicone em gel coesivo, ou seja, não se espalha, estas diferenciam-se conforme o seu revestimento externo (liso ou texturizado). As primeiras próteses utilizadas foram as de textura lisa, o que era comum (em alguns casos) ocorrer o encapsulamento que consiste numa contratura do tecido que envolve a mama, ou seja, a formação de uma cápsula em volta da mama como uma reação de defesa do organismo a um corpo estranho. A prótese lisa não caiu em desuso e a sua adoção depende da escolha do cirurgião plástico e da queixa da paciente (MANGARAVITE, 2009a).

Quanto ao procedimento, há duas técnicas diferentes: a inserção da prótese de mama abaixo ou acima do músculo. As incisões podem ser feitas na parte inferior da mama (sulco entre a mama e o tórax) ou Peri areolar (meia-lua na aréola), ou ainda pequena incisão nas axilas (de 3-4 cm). A finalidade da cirurgia consiste na melhora da consistência e forma da mama, além de aumentar o seu tamanho, respeitando-se a proporção e volume da prótese e dimensão do tórax, visando um resultado harmonioso (MANGARAVITE, 2009a).

Apesar de Campana, Ferreira e Tavares (2012) comentarem que a busca pela CPE por mamas cada vez mais volumosas, tem-se observado uma tendência à naturalidade, pois atualmente ocorre uma crescente procura por próteses menos volumosas, conforme destaca a pesquisa realizada pela SBCP (2014), a qual mostra que o Brasil teve um crescimento de 15% para a redução do tamanho da prótese. O cirurgião João de Moraes Prado Neto (presidente da SBCP) reforça este dado, relatando que as mulheres têm buscado por próteses menores (de 270 ml no máximo), ao contrário dos tamanhos médios das próteses desejadas anteriormente (mínimo entre 300 a 400 ml) (CAMPANA; FERREIRA; TAVARES, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2015a). Próteses volumosas distendem mais a pele, podendo ocasionar o seu estiramento de forma precoce (devido ao peso da prótese), e o aparecimento de estrias que são irreversíveis. Tal mudança não ocorreu por padrões de beleza, mas sim, devido ao desconforto e incômodo com a aparência pelo surgimento de estrias e a ptose mamária (queda das mamas) que podem acontecer após o procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2015a).

A cirurgia de aumento de mamas pela utilização de próteses de silicone apresenta as seguintes finalidades: reconstrução da mama após a mastectomia, reposicionamento/preenchimento do volume das mamas (após emagrecimento ou amamentação/gestação), correção das assimetrias proporcionando uma harmonização do corpo. Esta cirurgia pode,

ainda, recuperar a autoestima e autoconfiança da paciente. Outra questão diz respeito às possíveis complicações no período pós-operatório, e que também são passíveis da necessidade de retoques ou um novo procedimento cirúrgico, sendo elas: as cicatrizes inestéticas, a má cicatrização da sutura na pele, o acúmulo de líquido (seroma) no local operado, dentre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016c).

As mulheres que buscam a cirurgia para o implante de prótese apresentam diferentes necessidades de acordo com o estágio ou ciclo de vida. Na puberdade procuram para corrigir assimetrias e para se tornarem mais atraentes; após a gestação o reposicionamento e preenchimento do volume mamário. Já no caso de emagrecimento, serve para preencher e sustentar a mama; no climatério, o reposicionamento e sustentação, os quais podem influenciar na aparência dos seios submetidos à cirurgia de aumento (EDMONDS, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016c).

1.1.3.2 Lipoaspiração

A lipoaspiração surgiu em 1977, por meio de uma história de amor: Yves Gerard Illouiz (cirurgião plástico) desenvolveu a técnica, diante da queixa de sua namorada que tinha um lipoma (tumor benigno formado por gordura) nas costas, e que, por este motivo, não se sentia à vontade para usar decotes. Sendo assim, teve a ideia de utilizar uma cânula acoplada a um aparelho de sucção a vácuo. Tal técnica foi aperfeiçoada e tornou-se cada vez mais segura e menos agressiva, com ótimos resultados (MANGARAVITE, 2009b).

Nas mulheres é comum o acúmulo de gordura nos glúteos e culotes (principalmente) por questões hormonais, enquanto os homens são mais predispostos ao aumento de gordura no abdômen e cintura. Outros locais para a realização de lipoaspiração são os flancos, o dorso, o braço e a face. A lipoaspiração melhora o contorno corporal e a SBCP estabelece um limite de segurança para a retirada da gordura, que é entre 5 a 7% do peso corporal do indivíduo; entretanto, ressalta-se que este procedimento não promove o emagrecimento (como creem os pacientes), e a perda de peso é ínfima, pois o efeito é puramente estético (MANGARAVITE, 2009b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016b).

É comum haver dúvidas quanto aos objetivos da lipoaspiração e lipoescultura: em ambos os procedimentos ocorre a retirada de gordura do corpo; porém, a lipoescultura é uma técnica de enxerto da gordura retirada do próprio indivíduo em outras regiões do corpo que apresentam depressão ou sulcos. Por outro lado, na lipoaspiração ocorre apenas a retirada de

gordura (MANGARAVITE, 2009b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016b).

No pós-operatório da lipoaspiração ocorrem edemas, equimoses e incômodo nos primeiros dias, que vão desaparecendo gradualmente de forma simultânea com o resultado estético final, período este que pode ser de dois a seis meses. As recomendações para a redução do edema e retração da pele é utilização da cinta elástica por 24 horas (durante 30 dias), evitar sol sobre as equimoses e a realização de drenagem linfática, procedimento que auxilia na redução do inchaço e manchas roxas no corpo. Quanto à alimentação no período pós-operatório, recomenda-se um auxílio profissional que realize uma reeducação alimentar, com o objetivo de mudanças e adoção de hábitos saudáveis na alimentação, e consequentemente, prevenir o reganho de peso (MANGARAVITE, 2009b).

1.1.3.3 Abdominoplastia

A abdominoplastia, também denominada dermolipectomia, trata-se de uma correção funcional, a qual se destina à restauração da tonicidade, através da plicatura dos músculos retoabdominais (para a correção da diástase), com vistas a melhorar o contorno corporal e afinar a cintura. Quanto à sua natureza estética, permite corrigir a flacidez da pele em volta do umbigo removendo eventuais estrias, por meio da retirada do excesso de pele da região abdominal acima dos pêlos pubianos. Também se pode indicar a minidermolipectomia, técnica desenvolvida por Richard Greminger, em 1983, de caráter estético e que consiste na remoção da pele abaixo da cicatriz umbilical (entre o umbigo e pelos pubianos) e de uma excisão na região das vestes, com o objetivo de esconder a cicatriz (ASSUMPÇÃO, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016a).

Mangaravite (2009b) ressalta a

Os primeiros procedimentos cirúrgicos de dermolipectomia foram realizados na França, no final do séc. XIX, pelos cirurgiões Demars e Marx, em 1880, com excisões simples que removiam a pele e parte da gordura abdominal, sem a preocupação do descolamento da cicatriz umbilical. Em Baltimore, Kelli em 1899 nomeou este procedimento (pela primeira vez) como lipectomia de abdômen, o qual consistia em uma ressecção da pele abdominal em forma elíptica para a correção do abdômen em avental, sem atentar-se para a reconstrução da cicatriz umbilical. Após várias tentativas de técnicas de lipectomia, em 1941, Somalo definiu o termo dermolipectomia para a remoção estética do panículo adiposo (ASSUMPÇÃO, 2012; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

Callia¹ (1965 apud ASSUMPÇÃO, 2012, p. 451) ampliou o número de indicações deste procedimento, começando uma nova etapa com vários fundamentos importantes. O descolamento da pele em volta do umbigo e seu próprio enxerto, com a plicatura dos músculos retos abdominais e a cicatriz escondida na altura do vestuário. Na década de 80 houve um grande avanço no tratamento da região abdominal, com o advento da lipoaspiração.

A associação da abdominoplastia com a lipoaspiração visa à melhora do contorno corporal da região abdominal e flancos, e que atualmente tem sido comumente realizada. Ressalta-se que no início da associação destas técnicas, criou-se um mito de que poderiam ocorrer sérias complicações, que aumentariam a probabilidade de óbito. Hoje, essa técnica evoluiu de forma significativa e tornou-se um procedimento seguro (FREIRE; SILVA; 2007; NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007).

Como já dito anteriormente, a abdominoplastia pode apresentar riscos sistêmicos de alta complexidade, como a tromboembolia pulmonar (TEP), que pode levar o paciente a óbito. Quanto às complicações locais, pode ocorrer seroma (acúmulo de linfa) na cavidade formada abaixo do subcutâneo no local da ferida cirúrgica (NAHAS; BARBOSA; FERREIRA, 2007). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016a) destaca outras possíveis complicações locais pós-cirúrgicas: cicatrizes inestéticas; sangramento (hematoma); infecções; risco anestésico; necrose da pele; edema prolongado; assimetrias; deiscência (reabertura da ferida operatória previamente fechada); necrose de tecido adiposo; danos em nervos; vasos sanguíneos; músculos e pulmões; complicações cardíacas e pulmonares; fios de sutura (pontos) que podem ser expelidos pela pele causando irritação no local e que necessitam serem retirados, além da possibilidade de precisar retocar a área operada.

Também é válido lembrar que a decisão do paciente de se submeter a qualquer procedimento cirúrgico é pessoal, portanto, se faz necessária uma criteriosa avaliação quanto aos benefícios e objetivos esperados. Ademais, o paciente deve estar ciente da segurança do procedimento estético cirúrgico e da experiência do médico cirurgião (com especialização em CPE), sobretudo, da sinceridade do paciente em relatar ao profissional sobre sua saúde, estilo de vida e expectativas em consonância com a realidade dos resultados do procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016a).

Infelizmente, médicos não especialistas em CPE e outros profissionais de saúde se arriscam a realizar procedimentos estéticos da alçada do cirurgião plástico, colocando em risco

¹CALLIA, W.E.P. **Contribuição para o estudo da correção do abdome pêndulo e globoso - técnica original.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1965.

a vida dos pacientes, como são comumente reportadas pela mídia/imprensa inúmeras intercorrências, óbitos e processos judiciais realizados por profissionais não habilitados que prejudicam a imagem profissional da especialidade (CHAVES, 2016).

Outra questão que diz respeito às mortes por falhas em medidas de segurança, como por exemplo, o excesso de remoção de gordura na lipoaspiração (acima de 5-7% do peso corporal), ou mesmo quando o paciente apresenta sinais clínicos como varizes, tabagismo, utilização de hormônios anticoncepcionais, sobrepeso e obesidade; ocorrendo uma maior predisposição à tromboembolia, ou ainda, por negligência na classificação ASA (*American Society of Anesthesiologists*). Esta classificação trata-se de escores de risco perioperatório para cirurgias não cardíacas, com objetivo de estimar o grau de risco que o paciente se encontra e prever eventos isquêmicos após cirurgias. A mesma varia de ASA 1 a ASA 5, no qual, ASA 3 ou mais, indicam maiores riscos de complicações, bem como, risco de mortalidade (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016b).

Óbitos também são frequentes em outras especialidades, a citar, na neurocirurgia, cirurgias cardiovasculares e cirurgias do trauma; contudo, a situação do paciente submetido a tais procedimentos pode estar tão crítica que os benefícios dos procedimentos acabam superando os riscos. Quando esta situação ocorre na cirurgia plástica, por se tratar de uma cirurgia eletiva, o paciente se apresenta hígido e a repercussão de uma má intercorrência pode ser um verdadeiro desastre (GOLDENBERG, D., 2016).

1.2 Imagem Corporal

A Imagem Corporal (IC) envolve um complexo emaranhado de fatores psicológicos, sociais, culturais e biológicos que determinam subjetivamente como os indivíduos se veem, acham que são vistos e veem os outros (DAMASCENO et al., 2006). A Imagem Corporal também pode ser entendida como “a figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo com o qual o corpo se apresenta para nós [...] o esquema é imagem tridimensional que todos têm de si mesmos” (SCHILDER, 1980, p. 11). Cash (2011) considera que a IC engloba dois fatores simultâneos: atitudinais e perceptivos. Dimensões perceptivas dizem respeito à maneira com que o indivíduo estima o tamanho e a forma do seu próprio corpo e como pensa acerca do mesmo, enquanto os fatores atitudinais incluem muitas variáveis afetivas, comportamentais, cognitivas e de satisfação ou insatisfação relacionadas com a própria aparência.

Segundo Novaes e Iannelli (2015), a concepção da Imagem Corporal do indivíduo, está condicionada à aprovação de outros e, conseqüentemente, esse julgamento exercerá uma grande influência no processo de autopercepção e construção de sua identidade. O corpo, enquanto um capital, é local primário de investimento por um olhar multifacetado (cultural, social, midiático), e de supostos padrões de beleza para um público consumidor, assim como um fenômeno de massa. Deflagra-se também uma insatisfação, desconforto e o eterno sentimento de inadequação pelas mulheres, na medida em que o seu corpo é desvalorizado em relação às normas e valores impostos pela sociedade contemporânea, onde se valoriza a imagem e não o conteúdo (NOVAES; IANNELLI, 2015).

Segundo a Teoria da Objetificação do corpo (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997), há uma forma de repressão do sexo feminino que sofre opressão e violência, ao ser tratada somente como um corpo, ou o conjunto de áreas de um corpo que está à parte dela, reduzindo-a como mera mercadoria de consumo. A objetificação do corpo é caracterizada pela vigilância exacerbada e uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade e diminuição do estado motivacional e de autocuidado da mulher em si, sendo que a junção dessas experiências pode apresentar uma gama de riscos à saúde, que desproporcionalmente atingem as mulheres: a depressão, disfunção sexual, distúrbios de IC e transtornos alimentares (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997).

A IC e sua relação com a CPE é determinada por quatro componentes, a realidade física, a (auto)percepção, o investimento ou a importância atribuída à crença e sua avaliação relacionadas a aparência. Uma vez que há um grau exacerbado de preocupação em relação à IC, normalmente, ocorrem possíveis indícios para o transtorno dismórfico corporal (TDC), assim como uma autoavaliação negativa associada a um sofrimento desproporcional e perda da qualidade nas relações afetivas e sociais (BERGFELD, 1989; BERGFELD; MULINARI-BRENNER, 2001; SONY; MCLAREN; SHERERTZ, 1999).

Tais distúrbios relacionados a aspectos cognitivos (importância, investimento e crenças), afetivos ou emocionais, os quais se referem ao grau de preocupação, e comportamentais, como atitudes de autochecagem e evitação, relacionados à aparência determinam o TDC em sua essência, sendo que podem apresentar com maior ou menor intensidade dos sintomas clínicos, retratando a multidimensionalidade da IC (SPENCER; CALLEN, 1987). Os indivíduos que sofrem dessa psicopatologia não têm consciência da discrepância da IC quando se referem à insatisfação corporal e, dessa maneira, buscam a CPE como uma ferramenta para corrigir a sua insatisfação, sendo esta a principal característica do TDC. A triagem de pacientes portadores de TDC detectados ocorre através de um instrumento

adequado, como por exemplo, o *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) e com ótima precisão psicométrica, e que possa analisar a dimensão da IC pretendida. Cabe ressaltar que o instrumento deve estar de acordo com a população (amostra) e contexto estudado (FURTADO; ROCHA, 2009).

1.2.1 *Histórico da Imagem Corporal*

No século XVI, o médico francês Ambroise Paré foi o primeiro a detectar a presença do membro fantasma a partir de relatos de pacientes mutilados, caracterizando-o como uma alucinação (GORMAN, 1965² apud BARROS, 2005, p. 548). Mais tarde, Henry Head, neurologista da Escola Britânica do London Hospital, foi responsável pelo aprofundamento dos estudos sobre IC, tanto nos aspectos neurológicos, quanto fisiológicos e psicológicos, até então desconsiderados. O mesmo desenvolveu a teoria sobre modelos e figuras construídas pelo indivíduo acerca dele mesmo, ou seja, a construção de um mapa mental ou “Esquema corporal” de si próprio, sendo este termo utilizado pela primeira vez pelo referido médico (FISHER, 1990).

No final do século XIX, o interesse por pesquisas sobre IC foi despertado em estudos que buscavam analisar os distúrbios de percepção, através das estruturas do córtex cerebral relacionadas ao componente perceptivo da IC em pacientes que haviam sofrido lesões cerebrais, e que apresentavam distúrbios de percepção. Por se tratar de uma investigação de base neurológica, considerava-se até o momento que a Imagem Corporal era um constructo unidimensional, com estruturas anatômicas e fisiológicas (LAUS et al., 2013).

Uma vez que Schilder salientou não somente os elementos neurológicos, mas também, os psicológicos e socioculturais da IC, houve uma mudança conceitual. A imagem corporal, até então tida como um constructo unidimensional, transformou-se num constructo multidimensional: “não era apenas um constructo perceptual, mas também um reflexo de atitudes e interações com os outros” (GROGAN, 2008³, p. 264 apud LAUS et al., 2013, p. 104).

Seymour Fischer e Sidney Cleveland publicaram em 1958 uma importante obra sobre a visão psicodinâmica da IC, que ficou obscurecida diante da prevalente abordagem cognitivo-comportamental no estudo da IC (a partir da década de 90) que se voltava aos distúrbios de IC relacionados aos transtornos alimentares. Cash (2002) foi o principal autor da abordagem

² GORMAN, W. **Body image and the image of the brain**. St. Louis (USA): WH Green, 1965.

³ GROGAN, S. **Body Image: understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 2. ed. Londres: Routledge Publishers, 2008, p.264.

cognitivo-comportamental e que avaliou a relação da IC entre o comportamento do indivíduo relacionado a eventos ambientais, processos cognitivos, afetivos e físicos, caracterizando a IC, basicamente em dois componentes: o perceptual, que consiste na (in)acurácia da estimação do tamanho, peso e forma corporais que pode refletir (se há ou não) predisposição à distorção da imagem; se o indivíduo superestima ou subestima seu tamanho corporal. O segundo componente, o atitudinal é acessado por meio de quatro componentes (satisfação geral do próprio corpo, afetividade, cognições e comportamentos) (LAUS et al., 2013).

A insatisfação reflete a discrepância entre o corpo autopercebido e o corpo ideal, além de se relacionar com avaliações negativas de tamanho, peso e forma corporais e do tônus muscular. Esses distúrbios transformaram-se em uma epidemia global, influenciados por família, pelos pares, pela mídia, e pelos elementos socioculturais e biológicos. Estudos apontam que comentários e atitudes dos pais em relação à Imagem Corporal, peso e aparência estão relacionados com a insatisfação da IC em crianças, causando preocupações com o peso e a utilização de dietas restritivas (LAUS et al., 2013).

1.2.2 Motivação para a busca de Cirurgia Plástica Estética

Estudos discutem que a insatisfação com o próprio corpo e a baixa autoestima em relação ao mesmo, identificada em maior frequência no sexo feminino, constitui-se como o principal fator que leva à procura e realização de cirurgias cosméticas (CASH; GOLDENBERG-BIVENS; GRASSO, 2005; SARWER et al., 2005; SARWER; CRERAND, 2004; COUGHLIN et al., 2012). Em um estudo realizado com mulheres norueguesas, observou-se uma grande preocupação com a Imagem Corporal (IC) e de maior aceitação das CPE associadas às influências de ambientes sociais, e como fortes preditores motivacionais para a submissão ao procedimento cirúrgico (VON SOEST et al., 2006).

De acordo com um estudo realizado pela Universidade da Pensilvânia, EUA, 87% das pessoas que realizaram algum tipo de procedimento estético, seja ele invasivo ou pouco invasivo, sentiram-se mais confiantes e felizes com a Imagem Corporal como um todo e ficaram satisfeitas com a parte do corpo que passou pelo procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2012). A insatisfação com a aparência tem sido abordada na literatura amplamente como o principal fator motivador para a busca de CPE, e o crescente número de procedimentos estéticos realizados no país. De acordo com Sarwer et al. (1998), a aparência física é fundamental para informar e guiar as relações sociais, determinando crenças e comportamentos do indivíduo sobre o próprio corpo. Pesquisas têm incluído modelos teóricos

para explicar esta relação (CPE e IC), nas quais, fatores físicos e psicológicos influenciam a Imagem Corporal, assim como a procura por CPE (MOTA, 2016).

Ressalta-se que as mulheres sofrem mais que os homens com os padrões estéticos para atingir padrões irreais de magreza e atratividade física (MOTA, 2016; SMOLAK, 2004; SWAMI et al., 2009), pois estão relacionados com valores como o sucesso, felicidade, aceitação e autocontrole. Elas também são mais zelosas com a aparência e mais preocupadas com o peso (DAVIDSON; MCABE, 2005; MUTH; CASH, 1997; NEUMARK-SZTAINER et al., 1999; RUSTICUS; HUBLEY, 2006). Esses aspectos podem corroborar a maior predisposição de CPE das mulheres (MOTA, 2016; SWAMI et al., 2011; SLEVEC; TIGGEMANN, 2010).

Thompson (2004) reforça que escalas que acessam somente um componente de forma singular podem levar a interpretações equivocadas. Dessa maneira, recomenda-se utilizar instrumentos mais amplos e refinados, de caráter multidimensional para minimizar tais erros. As versões brasileiras do *Appearance Schemas Inventory* (ASI-R) e do *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales* (MBSRQ-AS), adaptadas e utilizadas neste estudo, foram ótimas opções para a avaliação de aspectos relacionados à aparência relacionados à IC (LAUS, 2016).

Nas últimas décadas, o anseio pela e o crescimento da realização de CPE, de acordo com a concepção dos psicólogos sociais, sugerem que indivíduos fisicamente atraentes são mais bem aceitos e recebem uma atenção diferenciada em diversas situações ao longo da vida, quando comparados àqueles que não possuem essa virtude (beleza). Os biólogos evolucionistas, por sua vez, apontam que tais preferências são filogeneticamente programadas para o principal objetivo do processo de evolução, o qual se refere à reprodução. Sob essa perspectiva, as mulheres com maior simetria corporal, jovens e com relação à razão cintura-quadril (RCQ) sinalizam potenciais capacidades reprodutivas (VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017; MOTA, 2016).

Sarwer, Crerand e Magee (2011) afirmam que a CPE é a cirurgia da IC, uma vez que a imagem do corpo é o centro da investigação. Os indivíduos que se submetem à CPE consideram a aparência importante e fundamental na determinação da autoestima. A American Society of Plastic Surgeons (2015) e Henderson-King e Brooks (2009) apontam que o público feminino representa um número significativamente maior de busca de CPE em relação à população masculina. Mais do que nos homens, as mulheres e meninas são socialmente condicionadas para melhorar a própria aparência, e serem avaliadas pelos outros com base em sua atratividade, buscando sempre a (sua) aceitação social. Estas veem seu próprio corpo como um objeto, sendo

comum apresentarem uma autovigilância exacerbada; além disso, são mais suscetíveis à ansiedade em relação à aparência e vergonha do corpo (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997).

Desde a infância, as meninas, em especial, experienciam um contato com o modelo de corpo do século XXI, reproduzido pelas princesas dos desenhos da *Disney*® e a boneca Barbie, um ícone de estética corporal (loira, magra e bem delineada), contribuindo para a construção de identidade em consonância com os ideais midiáticos, que veiculam concepções irreais e distorcidas de beleza, onde todas as pessoas são felizes, esbeltas e bem sucedidas (LIMA, 2014).

A Barbie está exposta no Museu de Cera de Grévin, em Paris, posando em meio a outros ícones e celebridades, também imortalizadas e eternamente jovens; crê-se que a boneca é um personagem da vida real, tamanha força e influência que gera na identidade das meninas. As medidas e características físicas da boneca são: cintura (8,5 cm), quadril (10 cm), glúteos (13 cm) isenta de rugas, celulite, estrias, pêlos, culotes e gordura; seus cabelos são naturalmente loiros (desde a raiz), olhos azuis, cintura fina e corpo esguio (ROVERI, 2008).

Valéria Lukyanova, 23 anos e 45 kg, é um modelo-clone de Barbie humana, que não mede esforços para conquistar a aparência da boneca (com medidas inatingíveis), que revela ter realizado dieta líquida, consumindo apenas suco de melão e framboesa, com exaustiva rotina de exercícios; sua meta é viver apenas de luz solar, pois acredita que é de outro planeta, da constelação de Plêiades. Desde criança afirma ser fascinada por Barbies, com uma grande coleção e, por este motivo, decidiu tornar-se igual à boneca (TERRA, 2013).

A “*ubermodel*” Gisele Bündchen é o principal ícone de beleza dos últimos anos, porém suas características e medidas não correspondem ao real padrão da mulher brasileira. A modelo, aos 34 anos de idade, mesmo após duas gestações, apresenta praticamente as medidas de quando iniciou carreira aos 14 anos (em 1994): 1,79m, 54 kg, 86 cm de busto, 59 cm de cintura e 87 cm de quadril. Atualmente, apresenta 1,80 m, 53 kg, 66 cm de cintura, 92 cm de quadril e 87 cm de busto; em 20 anos, ganhou apenas 1 cm de quadril (TERRA, 2015).

McNamara (2002 apud SAIKALI et al., 2004, p. 164) aponta que crenças culturais determinam normas sociais na relação com o corpo humano. Práticas de embelezamento e de manipulação fazem do corpo um terreno de significados simbólicos. Mudanças “artificiais” no formato do corpo, no tamanho e aparência são comuns em todas as sociedades às quais atribuem uma importante função social.

Sante e Pasion (2011) descrevem a crescente demanda pela CPE, a qual surge de um processo complexo e multideterminado. Ademais, uma maior insatisfação com a própria aparência, elementos sócio culturais de ideais de beleza e maior sensibilidade afetiva contribuem para a busca de tais procedimentos. Já Ishigooka et al. (1998) discutem sobre a

possível presença de transtornos psiquiátricos, em geral, nos indivíduos que procuram por CPE, uma vez que, seu estudo conduzido no Japão apontou que 47,7% de pacientes que buscavam o procedimento estético eram portadores de algum tipo de transtorno psicoterapêutico de acordo com o CID-10, sendo observado principalmente inadequação no ajustamento social.

A autopercepção do peso corporal e a satisfação com o mesmo são aspectos importantes da Imagem Corporal, sendo que muitos fatores sócio culturais, incluindo a família, colegas, mídia e outros elementos do ambiente social podem afetar o padrão das pessoas com relação ao peso (VEGGI et al., 2004). Atualmente, observa-se que distúrbios da IC são considerados como problema de saúde pública, afetando crianças, adolescentes, adultos e até mesmo idosos (RICCIARDELLI; MCCABE, 2001).

Grande parte dos estudos no Brasil dá enfoque à (in)satisfação do indivíduo, à (in)acurácia da estimativa de auto percepção, situação também relatada em pesquisas internacionais, de acordo com Smolak e Cash (2011). A dimensão atitudinal, na qual estão presentes os componentes cognitivo, afetivo e comportamental, geralmente é pouco acessada. A dimensão atitudinal acessa outros componentes não menos relevantes do que a (in)satisfação, mas, sim, componentes cognitivos (investimento e crenças), afetivos (emoções), comportamental (preocupações com a própria aparência) (LAUS, 2016).

1.2.3 Preocupação, vigilância e ansiedade relacionadas ao peso corporal e CPE

Os dados referentes à relação entre uma preocupação excessiva com a aparência física e níveis baixos de instrução e a procura por CPE, apesar de incerta, leva à hipótese de que a procura pela CPE parece estar associada ao desejo de solucionar conflitos em relacionamentos interpessoais (SANTE; PASIAN, 2011). Sarwer e Crerand (2004) apontam em alguns relatos clínicos que, após a realização da CPE, esta contribui para uma avaliação positiva do indivíduo em relação à sua IC, e conseqüentemente melhora dos sintomas relacionados a transtornos depressivos e de ansiedade em casos de mulheres insatisfeitas com a aparência.

Para Nunes et al. (2001), o corpo magro constitui uma fonte significativa de sofrimento para muitas mulheres e tem sido associado a consequências adversas. A percepção inadequada do peso corporal, independente do seu estado nutricional, está associada à presença de transtornos mentais e comportamentos não saudáveis de controle de peso. O estudo populacional transversal realizado pelos autores avaliou mulheres com idades entre 12 e 29 anos, em Porto Alegre, e demonstrou que 46% delas desejavam ter um peso menor que seu peso real e 37% delas se consideravam gordas. Uma possível explicação para essa associação está

relacionada à maior pressão sócio cultural disseminada entre as mulheres para se enquadrarem ao ideal de magreza atual (VEGGI et al., 2004).

De acordo com a American Psychiatric Association (2014), o transtorno dismórfico corporal (TDC), também conhecido como síndrome da distorção da imagem ou simplesmente dismorfobia, trata-se de uma preocupação exacerbada e obsessiva com algum defeito corporal fictício constituído por pensamentos delirantes e resistentes a opiniões de outras pessoas, no qual o indivíduo acredita obcecadamente que tal injúria possa prejudicar sua aparência física. Esta situação mórbida pode ser comumente observada em maior frequência em adolescentes e mulheres adultas. A palavra dismorfia é proveniente do grego que significa “feiura”.

Há duas teorias diferentes para explicar as causas do TDC, que pode ter causa biológica e outra psicológica. A teoria biológica refere-se a aspectos genéticos e que tal distúrbio se relaciona com um desequilíbrio da serotonina ou de outros neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC) que pode ocorrer em casos pós-encefalite ou pós-meningite. Na explicação psicológica, o TDC pode ser acompanhado por uma baixa autoestima, carências emocionais e aprovação (ou não) na infância, acarretando em uma autoanálise destrutiva e sentimentos de rejeição. Os indivíduos que sofrem deste mal costumam evitar lugares públicos e tendem a isolar-se socialmente, acreditando que de nada servem se não alcançarem os “ideais de perfeição” que desejam incessantemente ter sobre a sua aparência. O comportamento é autocentrado, onde o indivíduo idealiza corrigir seus supostos defeitos, com altos padrões de perfeição e inalcançáveis, comparando-se com outras pessoas constantemente e de maneira obsessiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dentre os principais e mais comuns sinais e sintomas do TDC têm-se um quadro de ansiedade em relação ao peso e a Imagem Corporal, o medo, sendo este de forma generalizada e a esquivas social, que causam sofrimento disfuncional, assim como o humor deprimido, perfeccionismo, altas taxas de idealização e, especialmente na adolescência, é comum o suicídio. Comportamentos disfuncionais também refletem no indivíduo com TDC pela utilização de estratégias de camuflagem (maquiagem), excesso de exercícios físicos e bronzamento, uso abusivo de cosméticos e dietas restritivas da moda, além de uso frequente de psicotrópicos e anorexígenos. Tais preocupações são incontroláveis e tomam, em média, de três a oito horas por dia do tempo do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A distorção da IC está presente ou pode contribuir para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TA) como a Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) (SAIKALI et al., 2004). Cash e Deagle (1997) apontam que o distúrbio da Imagem Corporal é

um sintoma nuclear, presente nos Transtornos Alimentares. Este distúrbio é caracterizado por uma auto avaliação influenciada pela experiência com seu peso e forma corporais, nos indivíduos que sofrem desses transtornos (AN e BN) (SAIKALI et al., 2004).

A CPE pode ser uma preciosa alternativa associada ao tratamento psicológico e medicamentos, para a recuperação da autoestima de indivíduos com transtorno depressivo (TD); contudo, é necessária uma avaliação criteriosa, sobretudo para a identificação de depressão e angústia em pacientes que apresentam sinais ou sintomas de TD. Reforça-se ainda que a presença de uma conduta direcionada e realizada por um profissional da área pode evitar uma evolução desfavorável de complicações psicopatológicas e que podem culminar em suicídio, uma vez que esta especialidade (CPE) lida com expectativas subjetivas do indivíduo. A literatura demonstra prevalência de TD que pode variar de 20% até 70% nas pacientes solicitantes de CPE. Os pacientes com indicadores de TD necessitam de uma rigorosa avaliação e acompanhamento psicoterapêutico. A seleção dos pacientes pelo cirurgião é fundamental para o alcance de uma cirurgia bem sucedida, assim como a possível recusa para a execução da intervenção cirúrgica (MOTA, 2016).

Segundo Tiggemann (2005), estudos sugerem que, embora haja indivíduos com uma elevada prevalência de alterações psicopatológicas entre os que buscam pelas CPE, ainda é pouca a atenção dada a esse assunto e os estudos são pouco conclusivos. A importância do peso e aparência para mulheres permite predizer que uma insatisfação corporal terá influência sobre a autoestima e consequente busca de CPE. Da mesma maneira, correlacionam-se fatores como a autoestima, peso e preocupação com a aparência com os TA.

Entre as situações que fazem o indivíduo se perceber como diferente encontram-se a obesidade e o sobrepeso. Tais condições podem ser associadas à falta ou excesso de nutrientes que geram uma sobrecarga ao organismo, levando ao desequilíbrio nutricional (SUZUKI; FERNANDEZ FILHA; PERES, 2013).

1.3 Estado Nutricional e Cirurgia Plástica Estética

A nutrição é a ciência que estuda o equilíbrio, o funcionamento e a interação dos alimentos com a saúde e a doença, além de envolver-se com todo o processo digestório, que ocorre desde a ingestão, absorção, transporte, utilização e excreção dos nutrientes. Uma alimentação saudável envolve alimentos, técnicas culinárias e hábitos alimentares adequados, além de promover a manutenção e a utilização de nutrientes em quantidades apropriadas aos indivíduos (ALMEIDA; AMARAL, 2008; PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

O Estado Nutricional (EN) diz respeito à composição corporal e suas reservas de energia, e pela harmonia do consumo de nutrientes e calorias e gasto energético do indivíduo para a sua homeostase. A avaliação nutricional é essencial ao paciente, sendo esta realizada pelo nutricionista para analisar um conjunto de parâmetros que possam mostrar situações de risco nutricional, de maneira a adotar uma terapia nutricional adequada às necessidades e quadro clínico do paciente (PONTES, 2008).

Para se ter um alcance da importância da nutrição e alimentação, para o paciente que será submetido à CPE, é essencial compreender as necessidades específicas para um bom processo de cicatrização. Todo procedimento cirúrgico é invasivo e acarreta *stress* ao corpo. Independente de ser um procedimento pouco invasivo ou uma pequena cirurgia há o envolvimento do Estado Nutricional do paciente, pois há uma demanda de vários nutrientes no processo de cicatrização (SUZUKI; FERNANDEZ FILHA; PERES, 2013).

A ausência de um único nutriente (vitaminas e minerais) aliados (ou não) às alterações metabólicas e de índices de prognóstico nutricional (dislipidemias, glicemia alterada, albumina, creatinina, ferritina, lipidograma e coagulograma) podem acarretar prejuízos em todo o processo de reparação tecidual, e fatores como, a instabilidade hemodinâmica, o *stress* metabólico e o Estado Nutricional inadequado interferem desfavoravelmente na evolução clínica do paciente, além de possibilitar a previsão de morbidades dos pacientes que serão submetidos à CPE (BUSBZBY et al., 1980; FERREIRA; ALMEIDA; HOCHMAN, 2013).

No processo de cicatrização, a deficiência de vitamina C acarreta prejuízos ao organismo, por prejudicar a formação de colágeno, através da oxidação da lisina que configura a base estrutural do colágeno. Esta substância é responsável pela reparação tecidual. Outra preocupação é a desnutrição proteica que reduz a produção de fibroblastos, a formação de novos vasos (revascularização) e síntese do colágeno. O Ferro é o componente responsável pelo transporte de oxigênio, e a sua deficiência pode resultar em anemia, má nutrição celular, infecção e, por consequência, afetar a capacidade de cicatrização do organismo (TRIANTAFILOU; TRIANTAFILOU, 2005).

A cicatrização envolve uma série de eventos celulares, bioquímicos e fisiológicos, dando início a etapas neste processo, trazendo inúmeras alterações metabólicas após a ressecção operatória. Triantafilou e Triantafilou (2005) classificaram a cicatrização em três etapas: a primeira etapa, ocorre logo nos três dias após a cirurgia, ocorrendo a hemostasia que promove uma vasoconstrição temporária no local, com a formação de trombos na microcirculação lesada e nos vasos linfáticos. As catecolaminas agem sobre as vênulas, aumentando a permeabilidade capilar (pela vasodilatação), ocorrendo o extravasamento de plasma para a área do trauma,

resultando em edema celular intersticial. Os leucócitos difundem-se nas margens da ferida, liberando grânulos citoplasmáticos para a degradação enzimática e fagocitose por macrófagos. Os fibroblastos surgem tardiamente na fase inflamatória (TRIANTAFILOU; TRIANTAFILOU, 2005).

A segunda etapa da cicatrização ocorre do 3º ao 14º dia de pós-operatório, sendo uma fase de granulação na qual os fibroblastos começam a sintetizar o colágeno e outras substâncias. Esse acúmulo de colágeno para o restabelecimento da ferida promove uma tensão do tecido lesionado, no sentido da margem exterior para o seu centro, com o objetivo de cicatrização da ferida. A terceira etapa ocorre após a primeira quinzena, quando a cicatriz se torna mais densa, apresentando fibras de colágenos organizados junto às linhas de tensão (CAMPOS; BORGES-BRANCO; GROTH, 2007; TRIANTAFILOU; TRIANTAFILOU, 2005).

É relevante considerar que mulheres submetidas à CPE podem não apresentar um EN adequado no período pré-cirúrgico. Esse dado pode ser observado no estudo de Sante e Pasian (2011), em que das 37 participantes solicitantes de CPE, 24,32% (n=9), apresentavam IMC inadequado.

Para Rohrich et al. (2004) nem sempre a CPE atua na melhora e manutenção de um corpo bonito e de um EN adequado, embora as pacientes acreditem que procedimentos como a lipoescultura e a abdominoplastia vão acarretar em uma perda significativa de peso; quando, na verdade, a quantidade de gordura e tecidos removidos geralmente resulta em pouca alteração de peso corporal. Os autores realizaram um estudo longitudinal, no qual avaliaram a relação entre manutenção no peso corporal e de estilo de vida em 209 mulheres submetidas à lipoaspiração no período entre seis meses à dois anos de pós-operatório. Os dados demonstraram que 43% apresentaram ganho de peso após o procedimento cirúrgico, enquanto 57% não aumentaram o peso após a cirurgia. Além disso, das 57% participantes, 46% tiveram perda ponderal e 54% mantiveram o peso. Já em relação à prática de exercícios físicos, verificou-se que 33% se exercitaram mais após a cirurgia, enquanto 58% não mudaram e 8% se exercitaram menos. Com relação à alimentação, 44% passaram a consumir um excesso de caloria, enquanto 53% mantiveram o consumo anterior à cirurgia e outras 3% diminuíram o consumo alimentar. Isso mostra a importância do processo de reeducação alimentar, mediante acompanhamento de equipe multidisciplinar dos pacientes que se submetem a CPE (ROHRICH et al., 2004).

Andretti (2009) considera que o sucesso da CPE começa com a correta avaliação e comportamento do paciente em relação aos hábitos de vida saudável, que incluem uma alimentação equilibrada e a prática de exercícios regulares no período pré-operatório. A

cicatrização adequada é outra justificativa para se alimentar de forma correta. A desnutrição e carências de nutrientes também exercem um forte impacto sobre os resultados de feridas cirúrgicas, e podem contribuir significativamente para um pior prognóstico cirúrgico e para o aumento dos encargos dos sistemas de saúde.

Ferreira et al. (2010) alegam que a nutrição tem papel fundamental tanto no período pré-cirúrgico, quanto na recuperação e na manutenção de peso e saúde do indivíduo que se submete à CPE. O organismo, quando bem nutrido, favorece uma cicatrização mais rápida e benéfica, e consequentemente contribui para a agilidade na recuperação e a alta do paciente.

Brown et al. (2004) afirmam que, havendo no organismo uma boa oferta de macro e micronutrientes por meio de uma alimentação equilibrada, garante-se a evolução positiva e mais rápida recuperação no período peri operatório da CPE, período este que compreende as três fases: o período pré-operatório imediato, durante o procedimento cirúrgico, e pós-operatório imediato da CPE. Dessa maneira, o tratamento nutricional deve ser fundamentalmente direcionado conforme as necessidades individuais de cada paciente, antes mesmo da realização cirúrgica. Entender o processo de cicatrização e suas necessidades nutricionais específicas é fundamental para compreensão da importância do EN no processo cirúrgico (BROWN et al., 2004).

Segundo Andrade (2010), há uma correlação entre o aumento de radicais livres e o processo de cicatrização da pele, onde carências nutricionais de vitaminas A, E, C e K e de minerais como selênio, zinco e cobre, podem acarretar prejuízos durante o período pós-operatório. Os minerais são micronutrientes indispensáveis para o equilíbrio orgânico, pois atuam na regulação do metabolismo, modulando o fornecimento de energia e rendimento físico. Dentre os minerais mais importantes para a recuperação de pacientes que se submetem a cirurgias estão o ferro, cálcio, zinco, selênio e magnésio.

Garcia et al. (2013) avaliaram o consumo alimentar e a adequação da ingestão de nutrientes necessários para a recuperação do paciente no período peri operatório em 26 mulheres submetidas à CPE em uma clínica particular de cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP. Foram obtidos dados pessoais, informações sobre os tipos de procedimentos cirúrgicos estéticos realizados e aferidas medidas antropométricas para a obtenção do Índice de Massa Corpórea (IMC), além da utilização de Bioimpedância (BIA), com a intenção de realizar o diagnóstico nutricional das participantes. Observou-se uma ingestão energética inadequada e abaixo das necessidades diárias, embora 61,54% da amostra estivessem com IMC médio dentro da faixa de normalidade. A inadequação da ingestão energética ocorreu, provavelmente, em função da falta de acompanhamento clínico nutricional, refletindo o uso de dietas com quantidades

insuficientes ou proporções inadequadas de nutrientes necessários para sua melhor recuperação no período pós-operatório (GARCIA et al., 2013).

De acordo com Andretti (2009), após a CPE, a alimentação inadequada aumenta em até três vezes as chances de ganhar peso; 83% mais chances de diminuir a produtividade; 62% de chance de aumentar o número do manequim; três vezes mais chances de piorar a saúde e dez vezes mais chances de piorar a autoestima. Além disso, o sedentarismo também pode aumentar quatro vezes mais as chances de aumento ponderal; duas vezes mais chances de diminuir a produtividade; dez vezes mais chances de aumentar o tamanho do manequim; três vezes mais chances de piorar a saúde e dez vezes mais chances de piorar a autoestima (ANDRETTI, 2009).

Gummersbach et al. (2009) argumentam que o papel da educação nutricional é conseguir promover a capacidade de compreender práticas e comportamentos. Os conhecimentos ou as aptidões resultantes desse processo contribuem para a integração do indivíduo ao meio social. Dessa forma, devemos salientar que a CPE é uma especialidade que deve se preocupar amplamente não só com o contorno do corpo, mas, sobretudo, com as implicações psicossociais, comportamentais e fisiológicas do indivíduo. Nesse sentido, o suporte nutricional e psicológico pode auxiliar o paciente e a equipe multidisciplinar, o que, por sua vez, contribui para o sucesso cirúrgico (SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002).

1.4 Avaliação Bioquímica Laboratorial

Os exames bioquímicos servem para a identificação de componentes químicos no sangue, como enzimas, eletrólitos e glicemia, lipídeos, hormônios, vitaminas e minerais, e na investigação de marcadores bioquímicos, sensíveis a processos inflamatórios no organismo: no período pós-operatório, em infecções, no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), nas neoplasias, que podem indicar níveis elevados de infecção. Os indivíduos que apresentam IMC > 25 kg/m² e em dislipidemias tendem a apresentar níveis elevados (OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com Almeida e Amaral (2008), vitaminas são compostos orgânicos fundamentais para a manutenção do metabolismo, fornecidas principalmente pela alimentação, e apresentam funções fisiológicas específicas; sua deficiência leva a doenças carenciais e o excesso pode ser tóxico. As mesmas são classificadas em dois grupos: lipossolúveis (A, D, E, K) e hidrossolúveis (do complexo B, ácido fólico, pantotênico, niacina e vitamina C). As lipossolúveis necessitam da presença de bile e suco pancreático para sua absorção. As vitaminas A, D e K são armazenadas no fígado enquanto a E, no tecido adiposo.

No que se refere à CPE, as vitaminas e minerais exercem um papel essencial para uma boa evolução do quadro clínico do paciente. A vitamina A é um nutriente essencial e que necessita de uma quantidade ínfima para o funcionamento do sistema visual, crescimento e desenvolvimento, maturação da integridade celular epitelial e função imunológica. O fígado contém 90% desta vitamina do organismo sendo proveniente da dieta alimentar (ALMEIDA; AMARAL, 2008; HAYASHI et al., 2011).

A vitamina E tem importante função antioxidante de ácidos graxos poli-insaturados nas membranas e estruturas celulares; sua deficiência está associada a danos neurológicos e hemólise das hemácias. Também atua na manutenção do tecido epitelial e na síntese da prostaglandina (ALMEIDA; AMARAL, 2008; BARTOLA; COZZOLINO, 2009; LEMAIRE-EWING et al., 2010; LUKASKI, 2004).

A vitamina K é caracterizada como anti-hemorrágica, sendo essencial para síntese de protrombina e outros fatores coagulantes; está presente em folhas verdes (couve, brócolis, repolho, espinafre), óleos vegetais e gorduras. Outro tipo de vitamina K é a menaquinona (produzida por bactérias intestinais em animais), e a menadiona (forma sintética da vitamina K). A deficiência desta vitamina leva a um atraso do tempo de protrombina com o comprometimento da coagulação sanguínea (DÔRES; PAIVA; CAMPANA, 2001).

A vitamina C só é disponibilizada por meio da dieta alimentar; sua absorção ocorre no intestino delgado (íleo). Os níveis séricos são instáveis em situações de *stress* físico e emocional, e aumentam a demanda pela sua utilização, pois existe estocagem nos tecidos. O seu excesso é eliminado pela urina, e por este motivo, é importante a sua ingestão diária e regular. É um poderoso antioxidante que protege contra a formação de radicais livres, participa no metabolismo de aminoácidos e colesterol, assim como, na síntese de colágeno e hormônios adrenais; melhora a imunidade (essencial para o metabolismo da tirosina) e aumenta a absorção de ferro (ALMEIDA; AMARAL, 2008; CLARK, 2007).

De acordo com Almeida e Amaral (2008, p. 7), os minerais “possuem funções orgânicas essenciais, atuando tanto na forma iônica, como fazendo parte de compostos-enzimas, hormônios, secreções e proteínas do tecido orgânico”. Estes também regulam as enzimas, mantendo o equilíbrio ácido-básico e da pressão osmótica além de outras funções. Os mesmos se classificam em eletrólitos (K, Cl, Na), macrominerais (Ca, P, Mg, S); microminerais ou oligoelementos (Ferro, Zinco, Cobre, Cromo, Selênio, Manganês, Molibdênio, Níquel, Iodo), e elementos ultra traços (Flúor, Cobre, Silício, Vanádio, Estanho, Chumbo, Mercúrio, Boro, Lítio, Estrôncio, Cadmio, Arsênio). Os minerais utilizados para a avaliação bioquímica das pacientes neste estudo foram o Ferro, Zinco, Cobre e Magnésio (ALMEIDA; AMARAL, 2008).

O ferro é importante para o metabolismo aeróbico, já o zinco, atua no crescimento e na replicação celular, nas funções fagocitárias, imunitárias, celular e humoral, no paladar e no apetite. O cobre é fundamental para o sistema imunológico, agindo no metabolismo da glicose e do colesterol, atua na eritropoese (juntamente com o Ferro) e na contratilidade miocárdica (ALMEIDA; AMARAL, 2008).

E, por fim, o magnésio possui mais de 300 funções no organismo, sendo o ativador de sistemas enzimáticos, responsável pela mediação das contrações musculares e sinapses nervosas; sua deficiência acarreta comprometimentos neurológicos e neuromusculares, e da função cardíaca e bradicardia, sonolência e diminuição dos reflexos (ALMEIDA; AMARAL, 2008).

O principal e mais abundante componente do corpo é a água, sendo este constituído por 2/3 do peso corporal. A água está envolvida nos processos de digestão, absorção, na circulação e na excreção, sendo assim o maior solvente das transformações do metabolismo. Também serve como meio de transporte para os nutrientes e todos os elementos corporais. A água é a base de todas as reações metabólicas, e faz parte dos componentes estruturais das células. Tem importante função no sistema circulatório, atuando como meio de transporte para todas as substâncias e nutrientes corporais; e na primeira fase de cicatrização, principalmente, nos três primeiros dias após a cirurgia, auxilia na diminuição de retenção hídrica. Esta também é responsável pela manutenção da temperatura corporal. Com a perda de 10% de água no organismo pode ocorrer distúrbios graves, e se a perda atingir os 20% de água corporal, torna-se o bastante para levar o paciente a óbito (WHITMIRE, 2005).

1.5 Psicotrópicos, Psicoterapia, Imagem Corporal e CPE

A atual cultura da imagem pauta-se na satisfação e prazer instantâneos. Este imediatismo é permeado por sentimentos disfuncionais (ansiedade, angústia, tristeza), os quais demonstram o contexto de vida do indivíduo e que são fundamentais para o seu amadurecimento, mas que, muitas vezes, são silenciados pelos medicamentos e consequentemente, não permitem o enfrentamento da realidade e da experiência humana (MAIA; ALBUQUERQUE, 2000).

O indivíduo busca a lei do mínimo esforço, pois acredita que deve sempre buscar ou estar em um estágio de prazer e de alegria, ignorando dores e frustrações que são naturais à essência humana. Neste contexto, a medicação torna-se uma máscara para a alma e que deixa o sujeito anestesiado e incapacitado de analisar e de sentir com plenitude os sentimentos que

são inerentes e essenciais para a sua vivência e transformação humana (MAIA; ALBUQUERQUE, 2000).

Alguns indivíduos buscam incessantemente a imediata satisfação e conquista, pois se quer tudo e no exato momento, em consonância com as imagens idealizadas e veiculadas pela mídia, que impõem pessoas felizes, e de “beleza plastificada”, vida plena e a ausência de problemas. Entretanto, problemas emocionais são inerentes ao ser humano (PELEGRINI, 2003). Conflitos emocionais, sentimentos de inferioridade e culpa geram patologias, as quais, incluem atitudes distorcidas em relação à sua própria aparência e que tal insatisfação com o corpo é o principal fator para busca de CPE como uma “cura” ou solução imediata dos seus desejos (MOTA, 2016; SARWER; CRERAND, 2004).

Outros autores discutem que, apesar das melhorias na avaliação da própria imagem, indivíduos mais preocupados com a aparência física ainda podem apresentar insatisfação com sua IC, uma vez que, os resultados cirúrgicos podem não corresponder às suas expectativas; além disso, podem descrever sua aparência física de maneira a não corresponder à sua IC real (SARWER; CRERAND, 2004). Ressalta-se ainda que, a mudança ocorrida no corpo através da CPE nem sempre é acompanhada proporcionalmente pela mudança na percepção corporal (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011).

Sarwer et al. (2011) apontam que a insatisfação com a IC pode ser maior caso ocorram complicações no pós-operatório, o que contribui para o sofrimento psicológico. E que as solicitantes de CPE negligenciam o seu cuidado com o corpo, uma vez que acreditam que o procedimento estético será a única solução para os seus problemas (de todas as ordens), situação esta que pode comprometer a percepção de sucesso da cirurgia (SANTE; PASIAN, 2011).

Cash (2002) discute que, ao modificar partes do corpo, pode ocorrer uma adaptação da IC, pois, esse processo segue uma trajetória que tem primeiramente a percepção da transformação da aparência (percepção visual e sensorial). Uma segunda etapa constitui modificações cognitivas, ou seja, quando há alteração no modo como o indivíduo pensa sobre a sua aparência e experiência corporal. Em seguida, são as transformações emocionais que ocorrem vinculadas ao grau em que esta mudança influenciará na autoestima, e por fim, são as transformações comportamentais. Após tais mudanças, quem se sente melhor com a nova aparência, possivelmente adota novas formas de comportamento que podem influenciar nas relações sociais e maneiras de se relacionar com o mundo e consigo; portanto, existe neste contexto, um processo adaptativo individual (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011).

Para Sarwer et al. (1998), as atitudes em relação à IC estão relacionadas à CPE, no contexto da influência por ela exercida para a tomada de decisão em realizar o procedimento.

As atitudes em relação à Imagem Corporal possuem duas dimensões: valor e valência. A valência da IC relaciona-se à importância desta para a autoestima do indivíduo, que pode variar em função de partes do corpo. Já o valor da IC, pode ser entendido como o grau de satisfação ou insatisfação com a aparência. Neste modelo, a aparência física é um potente determinante da percepção corporal e suas influências psicológicas podem ser definidas como percepção da aparência, ou seja, a acurácia na determinação da forma e tamanho das características corporais (SARWER et al., 1998).

Para Pitanguy (1992) a boa aparência funciona como uma poderosa fonte motivacional para a procura de CPE. A realização da cirurgia se justifica pela cura de sentimentos negativos em relação a IC, como a baixa autoestima. Neste âmbito, a CPE exerce uma função reparadora, ou seja, possibilita a melhora da autoestima (SWAMI et al., 2009; MOTA, 2016).

Campana, Ferreira e Tavares (2012) fazem referência aos defeitos reais ou imaginários do corpo, explicando que se tornam foco na vida do indivíduo, na sua vida social, suas relações afetivas, incitando-o na busca pelo corpo ideal, por meio de dietas, exercícios e CPE. Sugerem, ainda, que as mulheres são mais predispostas a correr riscos e suportar dores físicas, como por exemplo, em procedimentos da CPE nos quais elas se submetem a um trauma cirúrgico (a citar, a lipoaspiração, abdominoplastia, mamoplastia).

O ideal seria o paciente realizar uma avaliação psicoterapêutica antes da execução da CPE, pois a associação de algum tipo de psicopatologia pode interferir no resultado final e acarretar maiores complicações no período pós-operatório (DE BRITO et al., 2013; SARWER; CRERAND, 2004). Ainda em 1967, Knorr, Edgerton, Hoopes, descreveram a respeito de deformidade mínima e a insatisfação de alguns pacientes que se submeteram à cirurgia plástica, classificando-os de *insatiable patients* (pacientes insaciáveis). De acordo com os autores, esses pacientes, geralmente solicitavam múltiplas cirurgias para corrigir defeitos imperceptíveis ou inexistentes; além disso, estavam muito insatisfeitos com os resultados cirúrgicos apesar de tecnicamente adequados (KNORR; EDGERTON; HOOPES, 1967).

1.6 Justificativa e Hipóteses do estudo

Frente a estas colocações, o presente estudo tem como problema principal da pesquisa, a investigação da Imagem Corporal (IC) com enfoque nos componentes perceptivos e atitudinais, assim como, comportamentos alimentares inadequados no período pré-operatório de mulheres solicitantes de CPE.

Quanto às hipóteses para o estudo, tem-se que as mulheres solicitantes de CPE apresentarão maior investimento autoavaliativo e motivacional quando comparadas às mulheres que não buscam (Hipótese 1); podem apresentar maior insatisfação com a aparência em geral (Hipótese 2); maior preocupação e ansiedade com o sobrepeso do que as que não buscam (Hipótese 3); superestimam-se em relação ao tamanho, forma e peso quando comparadas às participantes do grupo de Comparação não equivalente (G2) (Hipótese 4); Podem revelar parâmetros antropométricos inadequados (Hipótese 5a) e bioquímicos inadequados (Hipótese 5b) em relação ao grupo de Comparação não equivalente, ainda que se encontrem em estado de Eutrofia e por fim, mulheres solicitantes de CPE podem apresentar insatisfação em relação a outras áreas do corpo além da área específica a ser operada (Hipótese 6).

Sob essa perspectiva, reforça-se a importância do EN adequado, com uma avaliação fidedigna do estado de saúde geral (bioquímica, antropométrica e psicológica), realizada por equipe multidisciplinar, de forma a garantir menor suscetibilidade a potenciais riscos cirúrgicos. Estudos que abordam estas questões ainda são escassos no Brasil, o que torna relevante a realização de pesquisas nessa área.

A Justificativa deste estudo reflete a necessidade de uma análise do EN das solicitantes de CPE para observar a sua (in) adequação para a intervenção cirúrgica, sobretudo avaliar potenciais riscos e complicações decorrentes de carências nutricionais, bem como, a apresentação de distúrbios com a IC, os quais, podem levar a complicações e prejuízos para o seu estado de saúde geral e dispêndios para SUS e convênios. Além disso, existe a probabilidade de ocorrer possíveis implicações e desgastes emocionais, tanto para o paciente, quanto para o cirurgião, o que pode interferir no sucesso da CPE e resultar em execuções judiciais.

Seated Jeanne Hebuterne, Amedeo Modigliani

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ❖ Avaliar a Imagem Corporal e o Estado Nutricional de mulheres solicitantes de Cirurgia Plástica Estética (G1) e não solicitantes de CPE (G2) e comparar as variáveis avaliadas.

2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Investigar os componentes perceptivos e atitudinais (afetivo, cognitivo e (in)satisfação e comportamento) relacionados a Imagem Corporal (IC) das mulheres solicitantes de Cirurgia Plástica Estética (G1) e não solicitantes (G2);
- ❖ Avaliar o Estado Nutricional por meio de aferição das medidas antropométricas (peso e estatura), composição corporal (% de gordura) e exames laboratoriais: Hemograma completo, coagulograma completo (tempo de protrombina), colesterol total e HDL, urina rotina, glicemia de jejum, creatinina, albumina e ferritina séricas, vitaminas (A, K, C, E) e minerais (Ferro, Zinco, Cobre e Magnésio).

Jeanne Hebuterne, Amedeo Modigliani

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento Metodológico da Pesquisa

Tratou-se de um estudo observacional descritivo e transversal, de abordagem quantitativa.

Participantes

As participantes foram selecionadas em dois grupos, sendo estes o Grupo 1 (G1 - Clínico), e Grupo 2 (G2 – de Comparação não equivalente), por conveniência e de maneira aleatória. O tamanho amostral foi definido levando-se em consideração o fluxo de pacientes da clínica particular e o tempo de coleta dos dados destinados ao presente estudo.

O G1 era composto por mulheres adultas, com idade entre 20 e 59 anos, de uma clínica particular de CPE. Para o G2 foram recrutadas mulheres adultas da comunidade universitária, com as mesmas características etárias, educacionais e socioeconômicas semelhantes às do G1.

3.1.1 Critérios de Inclusão

Para o G1 os critérios de inclusão foram: estar dentro da faixa etária estipulada, realizar os procedimentos cirúrgicos estéticos (mamoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia) e ser do sexo feminino. Para o G2: deveriam ser mulheres da população universitária, com idade entre 20 e 59 anos e que não utilizavam convênio médico particular.

3.1.2 Critérios de Exclusão

Quanto aos critérios de exclusão, destacam-se: apresentar qualquer deficiência física aparente que impossibilite as participantes de responderem aos instrumentos aplicados; ter realizado procedimento cirúrgico estético e pós-bariátrico anterior à pesquisa para o Grupo clínico (G1). Para o Grupo de Comparação (G2) estavam excluídas as participantes que tinham interesse em realizar cirurgia plástica dentro de dois anos e que utilizassem o convênio médico particular.

3.2 Material

3.2.1 Aspectos Éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para ser direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo/ Campus Ribeirão Preto, e foi aprovado em janeiro de 2016 (CAEE 44465015.6.0000.5407) (ANEXO A).

3.2.1.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

As participantes receberam a explicação dos objetivos do presente estudo, bem como, os riscos e benefícios da sua participação no estudo, apresentadas pela pesquisadora e após o aceite destas, a participação na pesquisa foi formalizada mediante assinatura do TCLE. Os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) diferiram entre os grupos (G1 e G2) para que as informações fossem direcionadas adequadamente às participantes. Os TCLEs encontram-se como (APÊNDICE A) para o G1 e (APÊNDICE B) para o G2.

3.2.2 Caracterização da Amostra

3.2.2.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas

O questionário para a caracterização da amostra foi desenvolvido e aplicado pela pesquisadora, sendo que diferiram de acordo com os grupos. O instrumento era autoaplicável, apresentando perguntas diretas e múltipla escolha e conforme surgiam dúvidas, a pesquisadora auxiliava oferecendo as explicações pertinentes. O mesmo solicitava dados Sociodemográficos (Idade, estado civil, escolaridade, etc), Tipo(s) de procedimento(s) cirúrgico(s) a ser realizado, se faziam uso de dietas, entre outros. Estes diferiram de acordo com os grupos:

Grupo clínico (G1): composto por dados sociodemográficos, que contemplavam as seguintes variáveis: idade, estado civil, naturalidade, escolaridade e situação empregatícia. A parte referente aos dados clínicos compreendia as seguintes questões: tipo(s) de procedimento(s) cirúrgico(s) a ser(em) realizado(s) (mastoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia), no período de 30 dias que antecederiam o procedimento cirúrgico; realização de dietas ou uso de medicamentos (orientação médica) para redução de peso; acompanhamento

nutricional e/ou psicológico-psicoterapêutico (uso de medicação); motivação, satisfação corporal e expectativas relacionadas à cirurgia (APÊNDICE C).

Grupo de Comparação não equivalente (G2): as participantes não responderam as perguntas relacionadas aos dados clínicos (procedimento cirúrgico que constam no APÊNDICE C), contudo, responderam à questão relacionada ao nível de preocupação com o Estado Nutricional. Dessa maneira, o questionário para a caracterização de amostra adaptado ao Grupo de Comparação encontra-se como (APÊNDICE D).

3.2.2.2 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Foi utilizado o CCEB (ANEXO B) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014) para analisar o poder aquisitivo das participantes do presente estudo. Esse sistema enfatizava sua função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. O formulário dividiu-se em três blocos de questões (itens de conforto; pavimentação e água; escolaridade). As classes econômicas foram classificadas do maior (A) ao menor (E) poder aquisitivo. A classificação era realizada por meio de pontos de corte, que variavam de 0 a 46, sendo respectivamente: classe A1 (42-46), A2 (35-41), B1 (29-34), B2 (23-28) e dessa forma, diminui-se as classes conforme há queda dos pontos obtidos, atingindo até a classe E (0-7).

3.2.3 *Imagem Corporal*

3.2.3.2 Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBRQ-AS)

O Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire foi desenvolvido por Brown et al. (1990) e traduzido e adaptado para a população brasileira pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Nutrição e Comportamento do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP Laus (2016). O instrumento acessa diferentes componentes da dimensão atitudinal da Imagem Corporal em indivíduos maiores de 15 anos por meio de 69 itens agrupados em sete subescalas que abordam duas dimensões: “avaliação” e “orientação” cognitivo-comportamental. Estas incluem as subescalas: avaliação da aparência, orientação da aparência, Avaliação da Competência Física, orientação da competência física, avaliação da saúde, orientação da saúde e orientação da doença. Uma vez que um grande número de pesquisadores se interessa apenas pelas subescalas relacionadas à aparência, uma versão curta do instrumento foi sugerida pelo

autor: o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales* (MBSRQ-AS; Cash, 2000). Sendo assim, este foi reduzido de 69 para 34 itens (todos relacionados à aparência física). A versão reduzida consiste das duas escalas de aparência do questionário original – Avaliação da Aparência e Orientação da Aparência, acrescidas de três subescalas – Satisfação com as áreas do corpo, Preocupação com o sobrepeso e Autoclassificação de peso. Este instrumento avalia duas dimensões: “Avaliação” e “Orientação” cognitivo-comportamental, acessando componentes afetivos, cognitivos, comportamentais e satisfação com a IC. A versão brasileira adaptada é composta por 20 itens que compõem as respectivas subescalas:

- (1) Avaliação da aparência (AA): avalia sentimentos sobre atratividade/inatratividade física e satisfação/insatisfação com a aparência. Alta pontuação indica maior positividade e satisfação, enquanto baixa pontuação indica infelicidade geral com a aparência física.
- (2) Orientação da aparência (OA): acessa a extensão de investimento na aparência. Resultados altos indicam que o indivíduo dá grande importância e presta muita atenção na aparência e engaja-se em comportamentos excessivos de beleza, enquanto resultados baixos indicam que o indivíduo é apático em relação à aparência, que dá pouca importância a ela e que o mesmo não se esforça para “parecer bem”.
- (3) Escala de satisfação com áreas do corpo (SAC) é similar a subescala AA, com a diferença que esta mede a (in) satisfação com as áreas corporais.
- (4) Preocupação com o sobrepeso (PS) reflete uma ansiedade e vigilância do peso exacerbada e prática de dietas restritivas, indicando uma grande preocupação com a gordura e sobrepeso.
- (5) Autoclassificação do peso (ACP) é uma subescala de caráter perceptivo que afere a (in)acurácia da estimativa de percepção do peso, desde “muito abaixo” até “muito acima” do peso.

Quanto ao método de pontuação do MBRSQ-AS, trata-se de um instrumento de autoaplicação com escala *Likert* que varia de “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos), no qual a pontuação invertida foi retirada na versão brasileira. Os resultados de cada subescala são oriundos da média de seus itens. A subescala orientação da aparência (OA) do MBRSQ não foi avaliada no presente estudo uma vez que ela afere a mesma extensão de investimento na aparência que a saliência motivacional (SM) do Inventário de Esquemas sobre a Aparência. Ambas indicam o quanto o indivíduo está engajado em comportamentos direcionados à aparência para sentir-se mais atraente.

3.2.3.3 *Appearance Schemas Inventory – Revised (ASI-R)*

O ASI-R (ANEXO D) foi desenvolvido por Cash e Labarge (1996) e revisado posteriormente por Cash et al. (2004) e está sendo traduzido e adaptado para a população brasileira por Laus et al. pelo Laboratório de Nutrição e Comportamento do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP.

Trata-se de uma escala autoaplicativa que avalia o investimento disfuncional que um indivíduo poderia ter com sua aparência física. Seus 20 itens dividem-se em duas formas diferentes, porém relacionadas, de investimento: (1) saliência autoavaliativa da aparência (com 12 itens que, mais precisamente, refletem a intensidade com que as crenças sobre a aparência influenciam a vida social e pessoal do indivíduo) e (2) saliência motivacional da aparência (com oito itens que dizem respeito à intensidade de preocupação com sua aparência e ao modo como se adota comportamentos para controlá-la). No instrumento original, as perguntas são respondidas em uma escala tipo *Likert*, composta por cinco alternativas de respostas, que variam de “Discordo fortemente” (um ponto) a “Concordo fortemente” (cinco pontos). Seis dos itens da escala foram formulados no sentido oposto aos dos restantes e devem ter suas pontuações invertidas. A pontuação final resulta da média das pontuações obtidas nos 20 itens da escala, oscilando, portanto, entre um e cinco, sendo que quanto mais elevado este resultado, maiores serão os níveis de investimento na aparência (CASH, 2002).

Na versão brasileira (traduzida e adaptada), as perguntas são respondidas da mesma forma, porém, foram retirados os itens da escala com pontuações invertidas, assim como, não é necessário o cálculo da média final (*score*) entre as duas saliências e sim a média entre os itens de cada subescala.

3.2.4 *Avaliação Clínica e do Estado Nutricional (EN)*

O Questionário de Avaliação Antropométrica (APÊNDICE E) foi composta por três fases: avaliação antropométrica, composição corporal e análise bioquímica realizada por meio de exames laboratoriais trazidos pelas participantes de ambos os grupos.

3.2.4.2 Avaliação Antropométrica

A avaliação antropométrica constituiu-se em um método de investigação baseado na aferição de medidas corporais utilizada para classificar o Estado Nutricional (EN) de indivíduos

e grupos populacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). O Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos parâmetros mais utilizados para avaliação do EN atualmente, consistindo em um indicador simples que expressa a relação entre o peso do sujeito em quilos dividido pela estatura em metros ao quadrado ($\text{IMC} = \text{kg}/\text{m}^2$) (OMS, 2000; SARNI, 2007). O Quadro 2 aponta a classificação de acordo com o IMC:

Quadro 2 - Classificação do Estado Nutricional segundo o IMC

IMC	Classificação do EN
< 18,5	Desnutrição
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II (Severa)
$\geq 40,0$	Obesidade grau III (Mórbida)

Fonte: OMS, 2000.

Foram utilizados para sua mensuração: Balança de plataforma Mecânica Antropométrica da marca *Welmy®* (capacidade para 150 kg, precisão de 100g) previamente calibrada para aferição de peso e estadiômetro fixo (200 cm, precisão de 0,1 cm) para aferição da estatura.

3.2.4.3 Avaliação da Composição Corporal

Considerando que o IMC não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corporal, faz-se necessário avaliar a composição corporal dos indivíduos para que haja uma avaliação mais fidedigna do EN. A massa tecidual humana pôde ser separada em dois grupos: massa gorda (gordura corpórea) e massa magra (massa livre de gordura). Extraída a gordura corpórea do peso total do indivíduo obtém-se a massa magra (constituída de proteínas, água intra e extracelular e conteúdo mineral ósseo). A avaliação da composição corpórea permite, portanto, diagnosticar possíveis anormalidades nutricionais. Para sua avaliação foi utilizada a bioimpedância elétrica portátil (BIA – *Bioelectrical Impedance Analysis*), de marca *Inbody 230®*, que permite aferir a composição corpórea de massa magra e gordura segmentar, separadamente, além da água corporal total, taxa metabólica basal, diagnóstico nutricional, controle músculo-gordura, gasto energético e ingestão calórica recomendada por dia.

Trata-se de um método altamente aceito pela comunidade científica que se baseia no princípio da condutividade elétrica para estimativa dos compartimentos corpóreos. Os tecidos magros são altamente condutores de corrente elétrica em virtude da grande quantidade de água

e eletrólitos; já a gordura e os ossos são pobres condutores (KAMIMURA et al., 2005; MIRANDA et al., 2012; SARNI, 2007).

3.2.4.4 Análise dos Exames Bioquímicos

A pesquisadora trabalhou com os dados secundários provenientes dos exames laboratoriais de rotina, como de praxe para a realização do procedimento cirúrgico. Dessa maneira, os exames laboratoriais os quais faziam parte do protocolo de pedidos do cirurgião foram utilizados para complementar o diagnóstico nutricional das pacientes que possuíam plano de saúde particular. Desta forma foram coletados: Hemograma completo, coagulograma (tempo de coagulação), colesterol total e HDL, urina rotina, glicemia de jejum, creatinina, albumina e ferritina séricas, vitaminas (A, K, C, E) e minerais (Ferro, Zinco, Cobre e Magnésio). Essa coleta foi realizada 30 dias antes da CPE (juntamente com a coleta dos dados dos demais instrumentos). Ressalta-se que o acesso aos resultados dos exames bioquímicos foram realizados somente após o consentimento da participante (G1) mediante assinatura no TCLE.

Quanto ao lipidograma, o colesterol total plasmático pode ser desmembrado em frações: VLDL (acúmulo de quilomícrons na circulação) resultando em hipertrigliceridemia, LDL (mal colesterol) do acúmulo de frações ricas em colesterol que resulta na hipercolesterolemia, e menor circulação de HDL (bom colesterol). De acordo com os valores da Sociedade Brasileira de Cardiologia, avalia-se o quadro de dislipidemia considerando os seguintes valores de referência: colesterol total (desejável – menor que 200mg/dl); limítrofe (200-239 mg/dl) e elevado (maior que 239mg/dl); HDL baixo (menor que 40mg/dl); alto (maior que 60mg/dl) (SANTOS, 2009). A clínica particular especializada em CPE adota como protocolo, principalmente os resultados da análise do colesterol total e HDL, por esta razão, também utilizados nesta pesquisa enquanto dados secundários.

A glicemia em jejum é aferida para a investigação da diabetes (teste de tolerância à glicose), sendo útil para o diagnóstico de hiper e hipoglicemias. Seu padrão normal é de 75 a 99mg/dl, de resistência à insulina (maior ou igual a 126mg/dl) e diabetes mellitus (maior que 140mg/dl) (SILVA; TELLES; BARRICHELLO, 2013).

3.3 Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana (ANEXO A) os dados foram coletados em uma Clínica privada especializada de Cirurgia Plástica de Ribeirão

Preto/SP, da qual se obteve autorização do responsável (ANEXO E). Foi solicitado que os membros do serviço de cirurgia encaminhassem as pacientes que preencheram os critérios de inclusão do presente estudo. Diante disso, seus horários foram agendados individualmente para a coleta de dados de ambos os grupos.

A aplicação dos instrumentos para as participantes do grupo clínico (G1) ocorreu em salas apropriadas, que permitiram a privacidade da entrevistada, localizadas no próprio espaço físico do serviço médico. As participantes foram avaliadas no período pré-operatório após a solicitação de exames pelo cirurgião, 30 dias antes da realização de CPE.

No tocante a aplicação dos instrumentos direcionados ao grupo de Comparação não equivalente (G2), estas participantes também foram recebidas no mesmo espaço físico do serviço médico por ter a dificuldade de transportar o aparelho de uso hospitalar de Bioimpedância que estava acoplado à uma impressora previamente configurada para o uso exclusivo de tal aparelho e também pelas facilidades para o registro no mesmo local. Para a aferição do percentual de gordura por meio da BIA foram recomendados: jejum de quatro horas que antecederiam o teste; não realizaram a prática de exercício físico pelo menos 12 horas antes do teste; não consumiram álcool nas 48 horas; não consumiram diuréticos nos sete dias que antecederiam a avaliação (MIRANDA et al., 2012).

Os métodos avaliados apresentaram baixo custo operacional, não foram invasivos e de fácil utilização na rotina clínica, em protocolos de pesquisa e estudo de campo (KAMIMURA et al., 2005).

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, sendo orientadas quanto à natureza e objetivos do trabalho, assim como o caráter confidencial das respostas e a necessidade de que todos os itens fossem respondidos com atenção e responsabilidade. Além disso, foram informadas que poderiam desistir de participar da pesquisa no momento que julgassem necessário. As participantes que consentiram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionados a cada grupo (G1) e (G2). Uma via foi entregue à participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Conforme as normatizações: Lei Federal 8.234/91, artigo 4º, inciso VIII, Resolução CFN nº 306/03, Resolução CFN nº 380/05 e Resolução CFN nº 417/08, cabe ao nutricionista pesquisador, a competência legal para solicitação de exames laboratoriais necessários ao diagnóstico nutricional, à prescrição dietética, ao acompanhamento da evolução nutricional do paciente e a leitura dos exames solicitados. No entanto, neste estudo, a solicitação dos exames pré-operatórios para ambos os grupos foi realizada pelo próprio cirurgião, uma vez que já faz parte da rotina da clínica. Em seguida, tais informações foram repassadas à pesquisadora.

As pacientes dirigiram-se até ao laboratório previamente estipulado pela pesquisadora, onde se submeteram aos exames laboratoriais de sangue e de urina, para que todos os exames fossem padronizados conforme o protocolo do Laboratório Particular e foram custeadas pelo plano de saúde particular de cada participante do grupo clínico (G1), para o grupo de Comparação não equivalente (G2) foram custeados pelo Laboratório de Nutrição e Comportamento, da USP, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida.

Primeiramente, foram coletados os dados que caracterizaram a amostra, logo após responderem aos instrumentos autoaplicáveis (ASI-R e MBSRQ-AS). E caso estas participantes apresentassem dúvidas em relação às questões presentes nos instrumentos, a pesquisadora realizava explicações sucintas aos respondentes.

Também foi realizada a avaliação antropométrica iniciando-se com a aferição de peso. Para tanto, o indivíduo posicionava-se de pé, no centro da balança, descalça e com roupas leves. Para medida da estatura a participante permanecia de pé, descalça, com os calcanhares juntos, as costas retas, os braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça orientada para o plano de Frankfurt (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Caso alguma participante apresentasse desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos psicológicos e de avaliação antropométrica, a pesquisa seria interrompida sem causar qualquer prejuízo à mesma.

3.4 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e examinados com base em Fleiss, Tytun e Ury (1980) e Mingoti (2005) referente aos instrumentos (Escala ASI-R e MBRQS-AS) apresentados como ANEXO C e D, respectivamente. Os resultados foram analisados por meio de testes estatísticos descritivos e de Comparação.

A associação entre os grupos nas variáveis qualitativas baseou-se no Teste Exato de Fisher (1918). Já para a comparação no recorte quantitativo (Escala ASI-R e MBRQS-AS), utilizou-se o Teste *Mann-Whitney*. Em ambas as comparações se estabeleceram um nível de significância de 5%. Todas as análises foram executadas com o auxílio do software SAS 9.2. Foram utilizados os mesmos instrumentos de coleta para ambos os grupos, contudo, identificou-se Frequência de *Missing* nas questões, as quais as participantes não se identificaram ou optaram por não se manifestar.

Jeanne Hebuterne In A Hat, Amedeo Modigliani

Resultados

4 RESULTADOS

5 Caracterização da Amostra

O grupo clínico (G1) era constituído por 20 participantes (19 profissionais autônomas e uma estudante), selecionadas em uma clínica particular especializada em cirurgia plástica de Ribeirão Preto/SP, e candidatas à realização dos seguintes procedimentos: mamoplastia de aumento com 30% (n=6), mamoplastia de aumento e lipoaspiração em 5% (n=1), abdominoplastia com 10% (n=2); lipoaspiração, 10% (n=5) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tipos de procedimentos procurados pelas participantes do grupo Clínico (G1, n=20), em uma clínica particular especializada de Ribeirão Preto/SP, 2016.

TIPO DE PROCEDIMENTO	n	%
Mamoplastia de aumento e Abdômem	7	35
Mamoplastia de aumento	6	30
Abdômem	2	10
Lipoaspiração	2	10
Lipoaspiração e Abdômem	1	5
Mamoplastia de aumento e Lipoaspiração	1	5
Mamoplastia, Abdômem e Lipoaspiração	1	5
Total	20	100

Fonte: próprio autor.

As participantes do grupo de Comparação não equivalente (G2) foram recrutadas como uma amostra de conveniência, ou aleatoriamente sendo composta por profissionais (com ensino superior completo), cinco graduandas e uma trabalhadora assalariada, com nível de escolaridade médio completo. As mesmas não buscavam ou possuíam interesse em realizar procedimentos cirúrgicos estéticos nos próximos dois anos.

As participantes do G1 possuíam em média 35,85 anos ($DP \pm 10,89$), enquanto as integrantes do G2 apresentaram média de idade de 34,00 anos ($DP \pm 10,67$).

Destacam-se na Tabela 4, dados sociodemográficos sobre o estado civil, classificação econômica e de escolaridade das entrevistadas de ambos os grupos.

Com relação ao estado civil, verificou-se que 55% (n=11) eram solteiras no G1, e de 45% (n=9) casadas. O grupo Comparação (G2) foi composto por 50% (n=10) das participantes solteiras e 50% (n=10) de mulheres casadas (Tabela 4)

Ao se verificar a classe econômica das entrevistadas do G1 e G2, teve-se que a maioria pertencia à classe A (com renda média domiciliar de R\$ 20.272,56) de acordo com os intervalos de valores previamente estipulados no Critério de Classificação Econômica Brasil

(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014). Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos ($p=0,99$). (Tabela 4).

Com relação à escolaridade, os resultados apontaram dados bastante semelhantes nos grupos G1 e G2, nos quais, 95% ($n=19$) possuíam o Ensino Superior Completo (Tabela 4).

Tabela 4—Frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas e econômica baseado nos Critérios de Classificação Econômica Brasil (2014) das participantes dos grupos Clínico ($n=20$) e de Comparação ($n=20$), obtidas por meio do Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condições Clínicas, Ribeirão Preto/SP, 2016

Variáveis	Grupo		Total n (%)	P valor
	G1n (%)	2n (%)		
Estado Civil				P= 0,99
Casada	09 (45,00)	10 (50,00)	19 (47,50)	
Solteira	11 (55,00)	10 (50,00)	21 (52,50)	
Total	20(100,00)	20(100,00)	40 (100,00)	
CCEB				p= 0,68
A	10 (50,00)	12 (60,00)	22 (55,00)	
B1	07 (35,00)	04 (20,00)	11 (27,50)	
B2	03 (15,00)	04 (20,00)	07 (17,50)	
Total	20 (100,00)	20 (100,00)	40 (100,00)	
Escolaridade				p= 0,99
Fundamental	01 (5,00)	00 (0,00)	01 (2,50)	
Ensino Médio	00 (0,00)	01 (5,00)	01 (2,50)	
Superior Completo	19 (95,00)	19 (95,00)	38 (95,00)	
Total	20 (100,00)	20 (100,00)	40 (100,00)	

Nota: Teste exato de Fischer utilizado para todos os campos/dados da tabela.

Fonte: próprio autor.

Sobre os cuidados com a alimentação, tem-se no grupo clínico (G1) que 16,67% ($n=3$) das entrevistadas afirmaram receber orientação nutricional realizada por nutricionista no período do referido estudo, mas, 83,33% ($n=15$) não tiveram acompanhamento profissional. Do total de respondentes, 10% ($n=2$) não se manifestaram. No grupo de Comparação não equivalente (G2), 100% ($n=20$) das entrevistadas optaram por não responder. Da amostra total dos dois grupos, obteve-se uma Frequência de *missing* de 22, referente a 10% ($n=2$) do G1 e 100% ($n=20$) do G2.

Sobre a utilização de medicamentos para emagrecer e/ou suplementos, 10% ($n=2$) das mulheres do G1 faziam uso dessas substâncias, e 90% ($n=18$) não utilizavam. No G2, 5% ($n=1$) relataram o consumo de um suplemento hiperproteico (de marca conhecida no mercado); do restante das entrevistadas, 95% ($n=19$) não se manifestaram, obtendo-se uma Frequência de *missing* de 19 e valor ($p=0,14$). Estatisticamente, não houve uma correlação entre os grupos.

Houve maior prevalência de acompanhamento psicoterapêutico pelas mulheres do G1, sendo que 45% ($n=9$) eram assistidas por psiquiatra ou psicólogo, e 55% ($n=11$) não faziam acompanhamento. No grupo de Comparação não equivalente (G2), 5% ($n=1$) relataram ser

assistida por um profissional, enquanto 95% (n=19) não faziam acompanhamento. A análise estatística demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p<0,01^*$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência de acompanhamento psicoterapêutico realizado por mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Acompanhamento Psicoterapêutico	Grupo		
	G1(n;%)	G2 (n;%)	Total
SIM	09 (45,00)	01 (5,00)	10 (25,00)
NÃO	11 (55,00)	19 (95,00)	30 (75,00)
Total	20(100,00)	20(100,00)	40 (100,00)

Notas: Teste exato de Fischer; $p<0,01^*$.

Fonte: próprio autor.

Quanto à utilização de medicamentos psicotrópicos, obteve-se uma maior prevalência desse uso entre as participantes do G1, sendo 40% (n=8) neste grupo e de 5% (n=1) no G2; verificou-se, ainda, a adoção do mesmo tipo de medicamento pelas entrevistadas no grupo de Comparação. Foi encontrada diferença estatística entre os grupos, sendo $G1 > G2$ e ($p=0,02^*$). Os valores absolutos e de frequência de uso de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Frequência de uso de medicamento antidepressivo ou ansiolítico por mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Uso de Medicamento Antidepressivo ou Ansiolítico	Grupo		
	G1(n;%)	G2 (n;%)	Total
SIM	08 (40,00)	01 (5,00)	09 (22,50)
NÃO	12 (60,00)	19 (95,00)	31 (77,50)
Total	20(100,00)	20(100,00)	40 (100,00)

Nota: Teste exato de Fischer; $p=0,02^*$

Fonte: próprio autor.

Quando interrogadas sobre a adoção de algum tipo de dieta para emagrecimento ou de mudança de comportamento alimentar (realizado nos últimos 30 dias), com o intuito de correlacionar e parear os grupos, identificou-se que 40% (n=8) das participantes do G1 se submeteram a dietas do tipo restritivo ou da “moda” (destas, 37,5% (n=3) faziam dieta com acompanhamento com nutricionista, conforme descrito anteriormente); e 60% (n=12) não realizaram mudanças de comportamento alimentar. Já no grupo de Comparação (G2), 20% (n=4) fizeram dieta do tipo restritivo e as demais entrevistadas, 80% (n=16), não relataram mudanças na alimentação. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos ($p=0,30$) conforme apresenta a Tabela 7.

Tabela 7—Frequências absoluta e relativa da realização de dietas para emagrecimento, segundo relatos das participantes do grupo Clínico (G1, n=20) e grupo de Comparação (G2, n=20), obtidas através do questionário para caracterização da amostra, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Realização de dietas	Grupo		Total (n;%)	Valor p
	Clínico (n;%)	Comparação (n;%)		
SIM	08 (40,00)	04 (20,00)	12 (30,00)	p=0,30
NÃO	12 (60,00)	16 (80,00)	28 (70,00)	
Total	20 (100,00)	20 (100,00)	40 (100,00)	

Nota: Teste exato de Fischer (p=0,30).

Fonte: próprio autor.

O tópico a seguir, traz resultados sobre o nível de preocupação com o Estado Nutricional (EN) das participantes dos grupos G1 e G2. A identificação do EN do paciente, torna-se imprescindível para prevenir complicações pós-cirúrgicas, em casos de inadequação da dieta e de composição corporal.

5.1 Diagnóstico do Estado Nutricional (EN)

Com base na classificação do Estado Nutricional, através de cálculo do IMC (kg/m^2), proposta pela World Health Organization (WHO, 2000), verificou-se que a metade das entrevistadas encontrava-se com sobrepeso, sendo que o G1 apresentou 5% (n=1) de participantes com baixo peso; 30% (n=6) em estado de eutrofia, de 50% (n=10) com sobrepeso, e 15% (n=3) em estado de obesidade. No G2, 75% (n=15) das participantes eram eutróficas e 10% (n=2) apresentavam sobrepeso, sendo que 15% (n=3) estavam obesas. Foi encontrada diferença estatística entre os grupos, indicando uma predominância de mulheres com sobrepeso do grupo Clínico ($p<0,01$) (Tabela 8).

A Tabela 8 também traz os resultados estatísticos descritivos (Média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) das variáveis (Idade, Altura, IMC, Percentual de Gordura e Desejo de perder peso) das participantes dos grupos G1 e G2. Verifica-se que, no grupo Clínico (G1), 5% (n=1) das mulheres estavam na média; 15% (n=3) estavam acima da média, e 50% (n=10) estavam obesas. Com relação às participantes do grupo de Comparação (G2), não foi encontrada nenhuma delas dentro da faixa de normalidade; 50% (n=10) estavam acima da média e 50% (n=10) apresentavam obesidade. Houve diferença estatística entre os grupos com ($p=0,04$).

Em suma, conforme os resultados estatísticos descritivos, destacaram as variáveis a seguir: quanto à idade, obteve-se a média de 35,85 anos ($\pm$ DPM 10,89) no G1 e de 34 anos ($\pm$ DPM 10,67) no G2; quanto à altura, encontrou-se o desvio padrão médio de 1,65m em ambos

os grupos (G1 e G2) com ($\pm$ **DPM** 0,07); pelo IMC, destaca-se uma média de 25,09 ($\pm$ **DPM** 4,08) no G1 e de 23,68 ($\pm$ **DPM** 4,58) no G2; referente à porcentagem de gordura, verificou-se a média de 35,27 ($\pm$ **DPM** 7,58) e 31,22 ($\pm$ **DPM** 6,95) no G1 e no G2 respectivamente; no que se refere ao desejo de perda de peso, no G1 75% (n=15) manifestaram tal interesse e 25% (n=5) não responderam; já no G2, 45% (n=9) gostariam de perder peso e o restante, 55% (n=11), não se manifestaram (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados Estatísticos Descritivos das participantes do G1 no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e G2, de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Variáveis	n	Media	$\pm$ DPM	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade						
G1	20	35,85	10,89	20	38	59
G2	20	34	10,67	21	30	51
Altura						
G1	20	1,65	0,07	1,5	1,67	1,81
G2	20	1,65	0,07	1,51	1,68	1,75
IMC						
G1	20	25,09	4,08	18,41	25,83	33,17
G2	20	23,68	4,58	18,55	22,28	35,63
% Gordura						
G1	20	35,27	7,58	18,7	34,7	50,9
G2	20	31,22	6,95	23,7	29,5	49
Desejo de perder peso						
G1	15	8,2	3,65	2	8	15
G2	9	8,11	7,08	3	5	20

Nota: Teste exato de Fischer.

Fonte: próprio autor.

A avaliação do Estado Nutricional dos grupos G1 e G2 também foi realizada por meio de exames bioquímicos e laboratoriais para verificação das condições clínicas do paciente, seguidos pelos valores de referência (VR) da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC) adotado pelo Laboratório de Análises Clínicas (particular) e escolhido previamente pela pesquisadora, para uma melhor padronização dos resultados dos exames. Tais resultados são destacados no tópico a seguir.

5.2 Exames Bioquímicos

Sobre os dados de hemograma, obteve-se que 100% (n=20) das participantes do G1 tinham resultados dentro do parâmetro de normalidade. Quanto ao G2, 5% (n=1) apresentaram anemia. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,99$). Em relação ao coagulograma realizado neste estudo, no G1 100% (n=20) dos exames coletados

estavam dentro do parâmetro de normalidade. No G2, 5% (n=1) demonstraram alteração, com um tempo (maior que o esperado) para a coagulação conforme estipula as diretrizes da SBPC; no entanto, 95% (n=19) das participantes do G2 tiveram exames dentro da faixa de normalidade, (p=0,99). Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos.

Quanto ao lipidograma, observou-se que 70% (n=14) das participantes do G1 apresentaram valores normais do colesterol total, contudo, ressalta-se que 30% (n=6) obtiveram resultados com alteração do colesterol total (acima em relação ao VR). Sobre os resultados para o HDL, o G1 apresentou média de 56,5 ($\pm$ DPM 0,70); para o G2 tem-se a média 64,5 ($\pm$ DPM 15,16). No G2 verificou-se uma alteração no HDL em 25% (n=5) das participantes e 75% (n=15) estavam dentro da faixa de normalidade, com p=0,99. Não houve diferença estatística de valores do colesterol total entre os grupos (Figura 1).

Figura 1 - Resultados dos Exames bioquímicos de Colesterol Total e HDL das participantes dos grupos Clínico (n=20) e de Comparação (n=20) que apresentaram alteração em uma clínica particular especializada, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Nota: Teste exato de Fischer; p=0,99.

Fonte: próprio autor.

Quanto aos resultados da glicemia em jejum, 100% (n=20) das participantes do G1 apresentaram resultados normais. No G2, 95% (n=19) estiveram dentro da faixa de normalidade, estando 5% (n=1) com hiperglicemia (p=0,99). Não houve diferença estatística entre os parâmetros glicêmicos de ambos os grupos.

Os exames de creatinina (VR de 0,4 a 1,3mg/%), albumina (VR de 3,5 a 5,5mg/l) e ferritina (VR de 11 a 307mg/dl). Foram solicitados às participantes com o intuito de verificar a função renal no pré-operatório (creatinina), a depleção proteico-calórica pela albumina e o nível de ferro estocado via ferritina. Quanto à creatinina, 100% (n=20) das participantes do G1 apresentaram resultados normais e no G2, apenas para 5% (n=1) foi verificado um nível levemente alterado (de 1,5mg/dl). Não se encontrou diferença estatística entre os grupos, com $p=0,99$ (Figura 2).

Com relação aos resultados da análise de albumina, 5% (n=1) das participantes do G1 apresentaram alteração dos níveis séricos, e em 95% (n=19) foram observados valores normais. Para as participantes do G2, 100% apresentaram resultados na faixa de normalidade. Destaca-se que não se encontrou diferença significativa entre os grupos ($p=0,99$) (Figura 2). Também se investigou a ferritina circulante, para a qual 10% (n=2) das participantes do G1 e 5% (n=1) das participantes do grupo de Comparação (G2) possuíam níveis séricos baixos de ferritina, enquanto 90% (n=18) das participantes do G1 e 95% (n=19) e G2 estavam com resultados normais ($p=0,99$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Figura 2).

Figura 2 – Avaliação dos resultados dos exames bioquímicos referentes à dosagem de creatinina, albumina e ferritina séricas das participantes dos grupos Clínico (G1, n=20) e de Comparação (G2, n=20), de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Nota: Teste exato de Fischer; $p=0,99$.

Fonte: próprio autor

Realizou-se uma avaliação dos micronutrientes, em particular, das vitaminas A, K, E e C por meio do exame de sangue, com o objetivo de averiguar seus estoques nas participantes de ambos os grupos.

Das vitaminas dosadas, a vitamina E (VR 5 a 20ui) apresentou alterações com diferenças significativas entre os grupos, sendo que para as demais vitaminas não foram encontradas diferenças entre os grupos. Dessa forma, 30% (n=6) das participantes do G1, apresentaram carência do micronutriente, e 70% (n=14) das demais participantes tiveram valores normais. O G2 não apresentou nenhuma alteração nos resultados, estando 100% (n=20) das mulheres dentro da faixa de normalidade. Particularmente, esse foi o único exame referente às vitaminas, que demonstrou associação entre os grupos, com **p= 0,02*** (Figura 3).

A vitamina A (retinol e carotenóides) apresenta VR entre 30 a 80mg/dl. A análise realizada apontou que, no G1, 25% (n=5) das mulheres obtiveram resultados alterados (menor que o VR); os outros 75% (n=15) estavam com níveis dentro da normalidade. No G2, 5% (n=1) demonstraram resultado alterado (maior que o VR) e 95% (n=19) que estavam dentro da faixa de normalidade, com índice de significância $p=0,18$. Não foram identificadas diferenças estatísticas entre os grupos (Figura 3).

A deficiência de vitamina K (VR 0,08 a 2,22ng/ml) foi identificada em 15% (n=3) das participantes do G1, sendo que 85% (n=17) apresentavam resultados normais. Para o G2 100% (n=20) das participantes também apresentaram resultados normais. Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos ($p=0,23$) (Figura 3).

A vitamina C (VR é 0,5 a 1,5 mg/dl) apresentou resultados similares para ambos os grupos, com 45% (n=9) do G1 e de 40% (n=8) do G2, com deficiência desse micronutriente. O restante das entrevistadas teve resultados dentro da faixa de normalidade, que foram respectivamente, de 60% (n=12%) no G1 e de 55% (n=11) no G2 ($p=0,99$). Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos (Figura 3).

Figura 3 – Resultados da análise das Vitaminas A, K, E e C das participantes dos grupos Clínico (G1, n=20) e de Comparação (G2, n=20) que apresentaram alteração em uma clínica particular especializada, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Notas: Teste exato de Fisher. Somente a vitamina E apresentou diferença estatística entre os grupos com **p=0,02***

Fonte: Próprio autor.

Os resultados para os minerais ferro, zinco, cobre e magnésio são apresentados na Figura 4, dos quais têm os seguintes valores de referência (VR) de acordo com a SBPC, sendo: para ferro (60 a 160 ui), zinco (70 a 120ui); cobre (80 a 155ui), magnésio (1,7 a 2,4ui). Para o mineral ferro (Fe), os grupos G1 e G2 apresentaram valores bem similares. No G1 com 30% (n=6) e 25% (n=5) no G2, com deficiência do mineral. As demais participantes do G1 com 70% (n=14) e do G2 75% (n=15) obtiveram resultados normais. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos (p=0,99) (Figura 4).

Quanto ao mineral zinco, os resultados dos exames laboratoriais apontaram similaridade entre os valores nos grupos G1 e G2, apresentando alterações no exame (deficiência do mineral) em 15% (n=3) das participantes no G1 e 5% (n=1) do G2. O restante (de ambos os grupos) tiveram resultados na faixa de normalidade, sendo de 85% (n=17) no G1 e no G2 com 95% (n=19). Não houve diferenças estatísticas (p=0,61) (Figura 4).

Os resultados laboratoriais do cobre demonstraram valores próximos entre os grupos G1 e G2, com 35% (n=7) no G1 e G2 com 30% (n=6) com deficiência do mineral. As demais integrantes do G1, o que corresponde a 65% (n=13) e do G2 que foi de 70% (n=14) apresentaram resultados dentro da faixa de normalidade. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos (p=0,09) (Figura 4).

Para o magnésio, os resultados apontaram alterações nos exames das participantes do G1 em 10% (n=2) e 20% (n=4) do G2, com deficiência do mineral. As participantes que apresentaram resultados dentro da normalidade foram de 90% (n=18) no G1 e de 80% (n=16) no G2 (p=0,66); portanto, não se apontou diferença significativa entre os grupos (Figura 4).

Os resultados de urina de rotina demonstraram uma predisposição à infecção urinária nas participantes do G1, de 50% (n=10) e no G2 de 20% (n=4). As demais entrevistadas (dos grupos G1 e G2) obtiveram resultados normais, sendo de 50% (n=10) e 80% (n=16), respectivamente. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos (p=0,10) (Figura 4).

Figura 4– Resultados da análise dos Minerais ferro, zinco, cobre, magnésio e urina de rotina das participantes dos grupos Clínico (G1, n=20) e de Comparação (G2, n=20) de uma clínica particular especializada, Ribeirão Preto/SP, 2016.

Notas: Teste exato de Fisher.

Fonte: Próprio autor.

5.3 Caracterização da Imagem Corporal

Verificou-se que 80% (n=16) no G1 e 55% (n=11) no G2 estavam insatisfeitas com o peso atual. Entretanto, não foi encontrada uma associação entre os grupos, com p=0,18. Quanto ao desejo de perder peso (kg) com resultados descritos anteriormente (Tabela 8), notou-se que 75% (n=15) das participantes no G1 e 45% (n=9) no G2, declararam querer perder peso. Os valores da média da perda de peso “desejada” pelas participantes do G1, foi de $8,2 \pm 3,65$ e do G2 foi de $8,11 \pm 7,08$. A Tabela 9 indica a média, DP, mínimo, mediana e máximo de redução de peso desejada em Kilogramas (Kg).

Tabela 9 – Redução de peso desejado pelas mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Grupo	Peso (Kg)					
	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Comparação	09	8,11	7,08	3	5	20
Clínico	15	8,2	3,65	2	8	15

Nota: Teste exato de Fischer; p=0,64.

Fonte: próprio autor.

O Estado Nutricional das participantes do G1 e G2 baseou-se no questionário de caracterização da amostra (APÊNDICES C e D) elaborados pela pesquisadora, de acordo com parâmetros de graduação (leve, moderado e severo) de preocupação com o Estado Nutricional, conforme o IMC e baseado nos critérios da (WHO, 2000). Para tanto, também se verificou o grau de preocupação com o EN entre as participantes, no qual, 10% (n=2) do G1 apresentavam preocupação leve com o EN; ainda neste grupo, observou-se que 30% (n=6) das participantes tinham preocupação em grau moderado e o restante das entrevistadas, 60% (n=12), apresentaram grau severo de preocupação.

No G2, 30% (n=6) das participantes encontravam-se em grau moderado e 70% (n=14) em grau severo de preocupação com o EN. Não foi encontrada diferença significativa estatística entre os valores dos grupos. Os resultados na Tabela 10 representam os níveis de preocupação com o EN das participantes (p=0,64).

Tabela 10 – Frequência de nível de preocupação com o Estado Nutricional de acordo com o IMC de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Grau de preocupação com Estado Nutricional	Grupos		Total
	Clínico G1(n %)	Comparação G2 (n %)	
LEVE	02 (10)	00 (00)	2
MODERADO	06 (30)	06 (30)	12
SEVERO	12 (60)	14 (70)	26
Total	20 (100)	20 (100)	40 (100)

Nota: Teste exato de Fischer; p=0,64.

Fonte: próprio autor.

No G1, 100% (n=20) das participantes relataram que estavam insatisfeitas com a sua aparência, em oposição a 40% (n=8) do G2. Quanto ao tempo de insatisfação com a própria aparência, a análise dos resultados constatou que 70% (n=14) das participantes do G1 mostraram-se insatisfeitas desde a infância/adolescência, assim como, 25% (n=2) das participantes do G2. Ressalta-se uma Frequência de *missing* de 60% (n=12) mulheres do grupo de Comparação que não responderam à questão, portanto, não foi possível identificar se estas

estavam há muito ou pouco tempo (in) satisfeitas com a sua aparência. Foi encontrada diferença significativa estatística entre os grupos ($p=0,04^*$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Frequência de tempo de insatisfação com a aparência de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, $n=20$) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, $n=20$), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Tempo de insatisfação com aparência	Grupos		Total
	Clínico G1(n %)	Comparação G2 (n %)	
Muito tempo (infância/adolescência)	14 (70)	02 (10)	16
Pouco tempo (vida adulta)	06 (30)	06 (30)	12
Total	20 (100)	08 (100)	28

Nota: Teste exato de Fischer; $p=0,04^*$. Frequência de *Missing* =12.

Fonte: próprio autor.

Quando questionadas se a insatisfação com a aparência lhes causavam incomodo em aspectos da vida (emocional, sexual, social) verificou-se que não houve diferença entre os grupos G1 e G2 no que se refere ao(s) incômodo(s) relacionado(s) aos aspectos emocional, sexual e social. No grupo clínico, das 20 mulheres participantes, apenas duas optaram por não responder a esta questão, já no grupo de comparação, 18 participantes não responderam a esta questão, gerando frequência *missing* em ambos os grupos.

Das 18 participantes do G1 que responderam a estas questões, 27,78% ($n=5$) se sentiam insatisfeitas em relação aos aspectos emocionais, já no G2, das duas participantes que responderam, 50% ($n=1$) se incomodavam com tal aspecto. No que se refere aos campos conjugal e social, nenhuma participante do G2 manifestou insatisfação, e no G1, 5,56% ($n=1$) declararam preocupação com o aspecto conjugal e 5,56% ($n=1$), com o social; 61,11% ($n=11$) das participantes do grupo Clínico responderam estar insatisfeitas com todos os aspectos questionados. Não se encontrou diferença significativa entre os grupos ($p=0,99$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das frequências absoluta e relativas referentes à insatisfação com a aparência em diferentes aspectos (emocional, sexual, social e todos os aspectos), de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, $n=20$) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, $n=20$), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Insatisfação com a aparência em variados aspectos da vida das participantes	Grupos		Total
	Clínico G1 (n %)	Comparação G2 (n %)	
EMOCIONAL	5 (27,78)	1 (50,00)	6
SEXUAL	1 (5,56)	0 (00,00)	1
SOCIAL	1 (5,56)	0 (00,00)	1
TODOS	11 (61,11)	1 (50,00)	12
Total	18	2	20

Nota: Teste exato de Fisher $p=0,99$.

Fonte: próprio autor.

Quanto à insatisfação com outras regiões (não relacionadas à suposta cirurgia), têm-se que, do total de solicitantes de CPE, 40% (n=8) estavam insatisfeitas com outras regiões do corpo, que correspondem respectivamente: participante 1 (face e braço); 2 (pernas, braço e abdômen); 3 (nariz); 4 (abdômen); 6 (orelha e abdômen); 7 (pernas, braço, glúteo, face); 10 (coxa) e 18 (braço e pernas) (Quadro 1).

Quadro 1 – Procedimentos a serem realizados x outras regiões de insatisfação (não relacionadas à cirurgia), de mulheres solicitantes de CPE, no período pré-operatório (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada de Ribeirão Preto/SP, 2016

Participantes G1 (n=20)	Procedimento cirúrgico (a ser realizado)	Outras regiões de insatisfação (não relacionadas à cirurgia)
1	1 e 2	face/braço
2	1 e 3	pernas/braço/ abdômem
3	1	nariz
4	3	abdômem
5	3 e 2	abdômem/flancos/culote/costas
6	1	orelha/ abdômem
7	1 e 2	perna/braço/gluteo/face
8	2	abdômem
9	1 2 3	abdômem
10	1	coxa
11	2	abdômem
12	1	mama
13	1	mama
14	1 e 2	mama/ abdômem
15	1 e 2	abdômem /mama
16	1	mama
17	1 e 2	mama/ abdômem
18	1 e 2	braço/pernas
19	1	mama
20	3	abdômem /flancos

Nota: procedimento 1 (mama); procedimento 2 (abdômem); procedimento 3 (lipoaspiração).

Fonte: próprio autor.

A Tabela 13 trata dos resultados das comparações da aplicação do Inventário de Esquema de Aparência (ASI-R) entre as participantes dos grupos G1 (n=20) e G2 (n=20): no que se refere à saliência Autoavaliativa (SAA), uma vez que esta é considerada disfuncional quando o indivíduo apresenta crenças e preocupações exacerbadas com a sua aparência, e o quanto a aparência influencia na vida do indivíduo. Neste contexto, não houve diferença entre G1 e G2 ($p=0,08$). Já na motivacional, encontrou-se uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,01^*$), ou seja, as pacientes do G1 eram excessivamente zelosas e preocupadas com sua aparência, investindo mais em sua IC, contudo, esta saliência não necessariamente indica um investimento disfuncional, ao contrário, a mesma pode ser benéfica ao indivíduo.

Tabela 13 - Medidas descritivas expressas por mediana (mínimo–máximo) e as comparações dos resultados da Escala ASI-R de mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Escala ASI	Clínico G1 (n=20)	Comparação G2 (n=20)	Valor-p*
SAA (Disfuncional)	3,58 (1,33-4,67)	2,71 (1,33 - 4,83)	0,08
Motivacional	3,88 (2,75-5,00)	3,31 (1,75 - 5,00)	0,01*

Nota: *Teste de *Mann-Whitney*. Teste não-paramétrico (não expresso por média e Desvio Padrão).

Fonte: próprio autor.

A seguir, são apresentados os Gráficos de *Box-Plot* para melhor visualização dos dados da Escala ASI (Figura 5).

Figura 5 - Gráficos *Box-Plot* da escala ASI-R entre os grupos em relação à escala ASI-R, de mulheres no período pré-operatório para CPE do grupo Clínico (G1, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (G2, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Nota: Variabilidade dos dados G1 < G2, logo os valores da pontuação do G1 > G2 na SM

Fonte: próprio autor.

Quanto aos resultados referentes ao Questionário de Escalas Multi-dimensional sobre as Relações com o Próprio Corpo (MBRSQ-AS), dividido em quatro subescalas (satisfação com aparência geral, SAG; satisfação com áreas do próprio corpo, SAC; preocupação com sobrepeso, OS, e auto classificação do peso, ACP), foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos na subescala satisfação com aparência geral (SAG) ($p < 0,05^*$) e na subescala de preocupação com sobrepeso (PS), sendo que as participantes do G1 apresentaram maiores valores quando comparadas às do G2 ($p < 0,01^*$). Não foi encontrada diferença entre os grupos nas demais subescalas: satisfação com áreas do corpo ($p = 0,08$) e auto-classificação de peso ($p = 0,10$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Questionário de escalas multi-dimensional sobre as relações com o próprio corpo (MBRSQ-AS), em mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto/SP, 2016.

Escala MBRSQ-AA	Clínico G1 (n=20)	Comparação G2 (n=20)	Valor-p*
SAG	3,07 (1,57-4,71)	3,57 (1,00 - 4,71)	<0,05*
SAC	3,11 (1,89 – 4,44)	3,44 (1,56 - 4,78)	0,08
PS	3,63 (2,00 - 5,00)	2,63 (1,00 - 4,00)	<0,01*
ACP	3,75 (2,00 -4,50)	3,00 (2,00 - 5,00)	0,10

Nota: *Teste de Mann-Whitney. Variabilidade dos dados G1<G2, sendo os valores G1> G2, para as escalas SAG e PS

Fonte: próprio autor.

A seguir, são apresentados todos os gráficos de *Box-Plot*, com os respectivos valores, para melhor visualização dos dados de cada grupo obtidos pela aplicação da escala MBSRQ-AS (Figura 6).

Figura 6 - Gráficos *Box-Plot* dos dados obtidos pela aplicação da escala MBSRQ-AS entre mulheres no período pré-operatório para CPE (grupo Clínico, n=20) em uma clínica particular especializada e de mulheres que não tinham interesse em realizar CPE (grupo de Comparação, n=20), Ribeirão Preto, SP.

Notas: (A) $p < 0,05$ e (C) $p < 0,01$.

Fonte: próprio autor.

A sub escala do MBSRQ-AS de satisfação com a aparência geral, representada na Figura 6a, apresentou diferenças estatísticas importantes entre os grupos G1 e G2, sendo os valores do G1 maiores que os do G2 ($p < 0,05$). No que se refere à preocupação com o sobrepeso (PS) referente a figura 6c, também foi observada uma diferença estatística significativa entre os grupos, sendo G1 com maior escore que G2, $p < 0,01^*$. Por fim, nas subescalas de satisfação por área do corpo (SAC) e auto-classificação de peso (ACP), respectivamente, representadas nas Figuras 6b e 6d, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos G1 e G2.

Em suma, os resultados relacionados à caracterização da amostra apontaram que no grupo clínico (G1), a maioria das participantes eram solteiras e apresentavam maior preocupação com o sobrepeso e obesidade, estavam insatisfeitas com a sua IC há mais tempo (desde infância e a adolescência) que o grupo de Comparação (G2). Durante o período de maior insatisfação houve tentativas de mudanças de comportamentos alimentares seguindo *blogs*, revistas, utilização de dietas da moda e aplicativos para *tablets* e celular. Observou-se também que das entrevistadas, 50% eram casadas e 50% solteiras e não faziam acompanhamento nutricional realizado com nutricionista. Foi constatado no grupo clínico, um nível severo de preocupação das participantes com o seu EN (IMC), com maior investimento nas crenças sobre a IC, alto uso de psicotrópicos e acompanhamento psicoterapêutico. Em relação ao G2, apresentaram estado de eutrofia, eram mais satisfeitas com a sua IC em relação ao G1, não apresentaram mudanças de comportamentos alimentares (nos últimos 30 dias), não faziam acompanhamento nutricional (com nutricionista), apresentaram leve nível de preocupação com o EN (IMC), não investiam na mesma proporção em crenças relacionadas à IC, não utilizavam psicotrópicos ou faziam acompanhamento psicoterapêutico.

Portrait de Femme- Amedeo Modigliani

Discussão

6 DISCUSSÃO

Do total de cirurgias realizadas nas participantes do grupo Clínico na clínica particular de cirurgia plástica, destacou-se uma proximidade dos resultados obtidos em cirurgia de uma única região (Mamoplastia de aumento, 30%, n=6) e associação de duas áreas diferentes e combinadas (Mamoplastia com Abdominoplastia, 35%, n=7), apresentando uma pequena diferença entre ambas. Dessa maneira, este estudo apontou uma equivalência na procura de cirurgias combinadas com outra região ou locais específicos.

Segundo Avelar (1999) e Saldanha et al. (2003), foram desenvolvidas algumas técnicas associadas, como por exemplo, a desinserção e rebaixamento do umbigo, dentre outras, que anteriormente eram consideradas condutas de risco e, por este motivo, não poderiam ser realizadas. Acreditava-se que este procedimento comprometia a nutrição da pele e que poderia ocasionar a necrose do tecido do abdômem. Dessa forma, tornou-se viável a cirurgia combinada de abdômem com lipoaspiração, com poucos casos relatados de morbidade e infecção (ASSUMPÇÃO, 2012). Como citado anteriormente, o desenvolvimento e o avanço de técnicas seguras na especialidade da anestesiologia e novas substâncias anestésicas, contribuíram para o aumento e a segurança do tempo cirúrgico, assim como, a viabilização das cirurgias combinadas.

O estudo de Garcia et al. (2013), realizado em uma clínica particular de Ribeirão Preto-SP, com 26 mulheres que se encontravam no período pós-operatório da CPE, constatou que as três cirurgias mais realizadas foram a mamoplastia (28,84%), dermolipectomia de abdômen (23,13%), lipoaspiração (17,30%), além de outros procedimentos analisados. Tais dados vêm ao encontro dos resultados apontados no presente estudo.

Quanto aos procedimentos mais realizados pelas participantes do G1 neste estudo, observou-se resultados bem próximos às pesquisas nacionais e mundiais, conforme dados apontados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2014). O *ranking* das principais cirurgias realizadas no país aponta a lipoaspiração (20%) e a mamoplastia de aumento (20%) em primeiro lugar, seguidas pela abdominoplastia (12%). Estes procedimentos foram os que mais predominaram nas pesquisas sobre a imagem corporal em diferentes contextos socioculturais (AMARAL; FORTES; FERREIRA, 2011; CORIDDI et al., 2013; GIUGLIANI et al., 2013; MATTEI et al., 2015a; MCCARTHY et al., 2012; MOTA, 2016; SAARINIEMI et al., 2015; SANTE; PASIAN, 2011).

De acordo com a American Society of Aesthetic Plastic Surgery (2015), no Brasil as principais CPEs realizadas no ano foram: a lipoaspiração (182.765 mil), mamoplastia de

aumento com silicone (158.950 mil), a blefaroplastia (143.165 mil) e a abdominoplastia (131.120 mil). Em âmbito mundial, manteve-se o mesmo *ranking*, sendo a lipoaspiração (1.394.5889 milhões), a mamoplastia de aumento com silicone (1.311.129 milhões), a blefaroplastia (1.264.702 milhões) e a abdominoplastia (758.590 milhões). Os Estados Unidos, o Brasil e a Coreia do Sul foram apontados como os primeiros países da lista com maior índice de CPEs realizadas no mundo.

No que se refere a caracterização da amostra, em particular, a faixa etária, a média das participantes do G1 foi de 35,85 anos, o que corrobora com os dados estatísticos apontados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2014), segundo a qual, 38% dos pacientes que se submeteram aos procedimentos plásticos estão na faixa etária entre 19 a 35 anos; em seguida tem-se 33,9% com 36 a 50 anos, conforme apontou a pesquisa da SBCP.

Schlebusch e Levin (1983) investigaram 30 solicitantes de mamoplastia de aumento por meio do questionário *Beck Depression Inventory* (BDI). Os resultados apontaram uma similaridade com o presente estudo, em relação à idade das participantes, uso de psicotrópicos e tratamento psiquiátrico. Este estudo apontou uma média de idade de 34,5 anos; 55% eram donas de casa; 30% divorciadas e 10% solteiras; 40% já experienciaram um tratamento psicoterapêutico e 55% mencionaram uso abusivo de medicamentos psicotrópicos e associados ao consumo de álcool, por fim, 20% tinham histórico psiquiátrico (SIMMONS DE PAULA, 2016).

Com relação ao estado civil das participantes da presente pesquisa, 55% das pertencentes ao G1 eram solteiras. Ressalta-se, ainda, que há uma escassez de dados na literatura que relacionam o estado civil com a demanda e busca pela CPE. No entanto, destaca-se o estudo de Laus (em andamento⁴), o qual tem como hipótese que homens e mulheres solteiros valorizam e investem mais em sua aparência com o objetivo de tornarem-se mais atraentes para busca de relacionamentos amorosos. Com o surgimento do Viagra (pílula da virilidade), os homens priorizavam sua sexualidade em detrimento à sua aparência, indicando apenas 30% de busca por Cirurgia Plástica Estética; no entanto, as mulheres, no ano 2000, representavam 95% das solicitantes com o objetivo de se tornarem mais belas e joviais. Sugere-se que os homens se importam mais com a sua virilidade, em contrapartida, as mulheres buscam a atratividade (CÔRTEZ; CASTELLÓN; BOCK, 2000).

⁴ LAUS, M.F. **Investimento psicológico disfuncional na aparência**: seriam os relacionamentos amorosos fatores de proteção?. 2016. 79f. Relatório (Pós-Doutorado em Ciências) – Programa de Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

A demanda por CPE aumentou consideravelmente e, em 2004, segundo levantamento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), realizaram-se 627 mil cirurgias no país. Quanto ao sexo dos solicitantes, as mulheres foram a maioria, num total de 402 mil, em relação a 52 mil homens, sendo a cirurgia mais realizada a de implantes de silicone (96 mil cirurgias) e de lipoaspirações, que ultrapassaram 91 mil procedimentos realizados no mesmo ano (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Schlebusch e Levin (1983) também identificaram os principais incentivos para a busca da mamoplastia de aumento, destes 75% das participantes desejavam uma melhora da IC, 55%, melhora da qualidade da relação no aspecto sexual, 50% por influência da mídia e 50% de amigos, nas quais, 75% desejavam uma maior aceitação social. As mulheres mais jovens apresentam exigências e padrões estéticos mais elevados; uma possível explicação seria pautada em aspectos filogenéticos, pelos quais a necessidade de ser desejada e atraente serve para fins de reprodução, conforme reforçam Ostovich e Rozin (2004).

Quanto à classe econômica e grau de instrução, verificou-se no presente estudo que 50% das participantes do grupo Clínico pertenciam às Classes econômicas A e B, e 95% possuíam ensino superior completo. Tais dados podem ser associados aos perfis das pacientes que procuram CPE em serviço particular e demonstram maior poder aquisitivo. Em Sante e Pasian (2011), 35% das solicitantes eram da Classe A2. Já Mota (2016) constatou que 46,67% das entrevistadas pertenciam à Classe econômica B e 43,33% à Classe A, o que é similar ao perfil de classificação econômica de participantes neste estudo. Para Miranda et al. (2012), os indicadores socioeconômicos, como nível de escolaridade, classe social e renda são determinantes no estilo de vida das pessoas e, conseqüentemente, influenciam nas escolhas e comportamentos alimentares, pois, geralmente, estas têm mais acesso à informações e recursos para cuidarem-se. Contudo, têm se observado um aumento pela busca de CPE nas classes C e D, visto as facilidades de acesso e pagamento.

Na dissertação de Mazzei (em andamento)⁵, o autor observou que quanto maior a renda familiar, maior será a correlação com o sobrepeso, a obesidade e o consumo de alimentos calóricos e não saudáveis. O autor estabeleceu o índice de sobrenutrição estadual (ISE) dos indivíduos nas unidades federativas do Brasil (26 estados e o Distrito Federal), com o objetivo de mensurar o consumo excessivo de nutrientes. Tal índice consistiu numa combinação de vários indicadores nutricionais da população dos estados do Brasil: taxa de obesidade e sobrepeso em jovens, consumo de alimentos altamente calóricos e não saudáveis como

⁵ Pesquisa de Mestrado em desenvolvimento por Rodrigo Mazzei, junto ao Programa de Psicobiologia – Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP.

refrigerantes, doces, toucinhos, refeições industrializadas, embutidos, entre outros. Ao correlacionar a renda *per capita* das vinte e sete unidades federativas com o ISE, o pesquisador verificou uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($R = 0,72$; $p < 0,001^*$).

Em 2015, o país enfrentou uma crise financeira, no entanto, o mercado da beleza e principalmente da CPE conseguiu resistir bravamente crescendo acima da inflação. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2015), os números de novos procedimentos estéticos cirúrgicos cresceram 10% ao ano. Uma pesquisa realizada no Ceará com mulheres de classe média elegeu a CPE em terceiro lugar na lista de desejos. O cirurgião plástico Nery (membro da SBCEP) afirmou que a CPE se tornou mais acessível atualmente, e por este motivo, resiste à crise financeira (TREIGHER, 2015).

De acordo com a World Health Organization (2010), estima-se que, no país, 25 a 50% dos pacientes que buscam atendimentos médicos sofrem de algum transtorno psiquiátrico ou neurológico, com predominância no sexo feminino, das quais 90% das pacientes fazem uso de medicamento psicotrópico e antidepressivo (BREITING et al., 2004; LÉPINE; BRILEY, 2011; SARWER et al., 2004; SIMMONS DE PAULA, 2016). É importante ressaltar que nem todos os indivíduos diagnosticados com transtornos depressivos ou de ansiedade têm condições de aderir integralmente à terapia, pois estes podem apresentar um alto índice de desistência por fatores financeiros, preconceito e tabus, pelos fortes efeitos colaterais da droga, dificuldade de acesso ao profissional de saúde na rede pública e ausência de apoio familiar (BROWN et al., 2005; CANTRELL, 2006; LÉPINE; BRILEY, 2011; SILVA, 2005; SIMMONS DE PAULA, 2016).

Neste estudo, observou-se uma maior prevalência de acompanhamento psicoterapêutico pelas mulheres do G1 e utilização de medicamentos psicotrópicos, com uma significativa diferença entre o grupo Clínico e o de Comparação (G1 maior que G2) e ($p=0,02^*$) para uso de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos ou ansiolíticos). Diversos estudos apontaram a média de 20% de pacientes com distúrbios psiquiátricos e 18% dos pacientes solicitantes e submetidos à CPE que utilizavam medicamentos psicotrópicos (JAVO; SORLIE, 2010; McGRATH, 2007; ROHRICH, 2007; SARWER et al., 2003). Dessa forma, os estudos supracitados estão de acordo com os resultados de caracterização da amostra desta pesquisa.

Um dos primeiros estudos científicos que correlacionou a CPE com distúrbios psiquiátricos ocorreu em 1940-1950 pelos pesquisadores Hill e Silver (1950), que seguiam a linha psicanalítica e identificaram pacientes com fortes traços neuróticos e/ou narcisistas. O estudo longitudinal realizado por Hollyman et al. (1986) no período pré-operatório com 11 solicitantes de cirurgia de mama verificou perfis psiconeuróticos disfuncionais, tais como:

distorção da IC e baixa autoestima. Após seis meses do pós-operatório, as pacientes apresentaram um alívio do sofrimento relacionado à distorção da IC, com o aumento da autoconfiança e atratividade. Contudo, não se observou melhora nos quadros de ansiedade, depressão e sentimentos negativos (SIMMONS DE PAULA, 2016).

Schlebusch e Mahrt (1993) e Ohjimi et al. (1988) enfatizam a necessidade do cirurgião plástico trabalhar em parceria com um psicoterapeuta, devido à alta prevalência de pacientes com indícios de alterações psicológicas, sendo uma hipótese confirmada pelo estudo realizado com vinte pacientes que buscavam a CPE para cirurgia de aumento de mama, no qual, 95% destas mostraram sinais e sintomas depressivos, e 20% apresentavam um quadro de depressão grave no momento dos citados estudos.

A CPE pode ser um fator desencadeador de sintomas psicológicos em alguns pacientes com psicopatologias, conforme apontou a pesquisa de Rankin et al. (1998), ao verificar que as alterações psicológicas predominaram em relação às complicações físicas dos entrevistados, ao apresentarem estados psicológicos disfuncionais no período pré-operatório, e mostraram-se mais suscetíveis às complicações psicológicas no período pós-operatório. Os distúrbios psiquiátricos mais comuns em pacientes que se submetem à CPE, além do quadro depressivo, são a angústia, agressividade, esgotamento físico e mental, ameaça e perseguição, ações legais, assassinato e suicídio (SIMMONS DE PAULA, 2016).

Na ausência de bom senso, cabe ao cirurgião recusar esses abusos e neuroses, encaminhando para uma avaliação psicoterapêutica (CÔRTEZ; CASTELLÓN; BOCK, 2000). Para se ter uma noção da magnitude dos delírios de pacientes com crenças e investimentos disfuncionais de comparação com outros indivíduos, foi relatado um caso no jornal o Estado de São Paulo, de uma mulher de 32 anos, com 1,60m e 42kg que aumentou dois números do seu sutiã. Após o procedimento, ao menos três de suas amigas, ao verem o resultado de sua cirurgia, tomaram coragem e resolveram fazê-lo neste mesmo período (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Outro caso relatado na Revista Isto é (revista de veiculação nacional) foi de uma jovem de 20 anos, que realizou uma lipoaspiração na região do abdômem e relatou que houve uma significativa melhora em sua autoestima, o que contribuiu para aumentar seu grau de exigência em relação à escolha dos parceiros. Contudo, os próprios médicos acreditam nas distorções delirantes de beleza comprada, ressaltando que a CPE não faz milagres, como por exemplo, uma modelo carioca, Rosane Braga, que extraiu duas costelas para ter o corpo da boneca Barbie (CÔRTEZ; CASTELLÓN; BOCK, 2000).

Estudo realizado pela National Health e Wellness (2014) com 140.086 milhões de brasileiros que apresentavam condições ou quadros psiquiátricos, tais como: ansiedade, déficit de atenção, distúrbio bipolar, depressão generalizada, distúrbio obsessivo compulsivo, distúrbio do *stress* pós-traumático, esquizofrenia e distúrbio de ansiedade social apontou que 60% das mulheres (de 18 a 65 anos) apresentavam diagnóstico autorreferido de depressão e 65% foram diagnosticadas por profissionais especialistas em saúde mental. Quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos, 17% somente utilizavam-nos com prescrição médica, 29% faziam dietas alternativas, consumo de alimentos funcionais, suplementos e medicações compradas sem prescrição médica, 12% associavam prescrição médica e terapias alternativas e 42% não faziam uso de medicação, 13% preferiam a automedicação a buscar prescrição médica e 55% realizaram mudanças de estilo de vida com o objetivo de não utilizar medicamentos (NATIONAL HEALTH AND WELLNESS, 2014).

Com a insatisfação, podem ocorrer complicações e/ou resultados subjetivos e irreais esperados pela paciente; assim, tem sido comum a execução de processos judiciais, como aponta a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica em 2016, a qual verificou o crescimento de números de processos judiciais, reclamados por pacientes que alegaram danos morais e consequências, as quais incluíam insatisfação, dor física, dano estético, diminuição ou perda da sensibilidade, assimetrias ou infecções. Da totalidade de processos reclamados em juízo, 60,78% sofreram danos estéticos, 9,14%, infecção, 4,33% tiveram complicações cirúrgicas (necrose, tromboembolia venosa), dentre outras (CANAL; SANTOS, 2016).

O número de demandas judiciais por erro médico vem aumentando, sendo estas resultantes do descontentamento de pacientes em relação à sua expectativa (subjetiva) não coincidir com os resultados alcançados, embora, na maioria dos casos, os procedimentos estejam tecnicamente corretos. A atual Jurisprudência Brasileira responsabiliza civilmente os cirurgiões plásticos quando não conseguem atingir o objetivo específico e determinado (resultados inestéticos e complicações). Por outro lado, a insatisfação não necessariamente caracteriza erro médico, pois se deve levar em consideração alguns fatores como: o cuidado pós-operatório que o paciente deve seguir (pautado na literatura médica), reações imprevisíveis (ou não) do corpo do paciente, orientação pré-operatória e informação dos riscos e benefícios do procedimento na relação médico-paciente (CANAL; SANTOS, 2016).

A cirurgia plástica sofre ataques de outras especialidades da Medicina e, por este motivo, reforça-se importância do paciente em verificar se o médico é membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e buscar conhecer o trabalho e os resultados do profissional escolhido (CANAL; SANTOS, 2016).

Simmons de Paula (2016) afirma que tanto as escolas formadoras de cirurgiões plásticos, quanto os pacientes, acreditam que a CPE reestabelece a autoconfiança e saúde mental; porém, os cirurgiões têm certa dificuldade em reconhecer os sintomas psiquiátricos, provavelmente por não terem uma ênfase neste aspecto durante sua formação acadêmica. A grande maioria dos cirurgiões pode ter experiências insatisfatórias relacionadas à autopercepção do paciente, mesmo que tecnicamente o resultado esteja satisfatório.

Cabe ressaltar que o fator psicológico pode interferir na fisiologia da ferida operatória, e consequentemente desencadear uma evolução insatisfatória também sob o ponto de vista cicatricial.

O estudo de Vaeroy, Juell e Hoivik (2003) verificou um grande percentual (de 1,5 a 2,5 vezes maior) de diagnóstico de depressão em pacientes cirúrgicos, e correlação com altos níveis séricos de cortisol (devido ao *stress*) que alteravam o tempo de cicatrização, sendo maior que o esperado. Com este aumento (cortisol) causado pelo *stress*, há uma inibição da produção das citocinas inflamatórias (primeira fase do processo de cicatrização pós-lesão), a qual prejudica a síntese proteica e o processo de reepitelização. Outro fator agravante são os distúrbios do sono (igualmente causados pelo *stress*) que alteram a produção de substâncias que podem interferir no processo de reparação celular, comprometendo a reparação do tecido lesado (EBRECHT et al., 2004).

De acordo com De Paula et al. (2016), o índice de Transtornos Depressivos (TD) em pacientes que se submetem à CPE varia entre 20 a 70%. A incidência de TD entre os pacientes cirúrgicos indica grande disparidade, num intervalo que pode variar de 3 a 90% dos casos; e de 13 a 32% quando comparados à população em geral (BHUGRA; MASTROGIANN, 2004; HONIGMAN; PHILLIPS; CASTLE, 2004; ROHRICH, 2007; SARWER et al., 2003; SHRIDHARANI et al., 2010; SLADE, 1994).

O apoio familiar e a inserção social do indivíduo permitem uma boa evolução do processo cirúrgico, lembrando que é frequente a presença do estresse em pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos. A melhor conduta nestes casos seria a adoção de medidas para controle do estresse, esperando-se que, por se tratar de um procedimento eletivo, o cirurgião recuse o procedimento e aguarde o reestabelecimento afetivo-emocional do indivíduo. Detillion et al. (2004) realizaram um estudo com ratos socializados, comparando-os com ratos solitários e observaram que a socialização estimula a produção de ocitocina, responsável pela estabilidade dos níveis de cortisol e a melhora na velocidade de cicatrização. Dessa maneira, concluíram que a solidão interfere negativamente sobre a cicatrização.

Simmons de Paula (2016) aponta uma maior prevalência no sexo feminino pela busca por CPE, de forma simultânea com o crescente diagnóstico de transtornos depressivos (TD) no mundo, o que torna indispensável um entendimento pelo médico, que possibilite uma melhor compreensão e detecção de possíveis traços de distúrbios comportamentais dos pacientes.

No que concerne à realização de estratégias de emagrecimento das participantes deste estudo, aquelas do G1 afirmaram fazer uso de dietas do tipo restritivo e sem acompanhamento nutricional, enquanto que as participantes do G2 não fizeram mudanças alimentares e não apontaram diferenças significativas estatisticamente, $p=0,30$. Tais resultados corroboram com o estudo de Garcia et al. (2013) que também encontrou uma inadequação dos macros e micronutrientes na dieta das entrevistadas. É muito comum que as mulheres neste período do pré-operatório façam dietas do tipo restritivo com baixa ingestão energética por indicações de terceiros e/ou dietas veiculadas pela mídia, sem acompanhamento profissional.

O estudo de Garcia et al. (2013) também identificou um déficit na ingestão energética diária das participantes, ao analisar a (in)adequação de macro e micronutrientes (conforme RDA) por meio do Questionário de frequência alimentar e Valor Energético Total (VET), mediante o Recordatório de 24 horas, baseado na fórmula de Harris-Benedict, corrigida pelos fatores de atividade, estresse e fator térmico, sendo: menos que 1000 calorias/dia, 11,54%; de 1000 a 1200 calorias/dia, 23,08%; 1200 a 1400 calorias/dia, 11,54%; 1400 a 1600 calorias/dia, 26,92%, e mais que 1600 calorias/dia, 26,92%.

Segundo Rodrigues, Soares e Boog (2005), felizmente se tem observado no país um aumento pela busca de orientação nutricional nos últimos anos; entretanto, não há registro ou documentação oficial sobre este acréscimo e sua extensão, seja na rede básica de saúde (SUS) ou em clínicas particulares (WITT; SCHNEIDER, 2011). Painter, Rah e Lee (2002), ressaltam a necessidade de uma conscientização sobre a importância do nutricionista e nutrólogos para estimular hábitos de vida saudáveis e alimentares adequados, de forma a prevenir déficits nutricionais, exageros alimentares, adoção de dietas da moda e automedicação (WITT; SCHNEIDER, 2011).

Para Neutzling (2007) e Santos (2005), os hábitos e comportamentos alimentares são embasados em contextos socioculturais, político-econômicos e religiosos, uma vez que tais elementos são alicerces para a promoção de Educação Nutricional e práticas alimentares saudáveis. No entanto, as pesquisas científicas para a discussão sobre sua abrangência e limitações, em particular, nas situações em que o indivíduo será submetido à CPE ainda são escassas.

Outra situação comum, observada em consultórios particulares de CPE, é de pacientes que apresentam peso inadequado (sobrepeso ou obesidade), ansiedade e preocupação relacionadas ao peso, e creem que a CPE será capaz de solucionar tal incômodo. Da mesma forma, não é incomum que alguns desses pacientes ansiosos e imediatistas possam encontrar cirurgiões sem a devida especialização, que aceitem tal situação. Equivocadamente, o paciente crê que o procedimento também servirá para aumentar a sua motivação e perda de peso, sendo que um procedimento como, por exemplo, a lipoaspiração ou a abdominoplastia, promovem perda ínfima do peso corporal. Em contrapartida, o aceite ou recusa ao paciente depende do perfil do cirurgião. Neste contexto, há um conflito de interesses, no qual, a cirurgia, obviamente interessante para ambos, pode apresentar riscos e complicações, bem como um resultado estético insatisfatório em relação ao contorno corporal, além das possíveis demandas judiciais. De acordo com uma pesquisa realizada no Distrito Federal pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, dos médicos demandados judicialmente com resultados insatisfatórios, 52,38% não possuíam título de especialidade em CPE (CANAL; SANTOS, 2016).

Neste contexto, é necessário lembrar que ao se submeter à CPE, o indivíduo tem uma necessidade energética aumentada para a prevenção do catabolismo provocado pelo *stress* metabólico, de um processo inflamatório sistêmico (devido à cirurgia). O evento cirúrgico provoca alterações fisiopatológicas e bioquímicas típicas da resposta ao trauma, sendo a característica mais evidente a tal resposta, o estado hiperdinâmico ocasionado pelo aumento da velocidade do fluxo sanguíneo (incremento do débito cardíaco-taquicardia) e redução da resistência vascular (BOTTONI; BOTTONI; RODRIGUES, 2005).

O fluxo sanguíneo prioriza os órgãos nobres e os tecidos lesados ou com reação inflamatória, ao mesmo tempo em que acontece o débito cardíaco e o fluxo sanguíneo no tecido, onde ocorre um acréscimo no transporte e distribuição de oxigênio para compensar a necessidade deste gás aumentado de diversos órgãos. Neste quadro, há um aumento do consumo de O₂ para suprir as células, sendo que essas reações oxidativas geram calor, caracterizando o quadro de hipermetabolismo. Sendo assim, com a hiperventilação pulmonar tem-se uma tentativa de eliminação do CO₂ produzido em excesso que, associado à hipoxia, pode desencadear complicações, como por exemplo, a insuficiência respiratória aguda (IRA) (BOTTONI; BOTTONI; RODRIGUES, 2005).

Com o dispêndio de gasto energético, no estado de hiperdinamismo, há o aumento da temperatura corporal do paciente por alterações no centro termorregulador do Sistema Nervoso Central (SNC) com a dispersão de calor, e também expansão do volume do líquido extracelular (relacionada com a quantidade de água e sódio total corpóreos). O hipermetabolismo é

proporcional ao tamanho e extensão da lesão, com o incremento do gasto energético generalizado envolvendo todos os tecidos do organismo, o que indica um aumento da oxidação (queima dos substratos energéticos), por alterações de origem neuroendócrinas e imunobiológicas. Neste período, é comum observar um aumento do peso corpóreo do paciente (após alterações do volume extracelular) que pode ocultar a perda de massa magra (BOTTONI; BOTTONI; RODRIGUES, 2005).

Os mediadores glucagon, adrenalina e cortisol ampliam a disponibilidade de lipídeos (lipólise) para liberarem ácidos graxos livres, como um substrato preferencial para a musculatura esquelética. Estas mobilizam aminoácidos utilizados para a síntese hepática das proteínas de fase aguda, para a gliconeogênese e síntese de células do sistema imunológico e para cicatrização dos tecidos danificados. Ocorre, no pós-operatório de CPE, um incremento de gasto energético provocado pelas alterações metabólicas de macronutrientes, neuroendócrinas e imunobiológicas (BOTTONI; BOTTONI; RODRIGUES, 2005).

Durante esse processo hipermetabólico, exige-se um aumento da ingestão de energia, assim como a necessidade de nutrientes específicos para a cicatrização e homeostase. Neste momento, ressalta-se a importância de uma intervenção nutricional adequada com o objetivo de evitar uma evolução insatisfatória do evento cirúrgico (BAHL, 2003).

A oferta de glicose é de fundamental importância para garantir a manutenção de substratos energéticos aos tecidos glicose-dependentes e SNC (BOTTONI; BOTTONI; RODRIGUES, 2005). Deste modo, é de suma importância uma ingestão energética adequada para evitar a utilização de proteínas como fonte de energia, resultando em uma perda de massa magra ou, em casos mais agudos, a desnutrição proteico-calórica (BAHL, 2003).

Uma ingestão insuficiente ou problemas associados à má absorção de macro e micronutrientes e comorbidades associadas podem acarretar complicações cirúrgicas (em diferentes graus). As complicações e quadros pós-operatórios mais comuns são: o edema, seroma (líquido retido, resultante da exsudação do tecido), equimose (extravasamento de sangue), hematoma (manchas roxas na pele causadas pelo entumescimento de sangue, fibrose e necrose do tecido; as mais incomuns e de maior gravidade são a trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) (DI MARTINO et al., 2010; ROCHA; BUENO DE PAULA, 2014). A prevalência do seroma após a CPE pode variar até 60% e na abdominoplastia a variação ocorre em até 30% dos casos (ARANTES et al., 2009; BAROUDI; FERREIRA, 1998; DI MARTINO et al., 2010; HAFEZI; NOUHI, 2002; ROCHA; BUENO DE PAULA, 2014).

O seroma pode ser entendido como um distúrbio do extravasamento da linfa (fluido seroso) acumulada no panículo adiposo no tecido manipulado. Este se inicia pela manipulação

das camadas da pele (descolamento do retalho), resultando em um intenso quadro inflamatório, o qual fica represado no espaço virtual ocasionado pelo trauma. Ainda nesta sequência, também ocorre um aumento da ação fibrinolítica durante este processo de cicatrização que requer a adequação da vitamina K (DI MARTINO et al., 2010; HAFEZI; NOUHI, 2002; OLIVEIRA et al., 2008; ROCHA; BUENO DE PAULA, 2014).

O hematoma, que também acontece comumente no pós-operatório, trata-se da formação de coágulos originados por fluidos extravasados, infiltrados em camadas da pele que apresentam menor resistência e/ou na região da ressecção da pele. Estes coágulos tamponam os canais e capilares linfáticos, podendo ocasionar o alargamento da borda da ferida e predispondo-a a maiores complicações, como por exemplo, a deiscência. Neste caso, com a abertura dos pontos, juntamente com esse quadro inflamatório, facilita-se a entrada de microorganismos predeterminando um quadro infeccioso de risco (CARVALHO; BORGES, 2011; MERRIL, 2004).

Carvalho e Borges (2011) avaliaram uma amostra de 22 pacientes portadores de ferida cirúrgica abdominal e pélvica complexa, na faixa etária de 22 a 79 anos em um ambulatório de um hospital. Da amostra total, 63,6% apresentaram deiscência na área operada, com desenvolvimento de infecção; ressalta-se que houve com maior prevalência nas mulheres com sobrepeso ou obesidade. O sobrepeso e obesidade são fatores que predispõem a um desenvolvimento de infecções, uma vez que ocorre a deiscência e a infecção; esses fatores são responsáveis pela formação da ferida complexa.

A Trombose Venosa Periférica (TVP) é a complicação de maior seriedade em qualquer paciente cirúrgico, pelo motivo se formação de um coágulo de sangue; normalmente ocorre nos membros inferiores (pernas), devido ao estado de repouso que o paciente se encontra após a cirurgia, podendo ocorrer em quaisquer contextos em que o indivíduo permaneça por muito tempo sem se movimentar. Este coágulo pode desprender-se e obstruir os vasos pulmonares, causando a embolia pulmonar (EP). A EP é um quadro grave, que acomete pacientes com maior predisposição à TVP e de alta incidência em pacientes que apresentam anteriormente algum destes sintomas e sinais, respectivos com histórico de tabagismo, obesidade, alterações vasculares (varizes), idosos, usuárias de anticoncepcional ou que realizam reposição hormonal, ou ainda, indivíduos submetidos a cirurgias de longa duração (CANAL; SANTOS, 2016).

É importante destacar que não é de rotina ou protocolo nos consultórios de CPE, a realização de todos os parâmetros avaliados neste estudo, o que reforça a sua importância, pela necessidade de maior aprofundamento e cuidado neste aspecto.

No tocante ao Estado Nutricional do grupo Clínico, a maioria das participantes do G1 apresentava sobrepeso e obesidade. Estes resultados reforçam os dados encontrados no relatório de estado global, realizado pela World Health Organization (2014), que apontou 52,80% de mulheres adultas (>18 anos) com sobrepeso, segundo o IMC (kg/m²), indicando um problema de saúde pública mundial (PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION, 2016). Quanto à classificação de composição corporal (conforme Lohman, 1992) das participantes desta pesquisa, verificou-se, no grupo Clínico, 95% estavam com obesidade e também estavam acima da média de porcentagem de gordura. Nestes dados foi encontrada uma diferença estatística significativa ($p=0,04^*$).

Primeiramente, é importante destacar a diferença entre o sobrepeso e a obesidade, pois são conceitos adotados erroneamente como sinônimos. Apesar de ambos apresentarem riscos, o sobrepeso diz respeito ao acréscimo de peso ou acúmulo de gordura acima da faixa de normalidade, já a obesidade tem relação com um acúmulo excessivo de gordura corporal e que oferece riscos de morbidades, conforme aumenta-se o grau de obesidade (CARVALHO, 2005).

Anteriormente, o tratamento para a obesidade se baseava apenas na restrição calórica; no entanto, após inúmeras pesquisas, descobriu-se que, além de um plano alimentar individual e atividade física, há a necessidade de uma mudança de estilo de vida. Estas mudanças de caráter comportamental não se limitam somente à perda de peso, sobretudo, também para sua manutenção. Indivíduos que perdem 5 a 10% do peso corporal inicial apresentam maiores chances de favorecer sua saúde em curto e médio prazos, com a diminuição dos efeitos das comorbidades (doenças crônicas não transmissíveis) relacionadas com a obesidade (ABESO, 2016; ANDERSEN et al., 1995; ANDERSON; KONS, 2001; GOLDSTEIN, 1992).

No estudo de Mota (2016) foram avaliadas mulheres solicitantes de CPE no pré e pós-operatório que, independentemente do IMC, apresentaram percentuais altos de gordura corpórea, o que corrobora com os resultados deste estudo: das 20 candidatas (100%) do grupo Clínico, 30% ($n=6$) eram eutróficas e somente para 16,6% indicou-se percentual de gordura na média; o restante possuía percentuais de gordura acima da média. A gordura localizada em regiões específicas define as formas do corpo, o que não necessariamente corresponde a um baixo percentual de gordura; no entanto, regularmente indivíduos eutróficos podem apresentar um percentual de gordura acima da faixa de normalidade.

O aumento do percentual de gordura, principalmente na região abdominal, está correlacionado ao risco de desenvolvimento de DCNTs (REZENDE et al., 2010) que influenciam na evolução da cirurgia ou de complicações cirúrgicas. Gupta et al. (2016) verificaram elevada prevalência de complicações no pós-operatório, como infecções,

tromboembolismo venoso, problemas respiratórios em obesos quando comparados aos pacientes eutróficos. A cicatrização pode sofrer influência por infecção em mulheres obesas que foram submetidas à mamoplastia e abdominoplastia, o que indica forte correlação entre obesidade e susceptibilidade a inflamações (CHEN et. al, 2010; NEAMAN; HANSEN, 2007).

A obesidade é uma patologia pró-inflamatória, decorrente do excesso de células adipócitas que liberam mediadores inflamatórios (citocinas, fator alfa de necrose tumoral e interleucinas), capazes de provocar ou agravar resultados inestéticos que podem acarretar em prejuízos no sucesso da cirurgia. O excesso de peso leva à resistência à insulina, liberando ainda mais mediadores inflamatórios, que estão altamente relacionados ao comprometimento vascular, estresse oxidativo e carência nutricional para reparação da cicatriz (AZEVEDO; PUJOL, 2011; GUPTA et al., 2016).

Mota (2016) comparou o EN, as atitudes alimentares e IC de candidatas à CPE (mamoplastia de aumento, lipoaspiração e abdominoplastia) entre grupo Clínico (GE) e as que não buscavam os procedimentos cirúrgicos no grupo de Comparação (GC). Quanto à classificação do EN, apontou que 55% do GE e 40% do GC eram eutróficas, e o restante, de ambos os grupos, apresentava IMC acima da faixa de normalidade, sendo de 43,3% no GE e 60% no GC. Quanto aos resultados de sobrepeso e obesidade, houve 30% no GE e 15% no GC, das quais, 8,30% do GC e 13,3% do GE realizavam dietas com acompanhamento nutricional. As pacientes que optaram por não realizar acompanhamento nutricional faziam dietas por conta própria do tipo restritivo (*low carb*), uso de *shakes Herbalife®* e dieta de Dukan® (dieta hiperproteica) (MOTA, 2016). O perfil das participantes do estudo de Mota (2016) traz similaridades em relação às principais cirurgias, ao EN, à adoção de dietas do tipo restritivo, destacando uma minoria das participantes que eram assistidas por nutricionista.

Vários estudos têm apontado um índice expressivo de sobrepeso e obesidade em pacientes solicitantes de CPE, o que corrobora com os resultados encontrados no presente estudo (CORIDDI et al., 2013; GIUGLIANI et al., 2013; MOTA, 2016; SANTE; PASIAN, 2011; SAARINIEMI et al., 2015). Diversos autores consentem acerca das múltiplas causas que favorecem o sobrepeso e a obesidade, sendo elas, ambientais, endócrinas, genéticas, socioculturais e psicológicas (COUTINHO; DUALIB, 2006).

O impacto nas mudanças de hábitos alimentares urbanos é reflexo da globalização, que contribuiu para as transformações comportamentais dos indivíduos e com o processo da industrialização, o tempo escasso dos indivíduos, a mídia, e o fácil acesso aos alimentos processados, com custo relativamente baixo contribuem para uma dieta “afluente” (rica em calorias, gordura e açúcares simples), baseada na praticidade alimentar (DIEZ GARCIA, 2003).

Desde 1990, os alimentos ultraprocessados aumentaram dramaticamente a sua participação no mercado e houve, no mesmo período, uma redução dos alimentos minimamente processados ou *in natura*, o que confere um declínio da qualidade nutricional da dieta brasileira e estilo de vida inadequado (LOUZADA et al., 2015). Neste sentido, o ideal seria maior comprometimento das políticas públicas e segmentos da sociedade civil no confronto de interesses corporativos, favorecendo a saúde coletiva, por intermédio de condutas regulatórias que promovam a cultura da alimentação saudável (GOMES; CASTRO; MONTEIRO, 2010).

Garcia et al. (2013) avaliaram o EN por meio de Questionário (com frequência alimentar) e aplicação de Recordatório de 24 horas em 26 pacientes em uma clínica particular especializada de Ribeirão Preto-SP, e constatou que a maioria era eutrófica (61,54%), 27% tinham obesidade grau I e 11,50% com obesidade grau II. Concluiu-se que, embora, as participantes apresentassem uma maior preocupação com os padrões estéticos do corpo e fossem eutróficas, apresentavam deficiências nutricionais e consumo calórico abaixo das suas necessidades. Desta forma, os resultados do estudo reforçam a importância de uma ingestão adequada às necessidades energéticas e de nutrientes essenciais para contribuir no processo de cicatrização e evitar futuras complicações. Particularmente, os resultados do estudo de Garcia et al. (2013) motivaram a continuidade e o aprofundamento do presente estudo, destacando a relevância entre a Imagem Corporal, Estado Nutricional e Cirurgia Plástica. Consequentemente, pode-se inferir que a relação entre EN e imagem corporal permanece um campo pouco conhecido (CORDÁS, 2005; GARCIA et al., 2013; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006).

A atuação do nutricionista é essencial para uma avaliação global do paciente, por meio de instrumentos, como: anamneses, recordatórios de 24 horas, questionário de frequência alimentar (QFA), inquéritos alimentares, aferições antropométricas, e, quando necessário, a solicitação de exames bioquímicos, com o objetivo de diminuir os riscos cirúrgicos, preparando o paciente para enfrentar o procedimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013).

O acompanhamento do paciente inclui uma alimentação balanceada (com macro, micronutrientes e calorias adequadas) e condutas direcionadas a cada indivíduo para uma boa evolução, pois neste período ocorrem alterações metabólicas (edema, aumento dos níveis séricos de glicose, proteólise e elevação da taxa metabólica basal) e um intenso processo inflamatório do organismo decorrentes do trauma cirúrgico. Tais cuidados contribuem para a cicatrização das lesões e diminuição de riscos e complicações no pós-operatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013). A maior preocupação do nutricionista no período perioperatório são os riscos de desnutrição, a qual pode agravar a evolução do

paciente. Dietas do tipo restritivo, desequilibradas nutricionalmente e sem monitoramento profissional podem desencadear prováveis quadros de desnutrição e uma eliminação massiva de peso, resultando na perda de massa magra, aumento da flacidez muscular, com maior predisposição a complicações no período perioperatório (CORREIA, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013).

O emagrecimento gradual acompanhado pelo nutricionista promove uma redução do percentual de gordura, antes mesmo do procedimento, e contribui de forma imprescindível para maior satisfação do indivíduo. A redução de gordura corporal, por meio das técnicas de cirurgias combinadas de lipoaspiração e abdômem, tem o objetivo de proporcionar um melhor contorno corporal, lembrando que o volume permitido de aspiração é de 5 a 7% do peso (40% da superfície total) (CORREIA, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013).

Cabe salientar que a cicatrização demanda nutrientes específicos, de acordo com as etapas do processo inflamatório. Na primeira fase (homeostasia), há constrição vascular e formação de fibrina, a qual demanda vitamina K e cálcio para promover a coagulação e evitar hemorragias; a segunda fase (Inflamatória) é onde há a infiltração de neutrófilos, monócitos e linfócitos e a diferenciação de macrófagos. Por meio da fagocitose, eles impedem naturalmente possíveis infecções e, neste período, torna-se importante o consumo de zinco, e de alguns outros nutrientes, como ômega-6, L-arginina, L-glutamina e maltodextrina que auxiliarão na reparação da ferida e proliferação celular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013).

No terceiro estágio de cicatrização ou de proliferação, ocorre a reepitalização, angiogênese, síntese de colágeno, e formação da matriz extracelular, sendo necessária a ingestão de vitamina A, zinco, L-arginina, colágeno hidrolisado (L-prolina/L-glicina/L-hidroxiprolina/L-arginina), vitamina C, vitamina E, ferro, L-cisteína, selênio, triptofano, L-aurina, L-glutamina, magnésio, ômega-3, maltodextrina, simbióticos), para reepitalização e síntese do colágeno. E, por fim, há o remodelamento do colágeno, concomitantemente à maturação celular e regressão dos vasos sanguíneos, sendo necessária a adequação do consumo de carotenóides (vit. A) e zinco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013).

No tratamento peri-operatório das CPE, assim como em qualquer outro procedimento cirurgico, torna-se essencial o acompanhamento dietético realizado por nutricionista, para prevenir e detectar possíveis carências de macro e micronutrientes. No caso dos macronutrientes, identificar se há uma possível desnutrição energético-proteica e, se necessário,

o paciente deve reduzir seu peso antes da cirurgia, para diminuir a gordura corporal, de forma gradual e monitorada para obter maiores chances de um bom prognóstico. Os micronutrientes são um dos fatores que contribuem para a qualidade da cicatrização, além dos aspectos genéticos, ambientais e de estilo de vida (SILVA; TELLES; BARRICHELLO, 2013).

No pós-operatório deve-se atentar às alterações do processo inflamatório intenso, sobretudo, em pacientes que apresentem quadros de sobrepeso e obesidade. Nestes, a hipertensão pode interferir no equilíbrio hidroeletrólítico e favorecer o edema, assim como o aumento dos níveis séricos de glicose, proteólise e elevação da taxa metabólica basal, sendo necessário o acompanhamento dietoterápico e plano alimentar específico (SEBROECK; SUZUKI, 2013).

Para reduzir o *stress* pós-cirúrgico, a conduta dietoterápica, realizada pelo nutricionista clínico (especialista), o qual pode recomendar alimentos antioxidantes e antiinflamatórios, encontradas em uma alimentação saudável e balanceada e que contribuem para a liberação de citocinas pró-inflamatórias e prevenção de possíveis danos celulares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO E ESTÉTICA, 2013). Os antioxidantes obtidos pela dieta são indispensáveis para a defesa do organismo contra a oxidação e, portanto, exerce importante papel na manutenção da saúde, e estes previnem dos danos provocados pelos Radicais Livres (RL) (NEDEL, 2005; ROSS et al., 2009).

Para evitar que ocorra o estresse oxidativo, é imprescindível que haja um equilíbrio entre radicais livres e antioxidantes no nosso organismo. Por isso, é de extrema importância o consumo de vitaminas antioxidantes na nossa alimentação e, através destes, evita-se que ocorram os danos provocados pelo desequilíbrio de excesso de RL (NEDEL, 2005; MACHADO, 2013; STEINER, 2002).

Rana et al. (1992) identificaram que complicações operatórias tinham menor incidência em pacientes que faziam o consumo de suplementos alimentares no pré-operatório, prescritos de acordo com seu EN e com base em exames bioquímicos, o que reforça a importância da solicitação de exames laboratoriais, diante de suspeita de uma ingestão inadequada de macro e micronutrientes. A terapia nutricional deve ser aplicada nos períodos pré e pós-operatórios, uma vez que a correção da desnutrição é essencial para uma melhor obtenção de resultados e redução de complicações futuras no pós-operatório de mortalidade (WALSH, 2001).

As pacientes que procuram CPE geralmente estão insatisfeitas com a sua IC, e a maioria realiza dietas sem uma orientação adequada, com alta restrição de calorias e nutrientes, promovendo uma perda massiva de peso (em um curto período de tempo), pois crê, de forma leiga, que está zelando por sua imagem e saúde e, conseqüentemente, está apta a enfrentar o

procedimento cirúrgico. Neste sentido, se reforça a importância do nutricionista para realizar uma avaliação clínica e nutricional e, também, a solicitação de exames bioquímicos para uma investigação mais criteriosa: exames laboratoriais anteriores (e atuais), anamnese e histórico do paciente que possam contribuir para a definição do prognóstico.

No presente estudo, tanto as participantes do G1 quanto do G2 declararam o desejo de perder peso (kg), o que ilustra que Coqueiro et al. (2008), ao analisarem 256 universitários, não identificaram associação entre IMC e insatisfação com a IC. A maioria dos indivíduos, independente da classificação do EN, apresentavam insatisfação com o tamanho e forma corporais. Vê-se então que a insatisfação independe do tamanho e forma corporais e IMC.

Neste estudo, para a realização de um diagnóstico mais preciso, das reais condições do EN e geral do paciente, foi complementada a investigação, por meio dos exames laboratoriais bioquímicos de sangue e urina, pois o EN é um fator essencial que interfere no reparo das feridas provocadas pela cirurgia, e exerce influência na proliferação e manutenção dos tecidos na homeostase (estado saudável). Dessa forma, pressupõe-se que a nutrição tem um papel fundamental no reparo dessas lesões no processo de cicatrização (BAHL, 2003). A pele tem papel importante na autoestima, nas relações sociais e na qualidade de vida do ser humano (SCOTTI; VELASCO, 2003).

A análise laboratorial do coagulograma é frequentemente realizada nas solicitantes de CPE para avaliar distúrbios hemorrágicos devido a algum desequilíbrio no mecanismo de cascata de coagulação, o qual pode acarretar riscos de trombose ou hemorragia pré-operatória. Mesmo porque, estas complicações são facilmente identificadas na literatura em CPE (trombose profunda e embolia pulmonar); igualmente o uso de anticoncepcionais ou reposição hormonal são fatores de risco para a trombose. O coagulograma abrange vários testes de forma simultânea, como: tempo de coagulação (TC), tempo de sangramento (TS), prova do laço (PL), tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPA). Essa gama de testes auxilia uma análise ampla da hemostasia, apontando deficiências quanti e qualitativas plaquetárias, danos vasculares, déficit de fatores de coagulação, inibidores específicos (anti-VIII) e inespecíficos da coagulação (anticoagulante lúpico) (BARUZZI; KNOBEL, 1996; KAMAL; TEFFERI; PRUTHI, 2007; REINISCH et al., 2001; SILVA; HASHIMOTO, 2006; SILVA; TELLES; BARRICHELLO, 2013). Neste estudo foram utilizados dados parciais do coagulograma, que fazem parte do protocolo da clínica particular de CPE, sendo eles, o TC, TS e TP.

Os dados de hemograma e coagulograma completos das participantes do G1 estavam de acordo com os parâmetros de normalidade e um indivíduo do G2 apresentou alteração no exame

de hemograma, indicando anemia (microcitose e hipocromia). Quanto ao lipidograma, observou-se que 70% das participantes do G1 apresentaram valores normais; contudo, 30% do G1 e 25% do G2 obtiveram resultados da fração HDL alterados, indicando o parâmetro abaixo do VR, menor que 40mg/dl, sendo o recomendado pela SBPC maior que 60mg/dl.

A cirurgia plástica pode alterar o estado geral do paciente, de acordo com os estudos de Matarasso, Swift e Rankin (2006) averiguou o perfil lipídico e hemograma completo dos pacientes que realizaram lipoaspiração e abdominoplastia e identificaram uma queda na hipercolesterolemia no pós-operatório e uma diminuição na contagem de leucócitos oriundos de causas metabólicas dos procedimentos realizados.

O estudo da National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) apontou alterações do perfil lipídico, com a diminuição do HDL, além de incremento do colesterol total (em particular, o LDL), demonstrando a importância do diagnóstico e tratamento da obesidade e de distúrbios lipídicos, simultaneamente e previamente à CPE (CARVALHO, 2005).

Quanto aos resultados da glicemia em jejum, as participantes do G1 estavam com parâmetros na faixa de normalidade; no G2 apenas uma participante indicou hiperglicemia. A glicose é um constituinte preferencial durante o reparo da ferida e a formação da substância base (fase fibroblástica da cicatrização). Células como os leucócitos e fibroblastos envolvidos na cicatrização não podem ser utilizados sem a quantidade de glicose suficiente (LONG, 1979). Sebroek e Suzuki (2013) relataram que o diabetes associado à obesidade interfere no processo de cicatrização, consequente da utilização inadequada de glicose. A carência dos carboidratos pode acarretar na má-formação de glicoproteína e glicolipídeos necessários na cicatrização. No entanto, o excesso de carboidrato, principalmente de cereais refinados, pode causar prejuízos na cicatrização, resultando em uma maior predisposição às infecções e complicações pós-cirúrgicas provenientes da queda da imunidade (GORE et al., 2001).

Neste estudo, a creatinina sérica apresentou valores normais no G1 e apenas uma participante do G2 indicou um nível levemente aumentado. A creatinina é um marcador para avaliação da função renal: quando seu nível sérico aumenta significa que houve uma queda no ritmo de filtração glomerular. É o produto da degradação muscular que decorre de um quadro de subnutrição e/ou estados de hipercatabolismo, sendo que, nestas condições, a sua excreção aumenta (MIRANDA et al., 2012). Já os valores de níveis séricos abaixo de 0,5 indicam uma menor quantidade de massa muscular e que podem refletir em desnutrição e comprometimento hepático (CORREIA, 2001).

No que se refere à Albumina, apenas uma participante no G1 apresentou alteração dos níveis séricos (deficiência), e o restante das participantes em ambos os grupos teve resultados

dentro da faixa de normalidade. Neste caso, a paciente pode apresentar maiores chances de um quadro de edema no período pós-operatório e uma maior suscetibilidade às infecções e inflamações, assim como, pode também indicar um quadro de subnutrição proteico-calórica. Ressalta-se que a albumina é importante para avaliar o EN, a capacidade renal e síntese hepática de tal proteína, assim como para a manutenção da pressão coloidosmótica, sendo uma proteína carreadora de Zn, Mg, Ca, ácidos graxos e hormônios (COZZOLINO; MICHELAZZO, 2009; MIRANDA et al., 2012; SILVA; TELLES; BARRICHELO, 2013; VANNUCCHI; UNAMUNO; MARCHINI, 1996).

O EN anterior à cirurgia (pré-operatório) trata-se de um fator de grande importância no processo de cicatrização, uma vez que alterações metabólicas (fisiológicas, bioquímicas e endócrinas) decorrentes da subnutrição podem interferir no reparo da ferida operatória e estas, associadas ao estresse cirúrgico, podem acarretar desordens no metabolismo de proteínas e energia, retardando a cicatrização (BAHL, 2003).

No presente estudo, foram identificadas duas pacientes no G1 e uma no G2 com baixo nível sérico de ferritina circulante. A ferritina é uma glicoproteína responsável pelo armazenamento (estoque) do mineral Fe no organismo. Quando há queda no nível sérico de ferritina, tem-se um forte indicador de anemia ferropriva. O paciente com anemia e que se submete à CPE, poderá ter um agravamento desta, pois relaciona-se com a hipoxia (má oxigenação dos tecidos) e, conseqüentemente, ter dificuldades na regeneração do tecido lesado (BATISTA FILHO; SOUZA; BRESSONI, 2008; SANTOS, 2009; TEFFERI, 2003).

O mineral ferro exerce uma função essencial na manutenção e cicatrização dos tecidos, por ser responsável pela formação da hemoglobina e também necessário para a síntese do colágeno, por meio da hidroxilação da prolina e lisina. No tocante à cicatrização, é responsável pela formação do tecido conjuntivo (colágeno) na fase fibroblástica; conseqüentemente, na sua ausência, a anemia se estabelece podendo interferir no processo de cicatrização (BAHL, 2003). Também participa do grupamento heme da hemoglobina, portanto, está totalmente envolvido no transporte do oxigênio e na composição de enzimas no ciclo de Krebs, na formação de antioxidantes e síntese do DNA. O ferro no corpo humano é apresentado em sua maior parte, por volta de 60 a 70%, na forma de hemoglobina, 10% mioglobina e outros compostos heme (catalase e citocromos, 0,1%), os quais são ligados à transferrina e os 20% a 30% restantes, estocados na forma de ferritina. O valor de referência para as mulheres é de 37 a 170mg/dl (SANTOS, 2009).

Neste estudo foi realizada uma avaliação dos micronutrientes, em particular, das vitaminas A, K, E e C por meio do exame de sangue, com o objetivo de averiguar os estoques

destas nas participantes de ambos os grupos. De acordo com Santos e Oliveira (2014), os exames bioquímicos apontam fortes indícios sobre a importância das vitaminas e suas funções para a proteção, regeneração e correção da pele.

Dos resultados para a vitamina A (retinol e carotenóides) nesta pesquisa, observou-se que cinco mulheres com hipovitaminose no G1 e apenas uma com hipervitaminose no G2. Esta vitamina é lipossolúvel e encontrada predominantemente no fígado, sua absorção dá-se no intestino, juntamente com os lipídeos da dieta (RONCADA, 1998). A mesma realiza a manutenção da córnea e de células epiteliais, aumentando a proliferação de fibroblastos, modulação da diferenciação e proliferação celular, aumento na síntese de colágeno e defesa do organismo (imunidade), além de ser um poderoso antioxidante que contribui para a formação e estimulação da microcirculação cutânea (AKASURA; CASTRO; TOMITA, 2006; CATANIA; BARROS; FERREIRA, 2009; PENTEADO, 2003; SANTOS; OLIVEIRA, 2014; SCOTTI; VELASCO, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ESTÉTICA, 2013; STEINER, 2002; YUYAMA et al., 2009; WHITNEY; ROLFES, 2008a).

Foi encontrado em Garcia et al. (2013) uma inadequação na ingestão de vitamina A pelas participantes do estudo, abaixo do valor de referência. As vitaminas A e C apresentam maior demanda no processo de cicatrização da pele e ferimentos (ANDRETTI, 2009). A hipovitaminose pode produzir alterações na pele, como o seu espessamento (hiperceratose folicular); já a hipervitaminose é tóxica ao organismo (RONCADA, 1998).

Foi encontrada deficiência de vitamina K neste estudo em três participantes do G1, e no G2 todas apresentaram resultados normais. Esta vitamina atua principalmente na coagulação sanguínea, sendo fundamental para evitar hemorragias que, dependendo da gravidade, podem levar a óbito. A mesma é sintetizada no trato gastrointestinal por bactérias, e, quando sintetizada, é absorvida e armazenada no fígado. Sua deficiência pode estar relacionada a problemas de má absorção intestinal; portanto, os indivíduos que sofrem desta deficiência necessitam de suplementação (BAHL, 2003; WHITNEY; ROLFES, 2008a). Também exerce importante função na fase inflamatória da cicatrização, promovendo a coagulação normal através da síntese de protrombina e fatores de coagulação, fundamentais para a manutenção dos tecidos. A sua deficiência pode causar sangramento excessivo e hematomas (BAHL, 2003).

De todas as vitaminas investigadas neste estudo, a vitamina E foi a única que apontou diferença entre os grupos, indicando que os valores estavam alterados em seis participantes do G1 com carência do micronutriente, e no G2 indicaram resultados dentro da faixa de normalidade. Ambos os grupos apresentaram um grau estaticamente significativo ($p=0,02^*$).

A vitamina E é o principal antioxidante capaz de inibir a ação de RL, também exerce múltiplas funções e por ser uma vitamina lipossolúvel requer lipídeos para ser absorvida. A sua deficiência não é comum, entretanto, pode acontecer em pacientes com problemas de má-absorção de gordura (danos na membrana celular), baixa ingestão de fontes de vitamina E, deficiência genética ou na proteína transportadora de alfa-tocoferol (BATISTA; COSTA; PINHEIRO-SANTANA, 2007; BRIGELIUS-FLOHÉ et al., 2002; GALLAGHER, 2010; SANTOS; OLIVEIRA, 2014).

Pensando nos resultados encontrados na presente pesquisa, algumas possíveis hipóteses podem explicar a deficiência primária de vitamina E: pode ser causada por uma ingestão deficiente, ou ainda, quando associada às doenças de má absorção de gordura (fibrose cística), pode haver uma deficiência de ácido ascórbico no organismo, pois este é responsável pela regeneração do tocoferol por meio da recuperação da glutathione reduzida (SCOTTI; VELASCO, 2003; WHITNEY; ROLFES, 2008a). Também se destacam outra possível hipótese, que pode ter influenciado na carência desta vitamina: uso de medicamentos disabsortivos com o intuito de eliminar até 30% da gordura ingerida. Esta vitamina auxilia na proteção do DNA e na redução da peroxidação lipídica (morte celular) e comprometimento da matriz extracelular da pele (proteoglicanos, colágeno e elastina); faz a manutenção da membrana celular, evitando danos contra a destruição oxidativa e é também fator de proteção da vitamina A, ou seja, são codependentes (MACHADO, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ESTÉTICA, 2013; WHITNEY; ROLFES, 2008a).

A principal função da vitamina E é impedir o prosseguimento da oxidação lipídica, conservando a célula e sua membrana lipoprotéica, evitando a formação de RL (hidroperóxidos), desempenhando uma excelente ação antioxidante (CATANIA; BARROS; FERREIRA, 2009; SHILS et al., 2009). Penteado (2003) ressalta que essa oxidação pode acarretar intensos processos inflamatórios, como doenças reumáticas, genéticas, plaquetárias, cardiovasculares e câncer, o que pode favorecer riscos e complicações no pós-cirúrgico de CPE. Por último, a vitamina E também pode ter sua função potencializada pela ação da vitamina C (ácido ascórbico), a qual recupera a glutathione reduzida durante o processo oxidativo (SCOTTI; VELASCO, 2003). Vitolo (2008) afirma que não há estudos que indiquem as quantidades adequadas para função *anti-aging*, abrindo possibilidades para outras pesquisas nesta área.

Neste estudo, a vitamina C (ácido ascórbico) apresentou resultados similares para ambos os grupos, sendo nove participantes do G1 e oito no G2 com deficiência do micronutriente. Essa vitamina é proveniente da ingestão de frutas e vegetais *in natura*, atuando inibindo a diminuição da atividade enzimática (glutathione peroxidase e a superóxido dismutase),

as quais retardam, neutralizam e eliminam do organismo os radicais livres. Esta também atua juntamente com o betacaroteno promovendo um efeito benéfico sobre eritemas (CATANIA; BARROS; FERREIRA, 2009; PENTEADO, 2003; SANTOS; OLIVEIRA, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ESTÉTICA, 2013; WHITNEY; ROLFES, 2008a; WILD et al., 2010). O valor de recomendação diária é facilmente atingido pelo consumo de frutas e vegetais frescos (PENTEADO, 2003; SANTOS; OLIVEIRA, 2014; SHILS et al., 2009).

A vitamina C é também precursora na síntese de colágeno e elastina (proteínas de sustentação da pele), uma vez que esta é requerida no processo de hidroxilação dos aminoácidos lisina e prolina, que constituem um componente da molécula de colágeno. Essa hidroxilação requer oxigênio, alfa-cetoglutarato e ferro, que são cofatores que agem juntamente com a lisil e a prolil hidroxilase; portanto, a ausência de vitamina C prejudica a formação de colágeno, que é essencial para o funcionamento das células e estrutura do tecido conjuntivo; assim, tal deficiência caracteriza uma anormalidade no processo de cicatrização (BAHL, 2003; MANELA-AZULAY et al., 2003; SANTOS; OLIVEIRA, 2014; STRUTZEL et al., 2007). Outra importante função exercida é resistência a infecções do sistema imunológico, por meio da fagocitose e a função dos neutrófilos normais (BAHL, 2003).

Os resultados encontrados no estudo de Garcia et al. (2013), citado anteriormente, corroboram com os resultados referentes à vitamina C do presente estudo, pois esses autores verificaram uma ingestão inadequada (insuficiente) de vitamina C nas pacientes que se submeteram à CPE, com valores abaixo do recomendado pela RDA. Dessa forma, vê-se que é comum haver deficiências de vitamina C, visto que o consumo de frutas, verduras e legumes nem sempre é atingido de forma adequada (ANDRETTI, 2009; MANELA-AZULAY et al., 2003; PENTEADO, 2003; SANTOS; OLIVEIRA, 2014; SHILS et al., 2009; STRUTZEL et al., 2007).

Umas das primeiras pesquisas no campo científico, realizada em 1940 por um médico cirurgião, submeteu os pacientes à privação do consumo de vitamina C; no decorrer dos três primeiros meses a pele dos participantes cicatrizou normalmente. Entretanto, após seis meses do experimento (de privação desta vitamina), foram identificados por meio de biópsias do tecido, sintomas de má cicatrização, demonstrando a ausência de colágeno. Desta maneira, iniciou-se uma suplementação diária de vitamina C para investigar o comportamento da cicatrização. Posteriormente, as biópsias foram repetidas, quando foi detectado incremento do colágeno e formação de capilares (angiogênese). Esses achados histológicos permitiram o

reconhecimento de que a depleção de vitamina C está associada à ínfima deposição de colágeno, decréscimo da angiogênese e hemorragias (ANDRETTI, 2009).

Em suma, as vitaminas mais reconhecidas na literatura com ação antioxidante são a vitamina A, C e E, responsáveis pela integridade da pele e prevenção do envelhecimento. Contudo, ainda não há um consenso sobre o consumo alimentar e as doses estabelecidas e recomendadas (SANTOS; OLIVEIRA, 2014).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 houve uma significativa redução no consumo de alimentos hortifruti na dieta dos brasileiros, em todos os segmentos da população, assim como uma deficiência dos micronutrientes que afetaram aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. A pesquisa ainda apontou uma inadequação das quantidades diárias recomendadas das vitaminas E, A, C e D, além de cálcio e magnésio, na faixa etária de 19 a 59 anos (homens e mulheres), onde as mulheres são a maioria, indicando 80% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Os microminerais presentes no corpo humano, e assim nomeados, são imprescindíveis em quantidades ínfimas. Para se ter uma noção da quantidade necessária, e que possa suprir as necessidades diárias do organismo, o equivalente a uma colher de sopa destes microminerais seria suficiente para realizar as funções vitais. Cabe ressaltar que a deficiência ou excesso podem ser fatais. Por este motivo, é fundamental que exista uma adequação no fornecimento destes minerais para a manutenção da saúde (WHITNEY; ROLFES, 2008b).

No tocante ao mineral ferro (Fe), os grupos G1 e G2 apresentaram valores bem próximos (deficiência do mineral) em seis participantes no G1 e cinco no G2. Lembrando que o ferro é um mineral que exemplifica uma ameaça à saúde, seja em sua escassez (anemia) ou o seu excesso (BEARD; CONNOR, 2003).

Na literatura tem-se discutido a importância do Fe para uma boa evolução da cicatrização por meio da hidroxilação de prolina e lisina (síntese de colágeno); porém, não há ensaios clínicos que avaliam os benefícios da suplementação (via oral) de ferro. No entanto, alguns estudos observaram que níveis baixos de ferro, selênio e zinco têm correlação com úlceras por pressão (WHITNEY; ROLFES, 2008b).

A deficiência do ferro pode ser detectada em diferentes estágios, sendo o primeiro estágio a deficiência causada quando os estoques de ferro diminuem. Esta pode ser avaliada por meio da ferritina sérica, a qual reflete a quantidade de ferro estocada no organismo. O segundo estágio é definido pelo aumento da transferrina (proteína carreadora de ferro), quando ocorre uma adaptação para aumentar a captação de ferro, e diminuição do ferro no sangue. E terceiro,

em um estágio mais avançado, a carência de ferro limita a produção de hemoglobina, com a diminuição do hematócrito. Os parâmetros de teste de hemoglobina e hematócrito são indicadores tardios da deficiência de Ferro (WHITNEY; ROLFES, 2008b). Quando se constata por meio do hemograma quantidades diminuídas de hemátocritos e hemoglobina, já se caracteriza o terceiro estágio da deficiência de ferro, o que poderá se tornar um grande obstáculo para que o paciente possa enfrentar um procedimento cirúrgico. A deficiência do ferro atrasa o processo de cicatrização, pois a síntese do colágeno requer a presença do ferro iônico para que ocorra a hidroxilação da prolina e da lisina, precursores do colágeno (BAHL, 2003).

Garcia et al. (2013), igualmente a este estudo, verificaram que as pacientes com baixo consumo de alimentos fontes de ferro não atingiam as recomendações dietéticas (RDA). O transporte de oxigênio e elétrons é realizado pela hemoglobina, sendo seu principal componente o ferro, e que acessa todos os tecidos corporais. Os co-fatores essenciais para a formação de enzimas da fase fibroblástica são o oxigênio, o ferro e o ácido ascórbico (BAHL, 2003).

Quanto ao mineral zinco, os exames laboratoriais apontaram três participantes no G1 e uma no G2 com alterações no exame (com deficiência do mineral), não tendo sido encontradas diferenças estatísticas. Foi encontrado no estudo de Garcia et al. (2013) uma ingestão média de zinco de 7,78mg/dia, inferior aos valores de referência preconizados pela RDA (WHITNEY; ROLFES, 2008b).

O zinco está associado à cicatrização por ser essencial para a síntese de proteínas. No período de proliferação e de mitose celular, que ocorre durante a fase fibroblástica da cicatrização, demanda-se quantidades adequadas de zinco. Em caso de deficiência de zinco, a suplementação deste mineral não garante uma cicatrização acelerada, uma vez que o organismo está abastecido de zinco em quantidades adequadas (CUMMING, 1983).

O conjunto de transformações que constitui a síntese da vitamina A pode ser influenciado pela deficiência do zinco, resultando em má cicatrização e redução de disponibilidade de vitamina A. As pacientes que apresentaram deficiência em zinco, acredita-se que podem indicar possivelmente uma má absorção deste mineral, suscetibilidade à infecção e queda da produção de colágeno, sinais estes que são reforçados pela literatura. Esta condição pode ser corrigida pela administração (via oral) de sulfato de zinco (BAHL, 2003; PORIES; HENZEL; ROB, 1967; RAO; KUMAR; KULKARNI, 1998).

Para Sandblom (1944⁶ apud GOGIA, 2003) a carência de zinco diminui a taxa de reepitelização e síntese de colágeno, resultando em uma diminuição da força de tensão da pele

⁶ SANDBLOM, P. The tensile strength of healing wounds: An experimental study. *Acta Chir Scand.*, v. 90, p.1, 1944.

e retardo no tempo de cicatrização. O zinco é um cofator de enzimas, as quais participam na síntese proteica durante o processo de proliferação celular. O quadro ocorre, possivelmente, pela diminuição da proliferação de fibroblastos, os quais são responsáveis pela síntese de colágeno que conseqüentemente é reduzida, sendo que este mineral também participa da função imunológica do corpo humano (AGREN; FRANZÉN, 1990).

Ferreira et al. (2010) observou uma menor concentração de zinco e maior concentração de cobre e magnésio em pacientes portadores de quelóides. O zinco e a vitamina C parecem ser benéficos em pacientes queimados; portanto, vê-se que esta associação contribui significativamente para a regeneração da pele, bem como feridas operatórias.

Ellinger e Stehle (2009) realizaram uma revisão de literatura, investigando os efeitos da vitamina A, betacaroteno, vitaminas C e E (avulsas ou associadas) na cicatrização de incisões cirúrgicas. A associação do suplemento oral, associando proteína com arginina, zinco e vitamina C foi mais efetivo na prevenção do aparecimento de úlcera de pressão, o que não foi constatado quando realizada exclusivamente a suplementação oral de vitamina C.

Os resultados laboratoriais do cobre (Cu) demonstraram valores próximos entre os grupos G1 e G2, com carência do mineral em sete pacientes do G1 e seis do G2. O cobre é um componente de várias metaloenzimas (ferroxidase I e II, monoaminoxidase e lisiloxidase). Para que aconteça o metabolismo do Fe, a oxidação do íon ferroso para o íon férrico é estimulada, via ferroxidases. Dessa maneira, o cobre participa na eritropoese nos sistemas dos mamíferos, também como elemento de otimização do funcionamento da lisiloxidase, interferindo na formação de ligações covalentes cruzadas, responsáveis pela tensão na borda da ferida operatória (reforço da estrutura de colágeno) (ANDRETTI, 2009; BAHL, 2003; PEDROSA; COMINETTI; COZZOLINO, 2009; PROCKOP; GUZMANM, 1977).

Garcia et al. (2013) encontraram uma baixa ingestão de cobre no valor de 0,72 mcg/dia nas pacientes analisadas em seu estudo em relação à RDA, estudo que apontou dados diferentes aos apontados no presente estudo. Este mineral (juntamente com o ferro) assume grande importância para a prevenção da anemia ferropriva. A importância biológica do cobre está na sua associação com as funções metabólicas das enzimas que são cobre dependentes, a lisiloxidase, responsável pela ligação cruzada do colágeno e elastina para formação, reforço e flexibilidade do tecido conjuntivo, no qual, a sua deficiência prejudica a síntese de colágeno pelo organismo (CONSOLO, 2008).

A deficiência de cobre em adultos pode estar relacionada a síndromes de má absorção, como: a doença de Crohn, doença celíaca, espru tropical e não tropical, fibrose cística e síndrome do intestino curto, decorrentes de perdas do nutriente pelo aumento da velocidade do

trânsito intestinal, prejudicando a sua absorção (ARAYA et al., 2003; BESHJETTOR; HAMBIDGE, 1998). Outras patologias associadas à sua deficiência são caracterizadas por anemia, neutropenia, anormalidades esqueléticas, sobretudo, desmineralização, além de também ocorrer hemorragias subperiosteais, despigmentação do cabelo e pele e má formação de elastina (ANDERSON, 2005).

Para o magnésio (Mg) os resultados apontaram alterações (depleção) nos exames de duas participantes no G1 e quatro no G2. Cabe ressaltar que todas as fases da cicatrização dependem de boa oferta de magnésio, e sua deficiência pode ser detectada anteriormente ao estresse pós-cirúrgico (BAHL, 2003). Por ser o magnésio o segundo elemento mais abundante no corpo humano (após o potássio) é muito relevante a sua participação para o equilíbrio metabólico do organismo (homeostase). O corpo dispõe em torno de 20 a 28g deste mineral, sendo encontrados 60% nos ossos e o restante distribuído nos músculos, fluídos corporais e tecidos moles. O equilíbrio da quantidade adequada do Mg depende de uma regular absorção intestinal e excreção renal. Este é necessário para a síntese de proteínas, a manutenção dos tecidos nervoso e muscular, assim como várias enzimas sofrem influências pelo Mg, sendo fundamental a sua presença em todas as fases da cicatrização, pois a síntese do colágeno requer magnésio.

O exame laboratorial para análise da urina rotina faz parte do protocolo dos serviços de saúde, simples e de baixo custo, e que fornece informações sobre funções de órgãos e sistemas, além de indicar o grau de hidratação do indivíduo. Também auxilia na identificação da perda de substâncias, quadros de dietas inadequadas e componentes que podem interferir nas necessidades nutricionais, o que demanda a ação de cuidados profissionais. Este exame indica parâmetros qualitativos e quantitativos, como a presença de proteínas (albumina), açúcar (glicose), corpos cetônicos, pigmentos biliares, hormônios, cristais e células anormais, assim como, aspectos visuais (cor, odor, pH, volume, densidade) (GOMES et al., 2012).

A propensão à infecção urinária ocorreu no presente estudo em dez participantes do G1 e quatro no G2, com presença destes elementos no exame de urina rotina, porém, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. As infecções do trato urinário podem ser observadas pela presença de leucócitos, eritrócitos, glicose, cristais, cilindros, bactérias e nitritos. O aumento de leucócitos e a presença de nitritos e eritrócitos indicam uma possível infecção; no entanto, cabe destacar que leucocitúria, proteinúria e cilindrúria representam apenas sinais de inflamação e não necessariamente, bacteriúria (DUARTE et al., 2002).

Diante deste cenário, cabe ressaltar a importância da água como o maior componente encontrado no corpo humano, sendo distribuída de três formas: água intracelular (dentro das

células), extracelular (20% do peso corporal - plasma, linfa, fluido espinhal e secreções) e intercelular ou intersticial (entre e ao redor das células). Sua eliminação pode ser de maneira sensível ou mensurável, por meio da excreção de urina e fezes, e perda insensível (não mensurável) pela respiração e transpiração, assim como pelo consumo de diuréticos naturais da dieta (alcool e cafeína). A estimativa da quantidade de água corpórea foi melhorada pela tecnologia, por meio do exame de Bioimpedância que afere a quantidade de água retida no corpo, através da condução elétrica, no qual os fluidos corporais são os condutores, e onde há gordura, a corrente encontra resistência (WHITMIRE, 2005).

A inadequação de acúmulo de líquido (linfa) nos espaços intercelulares dos tecidos ou nas cavidades do corpo caracteriza edema. O equilíbrio hídrico do organismo dá-se pela regulação homeostática do trato gastrointestinal, rins e cérebro, além do transporte de eletrólitos. A quantidade de água consumida deve ser proporcional à quantidade excretada, e o centro de controle da sede está no hipotálamo (ventromedial e anterior); já a sensação de sede ocorre quando há um aumento da osmolaridade plasmática, sendo absorvida rapidamente através das membranas (por difusão) (WHITMIRE, 2005).

Mesquita e Freire (2013) reforçam a importância de um aumento da ingestão hídrica para compensar a perda de líquidos ocorrida pela CPE e diminuir o edema. Com relação à conduta nutricional, é importante priorizar alimentos ricos em água, como as frutas que, na sua composição, podem apresentar de 90% a 95% de seu teor em água, além das hortaliças e os chás que, além de diuréticos, têm propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias, auxiliando na eliminação do excesso de água (edema) que regularmente causa desconforto no período pós-operatório.

Os exames bioquímicos e laboratoriais são imprescindíveis para os nutricionistas clínicos enquanto instrumento para uma avaliação de carências nutricionais, obesidade e outras doenças, e têm grande utilidade nas pesquisas e uma análise coerente com a realidade do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo a Revista Informativa da Sociedade de Especialidade Médica (2014), a solução para o uso racional de solicitação dos exames laboratoriais varia de acordo com cada instituição; dessa forma, o número/objetivos a serem investigados de exames coletados vai depender do perfil do serviço de saúde e da história clínica e exame físico do indivíduo. Por este motivo, neste estudo optou-se por realizar exames complementares para se obter uma avaliação mais fidedigna do EN e geral das participantes, solicitando exames laboratoriais de sangue e de urina de rotina, que são indicadores de suma importância para investigação global da paciente (no

período pré-operatório), cujo objetivo foi verificar se a solicitante estava apta para realizar o procedimento cirúrgico.

Caso contrário, pode sofrer futuras complicações, como: deficiências nutricionais que acarretem possíveis problemas de cicatrização, queda da imunidade, maior tempo de internação, insatisfação com o resultado estético, custos aos serviços médicos e hospitalares, tanto públicos, quanto particulares (planos de saúde suplementar), distúrbios de humor e ansiedade. Tais situações costumam provocar desgastes emocionais/judiciais entre paciente - médico.

Apesar da temática sobre o processo cicatricial relacionado a *deficits* proteicos no campo acadêmico ser amplamente abordado, ainda não prevalece a análise do EN com exames laboratoriais mais aprofundados, com o intuito de impedir e tratar uma possível ferida operatória comprometida. De acordo com Ferreira et al. (2013) raros são os estudos em seres humanos com ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises relacionadas a outros contextos (cirurgia bariátrica, pacientes com gastroplastia, queimados, cirurgias oncológicas etc.). A maioria dos artigos apresenta uma grande diversidade de casuísticas que tratam desde doses diárias de nutrientes até o tipo, forma e duração de intervenções para o tratamento dos pacientes. Ademais, a compreensão do EN, antecipadamente, facilita ilustrar a primordialidade da realização quanto às correções nutricionais, as quais podem futuramente servir para serem experimentadas em futuros ensaios clínicos, controlados e bem delineados, assim como, em pesquisas com boa qualidade metodológica para a ampliação do conhecimento relacionada à Nutrição e Cirurgia Plástica (FERREIRA et al., 2013).

Quanto à (in) satisfação com o peso atual, o estudo identificou que dezesseis mulheres no G1 e onze do G2 eram insatisfeitas com o peso atual. Presume-se que 60 a 87% dos adultos brasileiros sentem-se insatisfeitos com seu corpo (COQUEIRO et al., 2008; SILVA et al., 2011; QUADROS et al., 2010; RECH; ARAÚJO; VANAT, 2010).

Mota (2016) realizou estudo com 120 mulheres adultas em serviço público e particular no período pré e pós-operatório de CPE, avaliando o EN, percepção e satisfação com a IC. Os resultados indicaram que 100% das mulheres do grupo Clínico e 88,3% do grupo de Comparação estavam insatisfeitas com sua aparência.

A distorção e a insatisfação com a aparência são fatores de risco para transtorno depressivo, problemas com autoestima, mudanças de humor e suicídio. Sobretudo, tais comportamentos contribuem para que os indivíduos adotem estratégias inadequadas para controle do peso, como: excesso de atividade física, uso de hormônios, laxativos e medicamentos para emagrecer, suplementos alimentares, procedimentos estéticos com

exagerada frequência e dietas restritivas (FALLON; HAUSENBLAS, 2005; FRIEDERICH et al., 2007; NUNES et al., 2001).

Cabe retomar que a IC é um constructo dinâmico, complexo e que se inicia na infância e adolescência e segue ao longo da vida. Pode ser definida como a percepção, os pensamentos e sentimentos que concernem ao próprio indivíduo e integra duas dimensões (perceptual e atitudinal). A dimensão perceptual diz respeito à (in) acurácia na estimação da forma, tamanho e peso do indivíduo (CASH et al., 1991). Os distúrbios perceptivos ocorrem nesta dimensão a partir de uma sub/superestimação (BANFIELD; MCCABE, 2002; CASH et al., 1991; SMOLAK; CASH, 2011; MENZEL; KRAWCZYK; THOMPSON, 2011). Igualmente, Kakeshita (2008) em sua tese, avaliou indivíduos por meio da Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) e observou a discrepância entre o peso real e o peso percebido, em indivíduos com diferentes idades e classificações de EN, assim como identificou que pessoas acima do peso apresentavam maior (in) acurácia.

Retomando o conceito da dimensão atitudinal da IC, esta pode ser acessada por meio de quatro componentes: auto-satisfação global (avaliação do corpo), afetividade (sentimentos relacionados ao corpo), cognitivo (investimento e crenças sobre o corpo) e comportamental (situações de esquiva) (GROGAN, 2008). Pelo componente perceptivo, é possível dimensionar a (in) satisfação subjetiva da IC, ou seja, verificar a discrepância entre o corpo idealizado e o corpo autopercebido (PHELPS; JOHNSTON; AUGUSTYNIAK, 1999).

Kakeshita e Almeida (2006) avaliaram 65 mulheres e 51 homens por meio da Escala de Silhueta Brasileira e *Body Shape Questionnaire* (BSQ) com o objetivo de averiguar e relacionar o IMC com autopercepção da IC. Os resultados indicaram que 87% das mulheres com sobrepeso ou eutróficas superestimaram seu tamanho corporal, enquanto 73% das mulheres e homens obesos subestimaram seu tamanho e forma, independente do IMC encontrado. Tais resultados corroboram com os estudos que apontaram que 75-85% dos adultos brasileiros estão insatisfeitos com a sua aparência e peso corporal (DAMASCENO et al., 2005; QUADROS et al., 2010).

O estudo global sobre a real verdade sobre a beleza, conduzido por Etcoff et al. (2004) na Universidade de Harvard com 3200 mulheres de dez países (EUA, Canadá, Grã-Bretanha, Itália, França, Portugal, Países Baixos, Brasil, Argentina e Japão), na faixa etária entre 18 a 64 anos apontou os seguintes resultados: com relação à autodescrição da aparência, somente 2% das mulheres do mundo todo viam-se como bonitas; 9% como atrativas; 8%, femininas; 7% como de boa aparência, e 7%, graciosas. No Brasil, somente 6% das mulheres entrevistadas se consideravam bonitas, assim como reportaram que a beleza gera maiores chances para obter

conquistas na vida. Ademais, 54% das brasileiras concebem a CPE como estratégia para alcançar a atratividade e 7% relataram ter feito procedimentos cirúrgicos estéticos. Estas apresentaram o maior percentual de aceitação de CPE entre os países estudados e consumo *per capita* de fármacos para emagrecimento. Tais dados corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa, no que refere à insatisfação com a IC como uma epidemia global, independente de serem solicitantes (ou não) de CPE.

Cash e Henry (1995) conduziram uma pesquisa nos EUA com 803 mulheres adultas utilizando o instrumento multidimensional *Body-Self Relationship Questionnaire* (MBRSQ). Os resultados apontaram alto nível de insatisfação com IC em aproximadamente 50% das participantes, das quais, 63% não estavam satisfeitas com seu peso e 49% apresentavam preocupação com excesso de peso. Os pesquisadores concluíram que a IC negativa está relacionada a dificuldades psicossociais e distúrbios alimentares (CASH; DEAGLE, 1997; CASH, 1990; THOMPSON, 1998). Existe uma necessidade de mudanças de padrões de beleza realistas), educação preventiva e abordagem multidisciplinar (BROWNELL; RODIN, 1994, CASH, 1995; BROWNELL; RODIN, 1994; SILVERSTEIN et al., 1986; WOLF, 1991).

No que se refere ao desejo de perder peso (kg), analisado neste estudo, observou-se que quinze das participantes do G1 e nove do G2 declararam querer perder peso. Toledo, Dallepiane e Busnello (2009) verificaram uso de medicamentos para a perda de peso em 31% das mulheres e 63% delas faziam exercícios físicos como estratégia para perder peso. A prática de dietas é mais recorrente entre as mulheres, uma vez que o padrão de beleza feminino é esguio e excessivamente magro (LAUS et al., 2013).

Quanto maior o ideal de magreza internalizado no indivíduo, o mesmo tem uma tendência a fracassar na perda e manutenção do peso de forma duradoura, em particular; 80% a 95% das mulheres que perdem peso retornam ao seu peso inicial (LIPOWSKA; LIPOWSKI, 2015). Independente da classe social, o sobrepeso e a obesidade não são bem quistos (TONIAL, 2001).

Van Dale et al. (1987) observaram mulheres que se submeteram à dieta líquida por doze semanas (690-800 cal/dia) e verificaram uma perda aproximada de 12,5kg com redução de 26,5% de massa magra em repouso (Gasto Energético em Repouso - GER/kg). Em indivíduos que fizeram dieta restritiva, até alcançar um peso abaixo da faixa de normalidade, também se constatou que, após a dieta, a queima de calorias após a ingestão de alimentos (termogênese) foi 50% menor em indivíduos eutróficos que não realizaram dietas, ou seja, dietas restritivas diminuem a taxa metabólica do organismo e dificultam a perda ponderal (SHETTY et al., 1981).

Costa e Vasconcelos (2010) avaliaram 220 universitárias em Florianópolis, utilizando o *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34), índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e percentual de gordura corporal (%GC), com o objetivo de verificar a prevalência de (in) satisfação com a IC, além de associar fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais. Os resultados apontaram que 47,3% das participantes eram insatisfeitas com sua IC e praticavam dietas do tipo restritivo; já as estudantes com $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ eram mais satisfeitas com sua IC, o que correspondia a 91,4% da amostra. Por outro lado, as alunas com obesidade ou $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ estavam muito insatisfeitas ($p < 0,0001$). Quanto à prática de dietas para emagrecer, o estudo apontou que 14,6% das praticantes reduziram a frequência alimentar, tanto com maior regularidade ou estando sempre em dieta restritiva.

Dietas da “moda” e do tipo restritivo são insustentáveis, por provocar alterações metabólicas e no estado de humor (ansiedade), além de promoverem uma perda massiva em pouco tempo, causam carências ou déficits nutricionais, uma vez que o organismo entende que está sofrendo uma privação de alimentos. Consequentemente, há uma queda no metabolismo (gasto energético) que dificulta o emagrecimento. Como não houve um processo de reeducação alimentar e mudança comportamental, o indivíduo retorna ao hábito alimentar (anterior à dieta) e sofre um aumento de peso com maior facilidade, já que o organismo se adapta para ter uma reserva (em forma de gordura), acarretando no “efeito sanfona” que é altamente prejudicial (GARNEY; WOOLEY, 1991; WOLLEY; GARNER, 1994).

A restrição alimentar é normalmente associada à compulsão alimentar, já que dietas restritivas são insustentáveis e geram efeito “rebote”. Estas dietas são hipometabólicas, ou seja, depois de alguns meses, o metabolismo torna-se mais lento, como uma adaptação com o objetivo de proteger o organismo (PRENTICE, 2007; WARDLE, 2007).

De acordo com Coutinho e Dualib (2006), o excesso de peso é resultante de condições de origem poligênica decorrentes do estilo de vida moderno, sedentarismo e ambiente obesogênico. Tais condições atuam sobre genes suscetíveis para complicações metabólicas dos indivíduos, sendo um fator determinante para o aumento da obesidade no mundo (NAVES, 2007). Betoni, Zanardo e Ceni (2010) apontam o crescimento de comportamentos inadequados para buscar estratégias de emagrecimento, principalmente por meio de fármacos e dietas da “moda” que prometem resultados incríveis, porém, sem respaldo científico.

O grau de preocupação com o EN (conforme o IMC) também foi verificado neste estudo, o qual apontou que doze mulheres no G1 e quatorze no G2 possuíam um grau severo de preocupação, contudo, não se identificou diferença significativa estatística entre os valores dos grupos. Mota (2016) verificou, através da aplicação da Escala de Silhuetas (ES), uma

superestimação do tamanho corporal em mulheres, as quais se percebiam maiores que o seu IMC real e gostariam de pesar menos ou desejavam possuir um tamanho menor que o atual, o que corrobora com o presente estudo.

As mulheres apresentam maior insatisfação com sua IC em relação aos homens, sendo mais zelosas e preocupadas para melhorar a sua aparência, sobretudo, o seu peso. Quando preocupadas com o IMC inadequado e insatisfeitas com o seu corpo, as mulheres normalmente adotam atitudes e comportamentos não saudáveis para o controle e a conservação do peso. Estas estratégias são relacionadas a aspectos socioculturais, e o sobrepeso favorece a estimação inacurada e a insatisfação com a aparência (ALVARENGA et al., 2010; COUTINHO et al., 2012; DANIEL et al., 2014; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

O IMC também é um forte preditor associado aos distúrbios de IC (JONES; VIGFUSDOTTIR; LEE, 2004), pois muitos estudos demonstraram uma grande correlação positiva entre distúrbios da IC e IMC, sobretudo em meninas que frequentemente reportam essa associação direta entre IMC e distúrbios de IC. Crê-se que silhuetas mais largas podem favorecer este tipo de distúrbio, visto que se pressupõe que quanto maior o IMC, mais distante estará do padrão de magreza desejada (PRESNELL; BEARMAN; STICE, 2004). Em suma, pode-se inferir que as meninas preferem ser mais magras; os meninos dividem-se entre os que desejam perder peso e os que querem ganhar massa magra (LAUS et al., 2013).

Com relação à frequência de tempo de insatisfação com a aparência, 14 participantes do G1 indicaram uma insatisfação que as acompanhava desde a infância/adolescência e seis no G2 a partir da vida adulta, com diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,04$). Mota (2016) apontou que a maioria (65%) das entrevistadas de seu estudo estavam insatisfeitas com sua aparência (desde a fase adulta) e 35%, desde a adolescência, e também encontrou uma diferença significativa entre os grupos, assim como ocorreu no presente estudo. A busca por procedimentos estéticos e de comportamentos que colocam a saúde em risco está relacionada ao nível e a precocidade da insatisfação com a IC (MOTA, 2016).

O desenvolvimento da IC ocorre em consonância com a identidade pessoal; desde a infância, as crianças já estão expostas a julgamentos de atratividade, tornando-se inseguras, com baixa estima e preocupadas com seu peso (CASTILHO, 2001; FERNANDES, 2007).

Os familiares exercem forte influência sobre a criança, os quais transmitem as primeiras opiniões e atitudes associadas à IC, sobretudo os pais, que são os principais preditores neste processo. Quando a criança acredita que seus pais têm a expectativa ou a preferem com uma silhueta mais magra, apresentam maiores chances de insatisfação e distúrbios de imagem (LAUS et al., 2013). Outros estudos (nacionais e internacionais) confirmam que a percepção da

expectativa dos pais, relacionada ao peso dos filhos, é a variável mais significativa para a impressão de estar obeso ou ter uma silhueta mais larga entre as crianças (FIELD et al., 2001; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006; RICCIARDELLI; McCABE, 2001).

Independente do sexo dos filhos, a mãe é a figura que mais interfere no zelo com a aparência, peso e uso de dietas; já o pai, exerce uma influência associada ao ganho de massa muscular e perda de peso (PHARES; STEINBERG; THOMPSON, 2004; RODGERS; CHABROL, 2009). Os pares (colegas, escola, companheiros) também interferem por meio de comparações e estereótipos negativos, relacionados à gordura, forma corporal e peso (FERNANDES, 2007; PHARES; STEINBERG; THOMPSON, 2004; McCABE; RICCIARDELLI, 2005). Esta concepção/identidade experienciada na infância tem grandes chances de acompanhar o indivíduo ao longo da sua vida.

Mulheres adultas são competitivas e têm a necessidade de sentirem-se ou parecerem atraentes, com o objetivo de obter prestígio social e a aprovação de familiares e pares. Tais aspectos, associados às mudanças que ocorrem na vida adulta, como a gestação e o envelhecimento, podem contribuir para (in) satisfação com o corpo (ALGARS et al., 2009; SALEHAHMADI; RAFINE, 2012; SILVA et al., 2011; VARELLA; VALENTOVA; SENE, 2017).

Os meios de comunicação incessantemente veiculam mensagens sobre os padrões de beleza (inatingíveis) para a população, estimulam o desejo e busca de intervenções dietéticas e cirúrgicas que podem acarretar consequências negativas (SPEAR, 2002). Embora as pesquisas no Brasil sejam escassas, alguns estudos internacionais demonstraram que, após repetidas exposições de imagens idealizadas da mídia, há um aumento de insatisfação com a IC em homens e mulheres. Os homens incomodam-se com corpos fortes e músculos bem definidos, assim como as mulheres sentem-se insatisfeitas ao se compararem com modelos magras e bonitas (GROESZ; LEVINE; MURNEN, 2002; MONRO; HUON, 2005; POSAVAC; POSAVAC, 2002). Dessa forma, os autores concluem que a insatisfação é ocasionada pela comparação com modelos apresentados pelos meios de comunicação e indústria de entretenimento (revistas, TV, redes sociais) (WEGNER; HARTMANN; GEIST, 2000).

Para Richardson, Paxton e Thompson (2009), um exemplo de educação preventiva, desenvolvido pela *United Kingdom Eating Disorders Association* com adolescentes em várias escolas da Inglaterra e Austrália, é a intervenção que abordou padrões de beleza inatingíveis e impostos pela mídia, com o objetivo de estimular o senso crítico e aumento da autoestima. Também foram analisadas mensagens de aceitação, comparação e provocação sobre a IC. Esses autores avaliariam o impacto deste programa nesta população e verificaram que não houve

mudanças nos sintomas de transtornos alimentares ou IC; contudo, os participantes foram sensibilizados quanto ao poder de manipulação da mídia e de imagens veiculadas por esta. Este tipo de. Essa ação reforça a importância da atenção primária para delineamento e execução de programas de prevenção de distúrbios alimentares e de IC estudo permite viabilizar a promoção e incremento de programas educativos (de caráter preventivo) e na elaboração de novas estratégias de intervenção.

Para a prevenção do desenvolvimento da IC negativa, recomenda-se maiores investimentos em programas educacionais com o objetivo de favorecer mudanças nos conceitos de IC e de padrões de beleza atuais, substituindo os corpos magérrimos por contornos mais realistas e saudáveis (FERNANDES, 2007).

A respeito da insatisfação com a aparência em diferentes aspectos (emocional, sexual, social e em todos os aspectos), 61,11% das mulheres do G1 e 50% das do G2 estavam insatisfeitas em todos os aspectos. Mota (2016) verificou que 96,66% das mulheres do grupo clínico estavam insatisfeitas em um ou mais aspectos da vida (social, sexual, emocional e profissional); tais resultados apontam resultados bastante semelhantes entre os estudos realizados.

Chen et al. (2010) também avaliaram dois grupos, o Clínico (candidatas à CPE) e o de Comparação (não candidatas) por meio do MBSRQ desenvolvido por Cash (2005) e outros instrumentos com o objetivo de avaliar a autoestima e a percepção alheia da aparência. Para as solicitantes, também foram investigados o apoio de família e de pares para a realização de CPE e o grau de satisfação no âmbito sexual. Dos resultados encontrados, 89,4% citaram o apoio familiar com umas das principais preocupações; quanto ao aspecto sexual, somente 7,1% estavam muito satisfeitas e 3,5% muito insatisfeitas, sendo que 45,9 % das participantes optaram por não responder à pesquisa, indicando alta frequência de *missing*.

Sarwer, Crerand e Didie (2003) avaliaram 25 candidatas à mamoplastia de aumento e 30 mulheres (com características semelhantes) sem interesse na CPE, da Universidade de Pensilvânia, com o objetivo de verificar a (in)satisfação com a aparência nos campos sexual, conjugal, sociocultural, afetivo e atitude, utilizando diversos instrumentos autoaplicáveis, que acessaram outros fatores motivacionais da busca por CPE. A caracterização da amostra fornecia dados demográficos (idade, altura, peso, estado civil, ocupação, grau de escolaridade e prática de exercícios). Até então, ambos os grupos relatavam ter relacionamentos positivos com bom funcionamento sexual, não sendo um fator preditor (motivacional) para a busca de CPE pelo grupo Clínico. Porém, após o procedimento, estas mulheres sentiram-se mais confiantes, atraentes e relataram melhora da libido, indicando que a cirurgia lhes proporcionou uma

melhora na autoestima, nos relacionamentos interpessoais em todos os aspectos (profissional, social, sexual).

Pesquisas em geral apontam que as mulheres interessadas em mamoplastia de aumento relatam preocupações relacionadas à aparência como principal fator motivador para a cirurgia plástica. Porém, os resultados de Sarwer, Crerand e Didie (2003) se contrapõem aos estudos anteriormente realizados e sugerem que pacientes que buscam a cirurgia de mama apresentam mal estar psicossocial e sexual (MATTEI et al., 2015a; MCCARTHY et al., 2012; SU-YEON; HYE-YOUNG; AE-RAN, 2010).

Segundo Manjrekar e Berenbaum (2012), uma miríade de fatores emocionais está relacionada com a insatisfação com a IC, pois esses sentimentos provocam julgamentos, atitudes e comportamentos relacionados às experiências corporais, sendo que sentimentos negativos se relacionam com insatisfação e inacurácia da estimativa perceptual do indivíduo. O excesso de peso e inconformação com áreas específicas e pequenos defeitos no contorno corporal podem perturbar a autoavaliação em relação à IC. Uma vez que esses indivíduos se comparam com os padrões socioculturais, estes podem corroborar para o surgimento de quadros de ansiedade, depressão e mal-estar diante do sentimento de inadequação social (CASH, 1993; MOTA, 2016).

Em suma, a aparência, autoconfiança e os sentimentos concernentes ao corpo influenciam comportamentos (in) adequados, incluindo os hábitos e comportamentos alimentares (LAUS et al., 2013).

Após discutir os componentes que interferem na IC e a observação de pesquisas recentes sobre esta temática, pode-se deduzir que ainda há uma escassez de estudos que proporcionem inferências precisas; contudo, os pesquisadores estão em busca de novos recursos para a prevenção dos distúrbios de IC (LAUS et al., 2013). Neste contexto, a CPE proporciona uma melhora no relacionamento social e bem-estar emocional (ADAMS, 2010). Supõe-se que a insatisfação corporal no período pré-operatório tenha alta prevalência e é o principal fator motivacional pela busca de CPE, com o intuito de melhorar a aparência e autopercepção (MULKENS et al., 2012; SARWER; CRERAND, 2004).

Quando a mulher se sente insatisfeita com os seus seios (tamanho ou formato), o qual é considerado um símbolo de feminilidade, estudos relatam que o mal-estar pode relacionar-se a aspectos sexuais, psicológicos e sociais (MATTEI et al., 2015b; MCCARTHY et al., 2012). Sarwer (2007) discorre sobre as motivações para a busca de CPE, classificando-as como internas (busca de autoconfiança) e externas (atratividade de parceiros); embora sejam

motivações claramente diferentes, não podem ser “resolvidas” somente pelo procedimento cirúrgico.

Nos últimos 50 anos, em consonância com o aumento pela procura de CPE, o campo de pesquisas sobre IC aumentou consideravelmente, desenvolvendo variados instrumentos psicométricos, o que torna de fundamental importância a escolha do instrumento apropriado que consiga acessar qual (is) componentes da IC que se deseja investigar, conforme o contexto e a amostra estudada (THOMPSON, 2004).

Para analisar a (in) satisfação, é necessário determinar a qual componente esta se refere (peso, forma do corpo, aparência global). Thompson (1998) afirma que a satisfação corporal é multidimensional e a insatisfação corporal está relacionada com componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Cada aspecto da insatisfação corporal pode contemplar um instrumento específico para sua avaliação; para tanto pode-se aplicar escalas autoaplicáveis ou entrevistas e questionários.

Neste estudo foi escolhido intencionalmente o Inventário de Esquema de Aparência (ASI-R) que se refere ao grau de investimento (dis) funcional que o indivíduo atribui à sua aparência física (preocupação, crenças) em relação à sua IC. Quanto aos resultados na saliência autoavaliativa (SAA) não houve diferença entre G1 e G2, sendo que esta subescala é de caráter patológico e está relacionada com a valorização exacerbada da aparência e como esta influencia o valor pessoal e social do indivíduo. Portanto, é um investimento de natureza disfuncional e tem sido atrelada à insatisfação com a IC, baixa autoestima, labilidade emocional e efeitos negativos na qualidade de vida do indivíduo, assim como a sua interação psicossocial (CASH et al., 2004; MELNYK; CASH; JANDA, 2004; RUDIGER et al., 2007).

O *Inventário de Esquema de Aparência – Revisado* (ASI-R) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o grau de investimento psicológico na aparência (AMARAL et al., 2011). Até então o Brasil não possuía instrumentos psicométricos capazes de acessar o grau de investimento cognitivo, além de outros componentes atitudinais da IC. Dessa forma, Laus et al. (em andamento) estão realizando a tradução, adaptação e validação dos instrumentos ASI e MBRSQ, o que permite um acesso multidimensional.

No que se refere à saliência motivacional (SM) do ASI, houve uma significativa diferença entre os grupos apontando que as mulheres do G1 são muito mais engajadas em comportamentos direcionados ao cuidado com a aparência para sentirem-se mais atraentes do que as mulheres do G2. Cabe reforçar que esta saliência não é considerada disfuncional, ou seja, não está associada a nenhuma psicopatologia; do contrário, pode ser benéfico quando o

indivíduo tem orgulho de sua aparência e vontade de manter seu corpo de maneira saudável (CASH et al., 2004; CASH, 2005; CASH, 2011; IP; JARRY, 2008).

Sarwer, Crerand e Didie (2003) examinaram 25 mulheres candidatas à CPE (mamoplastia de aumento), com o intuito de averiguar os fatores que as motivaram para busca do procedimento estético. Os pesquisadores utilizaram várias escalas, dentre elas, MBSRQ e ASI. Os resultados obtidos entre os grupos Clínico e de Comparação, nas subescalas multidimensionais de avaliação de aparência, orientação de aparência e satisfação de áreas corporais não indicaram diferenças estatísticas significativas, igualmente no investimento do esquema de aparência (ASI) que não apontou correlação entre os grupos.

Slevec e Tiggemann (2010), em pesquisa realizada na Austrália, analisaram as atitudes que interferiam na busca pela CPE, com 108 mulheres de meia idade (de 35 a 55 anos). Foram utilizados os instrumentos MBSRQ (para aferir insatisfação corporal) e ASI (investimento na aparência) e uma subescala de Aparência Física da Escala de Ansiedade sobre o Envelhecimento, que media o grau de ansiedade com mudanças na IC. Os resultados apontaram 83% de participantes casadas, 29% com ensino superior completo e de classe média, classificadas com sobrepeso, segundo o IMC, com grande investimento na aparência, a ansiedade de envelhecimento e exposição à mídia como únicos e principais preditores para uma possível busca de CPE. O estudo também revelou que a mídia exerce um efeito direto nas atitudes e motivações das mulheres em relação à CPE. Laus (2009) encontrou em seu estudo resultado semelhante, com 275 participantes com idade entre 14-18 anos, as quais se superestimavam em relação ao IMC real. Ambos os estudos utilizaram a Escala de Figura de Silhueta Brasileira (EFS).

Laus et al. (em andamento) acerca do questionário de Escalas Multi-dimensional sobre as relações com o próprio corpo (MBRSQ), este foi dividido em cinco subescalas, sendo assim: as escalas (i) Auto Avaliativa (AA), que mede a satisfação geral com a aparência; (ii) Orientação de Aparência (OA) que está associada ao cuidado e orgulho que o indivíduo tem com sua IC de forma que esta afere o investimento cognitivo-comportamental, ou seja, a preocupação que o indivíduo tem em relação à sua aparência e como se comporta de forma positiva; (iii) Satisfação com áreas do Próprio Corpo (SAC) assim como se refere ao próprio nome, esta é relacionada com a (in)satisfação por áreas específicas do corpo; (iv) Preocupação com o Sobrepeso (PS) que afere ansiedade e medo em relação ao sobrepeso, e por último a (v) subescala que trata da auto Classificação do Peso (ACP) ou se o indivíduo se percebe com (in)acurácia em relação ao seu peso, forma e tamanho.

No presente estudo foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos G1 e G2 na subescala de avaliação geral da aparência, indicando uma insatisfação global com a aparência, e na subescala de preocupação com sobrepeso (PS), apontando uma preocupação exacerbada e ansiedade em relação ao peso. O G1 apresentou valores maiores de pontuação quando comparado ao G2. Não foram encontradas diferenças entre os grupos nas demais subescalas: satisfação com áreas do corpo e autoclassificação de peso. A subescala orientação da aparência (OA) do MBRSQ afere a mesma extensão de investimento na aparência que a saliência motivacional, e ambas indicam o quanto o indivíduo está engajado em comportamentos direcionados à aparência para sentir-se mais atraente (LAUS, 2016), portanto, seria desnecessária e redudante a averiguação destes dados.

A subescala do MBSRQ referente à satisfação com a aparência geral (SAG) apresentou diferenças entre os grupos G1 e G2, sendo os valores do G2 menores que os do G1. No que se refere à preocupação com o peso (PS), foi observada uma diferença entre os grupos, sendo G1 com maior escore que G2. Por fim, na satisfação por área do corpo (SAC) não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos G1 e G2. Vê-se que houve uma predominância das participantes que se preocupavam como o sobrepeso (de maneira exacerbada e ansiosa) e eram mais insatisfeitas com a aparência em relação ao grupo de Comparação.

Vale lembrar que grande parte dos estudos demonstra que as mulheres são mais insatisfeitas com a sua aparência, cuidam-se e são mais preocupadas com o peso (DAVISON; MCCABE, 2005; MUTH; CASH, 1997; NEUMARK-SZTAINER et al., 1999; RUSTICUS; HUBLEY, 2006), o que reforça os achados do presente estudo. Friederick, Peplau e Lever (2006) e Milstein et al. (2008) apontaram associações do MBRSQ com insatisfação corporal e maior preocupação e superestimação do peso por ambos os sexos.

Segundo Cash et al. (2004a) a subescala (OA) do MBRSQ, bem como a subescala de (AA) do ASI não apresentaram diferença nos indivíduos eutróficos e/ou acima do peso, as quais acessam um mesmo componente da IC. Independente do IMC do indivíduo, o peso corporal atual é insignificante quando comparado às crenças e investimentos disfuncionais sobre como a aparência influencia na vida dos indivíduos.

Lipowska e Lipowski (2015) avaliaram 325 mulheres entre 18 e 35 anos, de acordo com o IMC (obesidade IMC maior que 30 kg/m², n = 72), mulheres com baixo peso (IMC menor que 17,5 kg/m², n = 85) e mulheres eutróficas (21,7 kg/m² menor que o "IMC ideal" e maior 22,7, n = 168), utilizando o instrumento *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBRSQ), *Body Esteem Scale* (BES) e *Narcissistic Personality Inventory* (NPI)

para aferir a (in) satisfação com a IC. Os resultados apontaram que as mulheres magras sentiam-se autoconfiantes, com um perfil mais narcisista em relação às obesas, que apresentaram baixa pontuação em todos os instrumentos utilizados.

Ramaye, Walburg e Chabrol (2008) estudaram a relação entre IC e CPE, em 152 jovens franceses (com idade média de 15,8 anos), aplicando três questionários, sendo um deles o MBSRQ que avaliou três subescalas do instrumento: preocupação com o corpo, satisfação geral e avaliação da aparência, que não apresentaram diferenças estatísticas significativas. Contudo, pode-se observar também uma grande proporção de adolescentes que se sentiam atraídos ou desejavam realizar intervenções estéticas para atender a um padrão (imposto) de beleza. Tal fenômeno pode ser explicado pela insegurança física e emocional que é comum na adolescência e uma autopercepção da aparência negativa, e muitas vezes discrepante com a realidade e possivelmente relacionada a transtornos dismórficos corporais. Os autores sugerem uma avaliação para investigar questões psicossociais e autoestima.

Von Soest et al. (2009) averiguaram o impacto da CPE sobre a IC de 155 mulheres de uma clínica particular de cirurgia plástica (no pré e pós operatório), além de autoestima geral e distúrbios psicológicos. Das sete subescalas do MBSRQ, somente foram utilizadas duas, referentes à avaliação da aparência (AA), que mede a satisfação geral com a aparência, e a subescala orientação da aparência (OA), que afere o engajamento do indivíduo em comportamentos direcionados à aparência para sentir-se mais atraentes. Em relação à OA, observou-se que o grupo Clínico (mesmo após a CPE) continuou investindo na mesma proporção em sua aparência, quando comparadas ao grupo de Comparação. Também ocorreu no período pós-operatório uma relação positiva da satisfação da aparência a partir dos resultados estéticos obtidos e melhora da autopercepção. Entretanto, não houve mudanças positivas significativas nos aspectos relacionados aos distúrbios psicológicos (ansiedade), quando comparados os quadros pré e pós-operatório.

Diante dos resultados apresentados neste estudo, pôde-se concluir que no grupo Clínico (G1), a maioria das participantes apresentavam-se com sobrepeso e obesidade, estavam insatisfeitas com a sua imagem corporal há mais tempo (desde a infância/adolescência) que o grupo de Comparação (G2). Durante o período de maior insatisfação houve tentativas de mudanças de comportamento alimentar seguindo *blogs*, revistas, utilização de dietas da moda e aplicativos de celulares e *tablets*. Observou-se que a maioria das entrevistadas não fazia acompanhamento nutricional com nutricionista. De acordo com a caracterização da amostra, foi revelado no G1 um nível severo de preocupação com o seu EN (IMC), apresentavam maior investimento nas crenças sobre a IC, uso frequente de psicotrópicos e acompanhamento

psicoterapêutico. Com relação ao grupo de Comparação, a maioria apresentou estado de eutrofia, eram mais satisfeitas com a sua IC em relação ao G1, relataram ser mais satisfeitas e somente quatro delas relatam mudanças de comportamentos alimentares nos últimos 30 dias, assim como não realizavam acompanhamento nutricional, com nível leve de preocupação com o EN (IMC) e não investiam na mesma proporção em crenças relacionadas à IC como as participantes do grupo Clínico, não utilizavam psicotrópicos ou faziam acompanhamento psicoterapêutico.

Atualmente, observa-se no mercado uma grande demanda por orientação nutricional voltada à estética. O nutricionista deve acompanhar as tendências e condutas alimentares (descontextualizadas e modismos alimentares) amplamente divulgadas pela mídia e que afetam o comportamento dos indivíduos (SCHNEIDER, 2009). Neste contexto, surgem oportunidades para o desenvolvimento de produtos cosméticos e o lançamento de tecnologias modernas nas indústrias avançam, seguindo o alarde da mídia, que instiga os consumidores a utilização de produtos alimentícios e serviços que vendem a ideia de saúde, beleza e bem-estar. Entretanto, pouco se conhece sobre estes resultados, já que os estudos no Brasil ainda são escassos nessa área. Os investimentos por agências de fomento à pesquisa são primordiais para o avanço da ciência e tratamentos na área da saúde e estética (SCHNEIDER; TIBURI, 2009).

Para finalizar, reforça-se a atuação do nutricionista junto a uma equipe multidisciplinar, que inclua psicólogos que abordem estratégias cognitivo-comportamentais para tratar transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e obsessivo compulsivo para o controle de peso. Tais estratégias aumentam a motivação e adesão ao tratamento e previne o reganho de peso, visando à modificação de hábitos prejudiciais por meio de mudança de atitudes e crenças do paciente (BIGGS; RUSH, 1999; DUCHESE, 1998; HAWTON; KIRK, 1997; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005).

O início do tratamento deve ser pautado na origem das angústias do indivíduo, ou seja, a partir das discrepâncias entre a sua imagem idealizada x imagem real, por meio de sua autopercepção (distorcida) e simultaneamente com o ambiente em que está inserido (RODGERS; CHABROL, 2009).

Na prática clínica do nutricionista, é possível utilizar técnicas comportamentais que desenvolvam estratégias alternativas para o enfrentamento do paciente diante de suas dificuldades para adquirir autocontrole, sem recorrer a modismos e alimentação inadequada. Também se pode adotar técnicas para o controle de estímulos no ambiente, além de ensiná-lo a identificar situações que podem levar a quadros de compulsão alimentar, por meio de estratégias de automonitoramento e de registros alimentares (GONÇALVES, 2013).

Christina, Amadeo Modigliani

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Caracterização da Amostra

➤ As participantes do G1 eram majoritariamente solteiras, enquanto no G2 houve 50% de solteiras e 50% de casadas, pertenciam a classe A e B (no G1), e classe A no G2, de acordo com CCEB, possuíam ensino superior completo, somente 3 participantes do G1 foram assistidas por nutricionista no período pré-operatório (nos últimos 30 dias), utilizavam psicotrópicos com maior prevalência de acompanhamento psicoterapêutico entre as mulheres do G1. A maioria das participantes do G1 encontrava-se com sobrepeso e obesidade, enquanto no G2 eram eutróficas com diferença estatística significativa entre os grupos ($p<0,01^*$). Em relação à classificação de composição de gordura corporal (Lohman) apontou que no G1, 95% das mulheres estavam acima da média e obesas.

Avaliação do Estado Nutricional com Exames Laboratoriais

➤ Ao que se refere aos exames bioquímicos de hemograma, coagulograma, lipidograma, glicemia de jejum, creatinina, albumina, ferritina não foram identificadas diferenças estatísticas entre os grupos.

➤ De todas as vitaminas dosadas, apenas a vitamina E apresentou diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($p=0,02^*$) com alteração nos exames do G1 (deficiência da vitamina).

➤ Quanto aos resultados dos minerais e urina de rotina, não foram encontradas diferenças significativa entre os grupos

Caracterização da IC

➤ O tempo de (in)satisfação com a aparência foi maior no G1 em relação ao G2, com $p=0,04^*$

Instrumentos ASI-R e MBRSQ-AS

- Dentre as saliências autoavaliativas e motivacional do ASI-R, encontrou-se apenas uma diferença estatisticamente significante entre os grupos na saliência motivacional, ($p=0,01^*$). Lembrando que tal saliência mensura o grau de investimento e cuidado com a sua aparência.
- Quanto as quatro subescalas do MBRSQ-AS investigadas no presente estudo, somente duas obtiveram diferenças estatísticas importantes entre os grupos: a satisfação com a aparência geral (SAG) foi maior no G2 ($p<0,5^*$) e na subescala de preocupação com o sobrepeso (PS) que foi maior no G2 ($p<0,01^*$).

Quanto as hipóteses deste estudo

- As mulheres solicitantes de CPE apresentaram maior investimento motivacional (SM) quando comparadas às mulheres que não buscam cirurgia plástica, onde não se identificou investimento autoavaliativo, confirmando em parte a (Hipótese 1); de caráter patológico, não apontou uma associação entre os grupos ($p=0,08^*$). Já a saliência motivacional (SM), indicou uma discrepância entre os grupos ($p=0,01^*$), apontando que participantes do G1 eram mais engajadas em comportamentos direcionados a aparência para sentir-se ou parecer mais atraente, de maneira positiva.
- G1 apresentam maior insatisfação com a aparência em geral em relação às participantes do G2, confirmando a (Hipótese 2).
- As participantes do grupo clínico apresentaram maior preocupação e ansiedade com o sobrepeso do que as que não buscam, confirmando a (Hipótese 3).
- Não houve inacurácia da estimativa em relação ao tamanho, forma e peso corporal entre os grupos, não confirmando a (Hipótese 4).
- Quanto aos parâmetros antropométricos para a análise do diagnóstico nutricional, somente seis participantes do G1 eram eutróficas, 50% apresentavam sobrepeso e 15% obesidade (de acordo com o IMC), e de composição corporal (Lohman) 15% estavam acima da média e 80% obesas, indicando parâmetros inadequados e de acordo com a (Hipótese 5a).

- No que se refere aos parâmetros bioquímicos para complementar a análise do EN, das seis participantes eutróficas no G1, somente quatro apresentaram alterações nos exames bioquímicos, sendo: participante 11 (hipovitaminose A e C), participante 13 (hipercolesterolemia e hipovitaminose A, excesso de Cobre), participante 14 (hipovitaminose C) e participante 16 (hipovitaminose A), confirmando a (Hipótese 5b).

- Do total de participantes do grupo clínico, 35% (n=7) apresentaram insatisfação com outras áreas não relacionadas à cirurgia seria realizada, confirmando em parte a (Hipótese 6).

Madame Georges Van Muden, Amadeo Modigliani

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não há cosmético mais eficiente para a beleza do que a felicidade” (Condessa Blassington)

Os objetivos deste estudo foram atingidos, embora as pesquisas que abordam carências nutricionais, sobretudo de macro e micronutrientes obtidas por meio de exames laboratoriais, dados antropométricos, e que abarcam a Cirurgia Plástica Estética associada às dimensões da Imagem Corporal ainda são muito limitadas no Brasil e no mundo. No entanto, são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias que promovam um cuidado global do paciente, além de proporcionar uma melhora da qualidade de vida, bem-estar físico e mental e otimização do resultado estético final da CPE. O primeiro e mais importante passo é a mudança comportamental, somente possível por meio do autoconhecimento, atitudes e mudança de crenças. Também é preciso tratar a ansiedade e o sofrimento que as mulheres se submetem para alcançar metas irreais.

Como uma possível limitação deste estudo, podemos mencionar o número pouco expressivo da amostra, visto que ao explorar esta temática, estudos clínicos com seres humanos, torna-se árduo diante de um espaço de tempo curto. Algumas perguntas do questionário de caracterização da amostra, cujas participantes do G2 não se identificaram ou preferiram não responder (mesmo após a explanação da pesquisadora), ocorrendo uma Frequência de *missing*, ou seja, nestas questões, não foi possível chegar-se a um consenso. Ademais, houve dificuldade para o recrutamento das participantes e baixa adesão para a coleta de dados, sobretudo a coleta dos exames bioquímicos, deslocamentos das participantes do G2 (embora tenham sido ressarcidas) para a aplicação dos instrumentos, exames de BIA e laboratoriais. Desta maneira, sugere-se uma aplicabilidade no período pós-operatório, ou ainda, a realização de um estudo longitudinal, com uma maior amostra. Outra estratégia, seria a ampliação do protocolo de exames geralmente utilizados na avaliação pré-operatória, incluindo os parâmetros bioquímicos deste estudo.

Condutas mais direcionadas ao diagnóstico e tratamentos de candidatos em Cirurgia Plástica e Estética, requer a formação de nutricionistas especialistas, com o objetivo de prevenir e tratar carências e manutenção da saúde, respeitando as particularidades de cada indivíduo, por meio de condutas nutricionais que auxiliem nas disfunções estéticas, com ênfase na alimentação equilibrada, sejam em procedimentos minimamente invasivos ou intervenções cirúrgicas, auxiliando na recuperação e no bem estar dos pacientes.

Atualmente, encontram-se poucos Nutricionistas Clínicos com especialização em Estética, e estes podem idealmente oferecer grande contribuição trabalhando em conjunto com uma equipe multidisciplinar capacitada composta por Cirurgiões Plásticos especialistas, Psicólogos (cognitivo comportamentais), enfermeiros e fisioterapeutas. Estes especialistas são de suma importância para permitir e garantir uma significativa redução de fatores de riscos perioperatórios, bem como, a otimização de resultados estéticos e de satisfação do paciente. Também é válido ressaltar que os resultados estéticos têm uma significativa parcela de subjetividade por parte do paciente, e que mesmo o cirurgião tendo bastante experiência, nem sempre consegue atingir a(s) expectativa(s) do cliente, dessa forma, o tratamento psicoterapêutico torna-se o melhor recurso para uma boa evolução da CPE. Outro fator igualmente importante e frequente é a presença comum de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente obesidade, e tabagistas que buscam por CPE, estes apresentam um potencial enorme de riscos e complicações perioperatórias, haja visto, que podem apresentar carências nutricionais importantes, hipoxemia tecidual que consequentemente prejudicam a recuperação e cicatrização do indivíduo. No entanto, caso seja identificado o déficit nutricional, o Nutricionista naturalmente consegue tratá-las para restabelecer o estado geral (exceto tabagismo), favorecendo a cicatrização e garantia de um bom resultado estético.

Neste contexto, cabe ao nutricionista a realização da reeducação nutricional e atenção primária, visando a prevenção de obesidade e suas comorbidades, detectar comportamentos de risco e condições que possam desencadeá-los. Por meio da atuação do nutricionista e da equipe multidisciplinar, com base nas terapias comportamentais-cognitivas (TCC), deve-se utilizar estratégias para auxiliar no diagnóstico e tratamento de compulsões alimentares e distúrbios de IC, para obter um maior alcance e resultados satisfatórios, fomentando a adoção de hábitos de vida e alimentares saudáveis, com vistas à garantir resultados cirúrgicos satisfatórios e a diminuição dos dispêndios com sistema público de saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Complementar (convênios), além de evitar um possível stress emocional e execuções jurídicas tanto para o médico cirurgião quanto para o paciente.

Red Haired Girl, Amedeo Modigliani

Referências

REFERÊNCIAS

- ADAMS, J. Motivational narratives and assessments of the body after cosmetic surgery. **Qualitative Health Research**, v. 20, n. 6, p. 755-767, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207954>>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- AGREN, M.S.; FRANZÉN, L. Influence of zinc deficiency on breaking strength of 3-week-old skin incisions in the rat. **Acta Chirurgica Scandinavica**, v. 156, n. 10, p. 667-70, oct. 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2264423>>. Acesso em 26 jan. 2017.
- AKASURA, L.; CASTRO, T.G.; TOMITA, L.Y. Vitamina A, retinóides e carotenoides. In: CARDOSO, M. (Org.). **Nutrição Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 81-103.
- ALGARS, M.; SANTTILA, P.; VARJONEN, M.; WITTING, K.; JOHANSSON, A.; JERN, P.; SANDNABBA, N.K. The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. **Journal of Aging and Health**, v. 21, n. 8, p. 1112-1132, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19897779>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- ALMEIDA, A.L.J.; AMARAL, T.C.N. Nutrição adequada. In: RESENDE, J.H.C. (Org.). **Tratado de Cirurgia Plástica na Obesidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. cap. 1, p. 3-9.
- ALVARENGA, M.S.; PEREIRA, R.F.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T.; ESTIMA, C.C.P.; CROLL, J. Psychometric evaluation of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). **Appetite**, v. 55, p. 374-376, 2010.
- AMARAL, A.C.S.; CORDÁS, T.A.; CONTI, M.A.; FERREIRA, M.E.C. Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1487-1497, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/04.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- AMARAL, A.C.S.; FORTES, L.S.; FERREIRA, M.E.C. Imagem corporal e atividade física em mulheres que realizaram cirurgia estética. **HU Revista**, v. 37, n.1, p. 31-38, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.
- AMERICAN SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. **ISAPS Global Statistics - Procedures Performed in 2015**. 2015, 20p. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2016%20ISAPS%20Results.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.
- ANDERSEN, R.E.; WADDEN, T.A.; BARTLETT, S.J.; VOGT, R.A.; WEINSTOCK, R.S. Relation of Weight Loss to Changes in Serum Lipids and Lipoproteins in Obese Women. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 2, p. 350-357, Aug. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/7625342/>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

-
- ANDERSON, J.B. Minerais. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. (Org.). **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. Tradução Andréa Favano. São Paulo: Roca, 2005. cap. 5, p. 115-155.
- ANDERSON, J.W.; KONZ, E.C. Obesity and Disease Management: Effects of Weight Loss on Comorbid Conditions. **Obesity: a research journal**, v. 9, n. S11, p. 326S-334S, nov. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11707561>>. Acesso em: 27 nov. 2016.
- ANDRADE, P.M.M. Os minerais no exercício. In: BIESEK, S.; ALVES, L.A.; GUERRA, I. (Org.). **Estratégias de nutrição e suplementação no esporte**. Barueri: Manole, 2010. p. 103-127.
- ANDRETTI, A.C.C. Cirurgia Estética. In: SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Nutrição Estética**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 16, p.203-214.
- ANDREWS, J.M.; MARTINO, M.D.; FREITAS, F.P. História da Cirurgia Plástica. In: FERREIRA, L.M. (Coord.) **Cirurgia Plástica**. Barueri: Manole, 2007. cap. 1, p. 3-11. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).
- ARANTES, H.L.; ROSIQUE, R.G.; ROSIQUE, M.J.F.; MÉLEGA, J.M. Há necessidade de drenos para prevenir seroma em abdominoplastias com pontos de adesão? **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 24, n. 4, p. 521-524, 2009. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/534/ha-necessidade-de-drenos-para-prevenir-seroma-em-abdominoplastias-com-pontos-de-adesao->>. Acesso em: 21 dez. 2016.
- ARAYA, M.; OLIVARES, M.; PIZARRO, F.; GONZÁLEZ, M.; SPEISKY, H.; UAUY, R. Gastrointestinal symptoms and blood indicators of copper load in apparently healthy adults undergoing controlled copper exposure. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.77, n. 3, p. 646-650, march 2003 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12600855>>. Acesso em 3 fev. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2014, base LSE 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. 188p. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- ASSUMPÇÃO, G.G. Lipoaspiração associada à miniabdominoplastia com abaixamento do umbigo sem desinserção umbilical. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 450-456, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2016.

AVELAR, J.M. Uma nova técnica de abdominoplastia: sistema vascular fechado de retalho subdérmico dobrado sobre si mesmo, combinado com lipoaspiração. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 88/89, p. 3-20, 1999.

AVELAR, C.F.P. **Personalidade e propensão à cirurgia plástica estética**. 2011. 166f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8M3GRP/disserta__o___catia_avelar.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 nov. 2016.

AZEVEDO, A.L.G.; PUJOL, A.P. Inflamação crônica e desordens estéticas. In: PUJOL, A.P.P. (Org.). **Nutrição aplicada à estética**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. cap. 3, p. 21-34.

BAHL, S.M. Considerações nutricionais no tratamento de feridas. In: GOGIA, P.P. (Org.). **Feridas: tratamento e cicatrização**. Tradução Henrique Gomes Marques. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. cap. 5, p. 59-67.

BANFIELD, S.S.; MCCABE, M.P. An evaluation of the construct of body image. **Adolescence**, v. 37, n. 146, p. 373-393, Summer 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12144166>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BAROUDI, R.; FERREIRA, C.A. Seroma: how to avoid it and how to treat it. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 18, n. 6, p. 439-441, nov./dec. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19328174>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

BARTOLA, M.C.; COZZOLINO, S.M.F. Vitamina E (tocoferol). In: COZZOLINO, S.M.F. (Org.). **Biodisponibilidade de nutrientes**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Manole, 2009. p.319-339.

BARROS, D.D.: Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 547-54, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/hcsm/v12n2/19.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2016.

BARUZZI, A.C.A.; KNOBEL, E. Profilaxia da trombose venosa profunda. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 22, p. 61-64, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A.L.; BRESSONI, C.C. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1917-1922, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BATISTA, E.S.; COSTA, A.G.V.; PINHEIRO-SANT'ANA, H.M. Adição da vitamina E aos alimentos: implicações para os alimentos e para a saúde humana. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 525-535, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2016.

BEARD, J.L.; CONNOR, J.R. Iron status and neural functioning. **Annual Review of Nutrition**, v. 23, p. 41-58, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12704220>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BERGFELD, W.F.; MULINARI-BRENNER, F. Shedding: how to manage a common cause of hair loss. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 68, n. 3, p. 256-61, march 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11263854>>. Acesso em: 17 dez. 2016.

BERGFELD, W.F. Alopecia: histologic changes. **Advances in Dermatology**, v. 4, p. 301-320, 1989. Discussion 321.

BESHGETOOR, D.; HAMBIDGE, M. Clinical conditions altering copper metabolism in humans. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, 5 Suppl, p. 1017S-1021S, May 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9587145>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BETONI, F.; ZANARDO, V.P.S.; CENI, G.C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **Revista ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 430-440, 2010. Disponível em: <<http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/2322-11954-1-pb.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

BHUGRA, D.; MASTROGIANNI, A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 184, p. 10-20, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702222>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

BIGGS, M.M.; RUSH, J. Cognitive and behavioral therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In: JANOWSKY, D.S. (Ed.) **Psychotherapy, indications and outcomes**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. p. 121-171.

BOTTONI, A.; BOTTONI, A.; RODRIGUES, R.C. Cirurgia e Trauma. In: CUPPARI, L. (Coord.). **Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 17, 349-378. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990. p. 96-108.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais. Brasília, DF: **Diário Oficial [da] União**, 23 set. 2005.

BREITING, V.B.; HÖLMICH, L.R.; BRANDT, B.; FRYZEK, J.P.; WOLTERS, M.S.; KJØLLER, K.; MCLAUGHLIN, J.K.; WIIK, A.; FRIIS, S. Long-term health status of Danish women with silicone breast implants. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 114, n. 1, p. 217-26, jul. 2004. Discussion 227-228. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15220596>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRIGELIUS-FLOHÉ, R.; KELLY, F.J.; SALONEN, J.T.; NEUZIL, J.; ZINGG, J.M.; AZZI, A. The European perspective on vitamin E: current knowledge and future research. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 76, n. 4, p. 703-76, Oct. 2002.

BROWN, C.; BATTISTA, D.R.; BRUEHLMAN, R.; SEREIKA, S.S.; THASE, M.E.; DUNBAR-JACOB, J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. **Med Care**, v. 43, n. 12, p. 1203-7, dec. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299431>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

Brown, T.A., Cash, T.F., & Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.

BROWN, S.A.; COIMBRA, M.; COBERLY, D.M.; CHAO, J.J.; ROHRICH, R.J. Oral Nutrition Supplementation accelerates skin wounds healing: a randomized, placebo-controlled, double-arm, crossover study. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 114, n. 1, p. 237-244, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15220599>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

BROWNELL, K.D., RODIN, J. The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight? **American Psychologist**, v. 49, n. 9, p. 781-791, 1994.

BUSZBY, G.P.; MULLEN, J.L.; MATTHEWS, D.C.; HOBBS, C.L.; ROSATO, E.F. Prognostic Nutritional index in gastrointestinal surgery. **The American Journal of Surgery**, v. 139, n. 1, p. 160-167, jan. 1980. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7350839>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

CAMPANA, A.N.N.B.; FERREIRA, L.; TAVARES, M.C.G.C.F. Associações e diferenças entre homens e mulheres na aceitação de cirurgia plástica estética no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 108-114, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000100018>. Acesso em: 7 jun. 2014.

CAMPOS, A.C.L.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A.K. Cicatrização de feridas. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-58, Mar 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CANAL, R.; SANTOS, F.G.A. Intercorrências em Cirurgia Plástica. In: CHAVES, L.O.; GOLDENBERG, D.C.; SALDANHA, O.R.; SALLES, A. G.; FERREIRA, L.M.; CALAZAN, D.; STEFFEN, N.; DE FREITAS, J.O.G.; KURY, R. (Org.). *Cirurgia Plástica Segura. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 31, Supl. 1, p. 53-103, nov. 2016. Edição especial.

CANTRELL, C.R.; EADDY, M.T.; SHAH, M.B.; REGAN, T.S.; SOKOL, M.C. Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy: a real-world comparison of adherence and economic outcomes. **Med Care**, v. 44, n. 4, p. 300-303, apr. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565629>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

CARVALHO, K.M.B. Obesidade. In: CUPPARI, L. (Org.). **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 8, p. 149-170. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar.

CARVALHO, D. V.; BORGES, E. L. Tratamento ambulatorial de pacientes com ferida cirúrgica abdominal e pélvica. **RemE: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 25-33, jan./mar., 2011.

CASH, T.F. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. **Perceptual and Motor Skills**, v. 77, n. 3, p. 1099-1103, 1993.

CASH, T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body image: a handbook of Theory, research, and clinical practice** New York: The Guilford Press, 2002. p.38-46.

CASH, T.F. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Ed.). **Body Image: a hand book of science, practice and prevention**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2011. cap. 5, p. 39-47.

CASH, T.F.; DEAGLE, E.A. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. **International of Beauty Journal of Eating Disorders**, v. 22, n. 2, p. 107-125, sep. 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9261648>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

CASH, T.F., GOLDENBERG-BIVENS, R.B., GRASSO, K. Multidimensional body-image predictors of college women's attitudes and intentions vis-à-vis cosmetic surgery. **Proceedings of the Conference of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies**. Washington/DC, USA, 2005.

CASH, T.F.; HENRY, P.E. Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. **Sex Roles**, v. 33, n. 1, p. 19-28, july 1995. doi:10.1007/BF01547933. Acesso em: 10 nov. 2016.

CASH, T.F.; LABARGE, A.S. Development of the Appearance Schemas Inventory: a new cognitive body-image assessment. **Cognitive Therapy and Research**, v. 20, n. 1, p.37-50, feb. 1996. doi:10.1007/BF02229242. Acesso em: 14 nov. 2016.

CASH, T.F.; MELNYK, S.E.; HRABOSKY, J.I. The assessment of body image investment: an extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n. 3, p. 305-316, apr. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15048946>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

CASH, T.F; PRUZINSKY, T. **Body image: a handbook of theory, research e clinical practice**. New York (USA): Guilford Press, 2004. p. 132-140.

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. Future challenges for body image theory, research and clinical practice. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford, 2002. p. 509-516.

CASH, T.F. The influence of sociocultural factors on body image: searching for constructs. **Clinical Psychology, Science and Practice**, v. 12, n. 4, p. 438-442, dec. 2005.

CASH, T.F. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images. In: CASH, T.E; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body images: Development, deviance, and change**. New York: Guilford Press, 1990. p. 51-79.

CASH, T.F. **What do you see when you look in the mirror?** Helping yourself to a positive body image. New York: Bantam, 1995.

CASH, T.F.; WOOD, K.C.; PHELPS, K.D.; BOYD, K. New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. **Perceptual and Motor Skills**, v. 73, p. 235-241, 1991.

CASTILHO, S.M. **A Imagem Corporal**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001. 100p.

CATANIA, A.S.; BARROS, C.R.B.; FERREIRA, S.R.G. Vitaminas e minerais com propriedades antioxidantes e risco cardiometabólico: controvérsias e perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 550-559, 2009.

CHAVES, L.O. A evolução da segurança cirúrgica na especialidade de Cirurgia Plástica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 31, Supl. 1, p. 11-12, nov. 2016. Edição especial.

CHEN, H.C.; KARRI, V.; CHUNG, K.P.; YANG, M.C. Psychological profile of Taiwanese female cosmetic surgery candidates: understanding their motivation for cosmetic surgery. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 34, n. 3, p. 340-349, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20174801>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

CIVITA, V. **Mitologia**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. V. III, p. 633.

CLARK, S.F. Vitamins and Trace Elements. In: GOTTSCHIC, H M.M. (Ed.). **The A.S.P.E.N. nutrition support core curriculum, a case-based approach: the adult patient**, Silver Spring, USA: American Society for Parenteral and Enteral Nutri, 2007. cap. 8, p. 129-162.

COELHO, F.D. **(In)Satisfação corporal em mulheres submetidas à cirurgia plástica**. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/labesc/files/2010/06/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Fernanda-Dias-Coelho.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

COMISSAO NACIONAL DE SEGURANCA DA SBPC. Segurança em procedimentos em cirurgia plástica: o escore de segurança e recomendações para a prevenção e conduta nas intercorrências. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 31, Supl. 1, p.110-128, nov. 2016. Edição especial.

CONSOLO, L.Z.Z. **Alterações plasmáticas do cobre e do zinco em crianças submetidas à cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea**. 2008. 116f. Tese (Doutorado) - Programa

Multi-institucional de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2008.

COQUEIRO, R.D.S.; PETROSKI, E.L.; PELEGRINI, A.; BARBOSA, A.R. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 1, p. 31-38, 2008.

CORDÁS, T.A. Cirurgia plástica e transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 347, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2016.

CORIDDI, M.; NADEAU, M.; TAGHIZADEH, M.; TAYLOR, A. Analysis of satisfaction and well-being following breast reduction using a validated survey instrument: the BREAST-Q. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 132, n. 2, p. 285–290, aug. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23584622>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

CORREIA, M.I.T.D. Avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos. In: CLÍNICA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA; COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Editado por Antonio Carlos L. Campos. **Nutrição em Cirurgia**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 1, p. 1-12. (ano VII; v. 1).

CÔRTEZ, C.; CASTELLÓN, L.; BOCK, L. Perto da Perfeição. **Revista Isto é**. São Paulo, 13 set 2000. Caderno Medicina e Bem Estar, edição 2456, n. 1616. Disponível em: <http://istoe.com.br/39147_PERTO+DA+PERFEICAO/>. Acesso em: 9 jan. 2017.

COSTA, L.C.F., VASCONCELOS, F.A.G. Influence of socioeconomic, behavioral and nutritional factors in body image dissatisfaction among female university students in Florianopolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 665-676, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/11.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

COUGHLIN, J.W.; SCHREYER, C.C.; SARWER, D.B.; HEINBERG, L.J.; REDGRAVEA, G.W.; GUARDA, A.S. Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: attitudes and experience. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 180-183, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119760>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

COUTINHO, V.F.; AZEVEDO, C.H.; NUNES, M.L.; MOURA, C.C.; ROSA, G.V.R.; LIMA, J.R.; MACHADO, R.V. Relação do estado nutricional com a percepção e a satisfação da imagem corporal de adolescentes inseridos em programa de inclusão social em Porto Alegre, RS. **EFDeportes.com (online)**, v. 15, n. 166, 2012. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd166/estado-nutricional-com-a-percepcao-da-imagem-corporal.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. (Org.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 22, p. 265-272.

COZZOLINO, S.M.F.; MICHELAZZO, F.B. Biodisponibilidade: conceitos, definições e aplicabilidades. In: COZZOLINO, S.M.F. (Org.). **Biodisponibilidade de nutrientes**. 3. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2009. cap. 1, p. 3-11.

CUMMING, C. Nutrition for the patient with a chronic wound. In: RUDOLPH, R.; NOE, J.M. (Org.). **Chronic Problem Wounds**. Boston, MA: Little Brown & Co, 1983. p. 53-63.

DAMASCENO, V.O.; VIANNA, V.R.A.; VIANNA, J.M.; LACIO, M.; LIMA, J.R.P.; NOVAES, J.S. Imagem Corporal e corpo ideal. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. v. 14, n. 1, p. 87-96, 2006. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/viewfile/691/696>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

DAMASCENO, V.O.; LIMA, J.R.P.; VIANNA, J.M.; VIANNA, V.R.A.; NOVAES, J.S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 3, p. 181-186, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-6922005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2016.

DANIEL, C.G.; GUIMARÃES, G.; AERTS, D.R.G.C.; RIETH, S.; BAPTISTA, R.R.; JACOB, M.H.V.M. Imagem corporal, atividade física e estado nutricional em adolescentes no sul do Brasil. **Aletheia**, n. 45, p. 128-138, 2014.

DAVIDSON, T.E.; MCCABE, M.P. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. **Sex Roles**, v. 52, n.7, p. 463-175, apr. 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11199-005-3712-z>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

DE BRITO, M.J.A.; NAHAS, F.X.; ORTEGA, N.R.S.; CORDÁS, T.A.; DINI, G.M.; SABINO NETO, M.; FERREIRA, L.M. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: a fuzzy model. **International journal of medical informatics**, v. 82, n. 9, p. 844-853, sep. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23726374>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DETILLION, C.E.; CRAFT, T.K.S.; GLASPER, E.R.; PRENDERGAST, B.J.; DEVRIES, A.C. Social facilitation of wound healing. **Psychoneuroendocrinology**, v. 29, n. 8, p. 1004-1011, Sep. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15219651>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

DE PAULA, P.R.; FREITAS-JÚNIOR, R.; PRADO, M.; NEVES, C.G.L.; ARRUDA, F.C.F.; VARGAS, V.E.B.; FERNANDES, F.S. Transtornos depressivos em pacientes que buscam cirurgia plástica estética: uma visão ampla e atualizada. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 31, n. 2, p. 261-268, 2016.

DI MARTINO, M.; NAHAS, F.X.; NOVO, N.F.; KIMURA, A.K.; FERREIRA, L.M. Seroma em lipoabdominoplastia e abdominoplastia: estudo ultrassonográfico comparativo. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 4, p. 679-87, 2010.

DIAS, A.C. O corpo e a imagem. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em Cirurgia Plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 2, p. 11-16.

DIEZ GARCIA, R.W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2017.

DÔRES, S.M.C.; PAIVA, S.A.R.; CAMPANA, A.O. Vitamin K: metabolism and nutrition. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 207-218, Sept./Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732001000300007>. Acesso em: 13 dez. 2016.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C.; GONÇALVES, C.V.; SILVANA, M. Infecções urinárias na gravidez: análise dos métodos para diagnósticos e do tratamento. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p. 471-477, 2002.

DUCHESE, M. Transtornos alimentares. In: RANGÉ, B.(org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psicoterapêuticos**. São Paulo: Editorial Psy, 1998. p. 185-198.

EBRECHT, M.; HEXTALL, J.; KIRTLEY, L.G.; TAYLOR, A.; DYSON, M.; WHEINMAN, J. Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults. **Psychoneuroendocrinology**, v. 29, n. 6, p. 798-809, jul. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15110929>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

EDMONDS, A. No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 189-261.

ELLINGER, S.; STEHLE, P. Efficacy of vitamin supplementation in situations with wound healing disorders: results from clinical intervention studies. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 12, n. 6, p. 588-595. Nov. 2009. Acesso em: 24 nov. 2016. doi: 10.1097/MCO.0b013e328331a5b5.

ETCOFF, N.; ORBACH, S.; SCOTT, J; D'AGOSTINO, H. The real truth about beauty: a global report - findings of the global study on women, beauty and well-being. White paper, 2004. Disponível em: <http://www.clubofamsterdam.com/contentarticles/52%20Beauty/dove_white_paper_final.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

FALLON, E.A.; HAUSENBLAS, H.A. Media images of the "ideal" female body: can acute exercise moderate their psychological impact? **Body Image**, v. 2, n. 1, p. 62-73, mar. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089175>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FERNANDES, A.E.R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/arquivos/dissertacao_ufmg.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2016.

- FERREIRA, A.C.B.; ALMEIDA, J.C.; HOCHMAN, B. Conduta Dietoterápica na Cicatrização. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em Cirurgia Plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 8, p. 69-76.
- FERREIRA, A.C.; HOCHMAN, B.; FURTADO, F.; BONATTI, S.; FERREIRA, L.M. Keloids: a new challenge for nutrition. **Nutrition Reviews**, v. 68, n. 7, p. 409-417, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591108>>. Acesso em: 17 jun. 2016.
- FIELD, A.E.; CAMARGO, C.A.; TAYLOR JÚNIOR, C.B.; BERKEY, C.S.; ROBERTS, S.B.; COLDITZ, G.A. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. **Pediatrics**, v. 107, n.1, p. 54-60, jan. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11134434>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (Org.). **Bodyimages: development, deviance and change**. New York: The Guilford Press, 1990. p. 4-18.
- FLEISS, J. L., TYTUN, A.; URY, H. K. A Simple Approximation for Calculating Sample Sizes for Comparing Independent Proportions, **International Biometric Society**, v. 36, n.2, p. 343-346, 1980. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2529990>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- FLOR, G. Corpo, Mídia e Status Social: reflexões sobre os padrões de beleza. **Revista de Estudos da Comunicação**, Curitiba, v. 10, n. 23, p. 267-274, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/comunicacao?dd1=3635&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. cap. IX (poder-corpo), p. 147.
- FRANCO, T.; REBELLO, C. Conceitos de beleza. In: FRANCO, T.; REBELLO, C. **Cirurgia Estética**. Rio de Janeiro; São Paulo: Atheneu, 1977. cap. 2, p. 9-26.
- FREDERICK, D.A.; PEPLAU, L.A.; LEVER, J. The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. **Body Image**, v. 3, n. 4, p. 413-419, dec. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089245>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- FREDRICKSON, B. L.; ROBERTS, T. Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, v. 21, p.173-206, 1997. Disponível em: <<http://www.sanchezlab.com/pdfs/FredricksonRoberts.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- FREIRE, M.A.M.S; SILVA, A.L.A.L. Lipoabdominoplastia. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de Cirurgia Plástica**. Rio de Janeiro: Manole, 2007. Cap. 88, p. 723-727.
- FRIEDERICH, H.C.; UHER, R.; BROOKS, S.; GIAMPIETRO, V.; BRAMMER, M.; WILLIAMS, S.C.; HERZOG, W.; TREASURE, J.; CAMPBELL, I.C. I'm not as slim as that girl: neural bases of body shape self-comparison to media images. **Neuroimage**, v. 37, n. 2, p.

674-81, aug. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17604649>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FURTADO, F.M.G.P.; ROCHA, M.J.A.B. Qualidade de vida do paciente submetido à Cirurgia Plástica. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em cirurgia plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 17, p. 163-171.

GALLAGHER, M. L. Vitaminas. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12. ed. São Paulo: Roca, 2010. cap. 4, p. 72-114.

GARCIA, A. F. E.; FERREIRA, L.G.M.; SCHNEIDER, A.P.; SIMEÃO JÚNIOR, C.A. A inadequação de macro e micronutrientes da dieta no pós operatório de pacientes submetidos a Cirurgias Plásticas. **Revista Médica Eletrônica de Portales Medicos.com**, v. 8, n. 8, p. 1-6, jun. 2013. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/254558546_A_inadequao_de_macro_e_micronutrientes_da_dieta_de_pacientes_no_ps-operatrio_submetidos_s_cirurgias_plsticas>. Acesso em: 14 jun. 2016.

GARNEY, D.M.; WOOLEY, S.C. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. **Clinical Psychology Review**, v. 11, n. 6, p. 729-780, 1991. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90128-H](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(91)90128-H)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GIULIANI, N.R.; COLFERAI NETO, H.I.; COLFERAI, D.R.; SÁ, L.V.; FROTA, R.C.; VERISSIMO P. Variação do peso corporal após abdominoplastia no período de cinco anos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Supl. 28, p. 84, 2013.
GOGIA, P.P. Fisiologia da cicatrização de feridas. In: GOGIA, P.P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Tradução Rômulo Henrique Gomes Marques. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. cap. 1, p. 1-9.

GOLDENBERG, D. Cirurgia Plástica Segura: a segurança do paciente no contexto da medicina baseada em evidências. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 31, Supl. 1, p. 13-17, nov. 2016. Edição Especial.

GOLDENBERG, M. Gênero e Corpo na Cultura Brasileira. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 65–80, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a06.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

GOLDENBERG, M. The body as capital: Understanding Brazilian culture. **Vibrant**, v. 7, p. 220–238, 2010. Disponível em: <http://www.vibrant.org.br/downloads/v7n1_goldenberg.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2016.

GOLDSTEIN, D.J. Beneficial health effects of modest weight loss. **International journal of obesity and related metabolic disorders**, v. 16, n. 6, p. 397-415, june 1992. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1322866>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

GOMES, A.P.; VITORINO, R.R.; VIEIRA, P.A.F.; FONTES, G.G.; OLIVEIRA, M.R.; LIMA, L.N.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A. Avaliação Nutricional da Urina. In: CALIXTO-LIMA, L.; REIS, N.T. (Org.). **Interpretação de Exames Laboratoriais aplicados à Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. cap. 3, p. 39-50.

- GOMES, F.S.; CASTRO, I.R.; MONTEIRO, C.A. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 62, n. 4, out. 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- GONÇALVES, J.S. Terapia Cognitivo-comportamental e a atuação do nutricionista. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em Cirurgia Plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 14, p. 127-135.
- GORE, D.C.; CHINKES, D.; HEGGERS, J.; HERNDON, D.N.; WOLF, S.E.; DESAI, M. Association of hyperglycemia with increased mortality after severe burn injury. **The Journal of Trauma**, v. 51, n. 3, p. 540-4, sept. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11535907>>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- GROESZ, L.M.; LEVINE, M.P.; MURNEN, S.K. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n. 1, p. 1-16., jan. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11835293>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- GROGAN, S. **Body Image: understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 2. ed. Londres: Routledge Publishers, 2008, p.264.
- GUMMERSBACH, C.; GUMMERSBACH, C.; HEMMRICH, K.; KRÖNCKE, K.D.; SUSCHEK, C.V.; FEHSEL, K.; PALLUA, N. New aspects of adipogenesis: radicals and oxidative stress. **Differentiation**, v. 77, n. 2, p. 115-120, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281770>>. Acesso em: 11 jun. 2016.
- GUPTA, V.; WINOCOUR, J.; RODRIGUEZ-FEO, C.; BAMBA, R.; SHACK R.B.; GROTTING, J.C.; HIGDON, K.K. Safety of Aesthetic Surgery in the Overweight Patient: Analysis of 127,961 Patients. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 36, n. 6, p. 718-29, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26895958>>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- HAFEZI, F.; NOUHI, A.H. Abdominoplasty and seroma. **Annals of Plastic Surgery**, v. 48, n. 1, p. 109-10, jan. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11773745>>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- HAWTON, K.; KIRK, J. Resolução de problemas. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARCK, D.M. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psicoterapêuticos: um guia prático**. Tradução Alvamar Lamparelli. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 575-604.
- HAYASHI, T.; GEKKA, T.; NAKANO, T.; TSUNEOKA, H. Improvement in S-cone-mediated Improvement in S-cone-mediated visual fields and rod function after correction of vitamin A deficiency. **European Journal of Ophthalmology**, v. 21, n. 5, p. 657-660, Sep./Oct. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21319138>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- HENDERSON-KING, D.; BROOKS, K.D. Materialism, sociocultural appearance messages, and parental attitudes predict college women's attitudes about cosmetic surgery. **Psychology**

- of **Women Quarterly**, v. 33, n. 1, p. 133-142, 2009. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.539.1684&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- HILL, G.; SILVER, A.G. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. **Psychosomatic Medicine**, v. 12, p. 345-52, 1950.
- HOLLYMAN, J.A.; LACEY, J.H.; WHITFIELD, P.J.; WILSON, J. S. P. Surgery for the psyche: a longitudinal study of women undergoing reduction mammoplasty. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 39, p. 222-4, 1986.
- HONIGMAN, R.J.; PHILLIPS, K.A.; CASTLE, D.J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 113, n. 4, p. 1229-37, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762095/>> Acesso em: 12 fev. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. Global Statistics. **ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic: procedures performed in 2014**, p. 1-18. Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>>. Acesso: 20 fev. 2017.
- IP, K.; JARRY, J.L. Investment in body image for self-definition results in greater vulnerability to thin media than does investment in appearance management. **Body Image**, v. 5, n. 1, p. 59-69, mar. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18405864>> Acesso em: 20 fev. 2017.
- ISHIGOOKA, J.; IWAO, M.; SUZUKI, M.; FUKUYAMA, Y.; MURASAKI, M.; MIURA, S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. **Psychiatric and Clinical Neurosciences**, v. 52, n. 3, p. 283-287, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9681579>>. Acesso em: 14 jun. 2016.
- JAVO, I.M.; SORLIE, T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 126, n. 2, p. 687-8, jul./sep. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20814275>>. Acesso em: 27 nov. 2016.
- JONES, D.C.; VIGFUSDOTTIR, T.H.; LEE, Y. Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys. **Journal of Adolescent Research**, v. 19, n. 3, p. 323-339, 2004.
- KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jan. 2017.

KAKESHITA, I. S. **Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 118f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

KAMAL, A.H.; TEFFERI, A.; PRUTHI, R. K. How to interpret and pursue an abnormal prothrombin time, activated partial thromboplastin time, and bleeding time in adults. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 82, n. 7, p. 864-73, July 2007. Disponível em: <[http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61313-X/abstract](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61313-X/abstract)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R. CUPARI, L. Avaliação Nutricional. In: CUPARI, L. (Org.). **Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. Barueri: Manole, 2005. cap. 6, p. 89-115.

KNORR, N.J.; EDGERTON, M.T.; HOOPEES, J.E. The "insatiable" cosmetic surgery patient. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 40, n. 3, p. 285-289, sep. 1967.

LAUS, M.F. **Estudo das relações entre prática de atividade física, estado nutricional e percepção da imagem corporal em adolescentes do ensino médio de Ribeirão Preto/SP**. 2009. 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2009.

LAUS, M.F. **Investimento psicológico disfuncional na aparência: seriam os relacionamentos amorosos fatores de proteção?** Relatório Científico (Pós-Doutorado). Ribeirão Preto: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. 30 de maio de 2016. Processo No. 2013/04357-0.

LAUS, M.F.; STRAATMAN, G.; KAKESHITA, I.S.; BRAGA COSTA, T.M.; ALMEIDA, S.S. A influência da imagem corporal no comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S.S.; BRAGA COSTA, T.M.; STRAATMAN, G.; LAUS, M.F. (Org.). **Psicobiologia do Comportamento Alimentar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 7, p. 103-118.

PHELPS, L.; JOHNSTON, L.S.; AUGUSTYNIAK, K. Prevention of Eating Disorders: Identification of Predictor Variables. **Journal of Eating Disorders - The Journal of Treatment & Prevention**, v. 7, n. 2, p. 99-108, 1999. <http://dx.doi.org/10.1080/10640269908251189>.

LEMAIRE-EWING, S.; DESRUMAUX, C.; NÉEL, D.; LAGROST, L. Vitamin E transport, membrane incorporation and cell metabolism: Is alpha-tocopherol in lipid rafts an oar in the lifeboat?. **Molecular Nutrition & Food Research**, v. 54, n. 5, p. 631-640, may 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20166147>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

LÉPINE, J.P.; BRILEY, M. The increasing burden of depression. **Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 7, Suppl 1, p. 3S-7S, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

LIMA, R.S. **A mídia na padronização estético corporal da beleza feminina**. 2014. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Centro de Humanidades, Universidade Estadual da Paraíba, Guarabira-PB, 2014. Disponível em:

<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3389/1/PDF%20-%20Roseane%20da%20Silva%20Lima.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

LIPOWSKA, M.; LIPOWSKI, M. Narcisism as a Moderator of Satisfaction with Body Image in Young Women with Extreme Underweight and Obesity. **PLoS ONE**, v. 10, n. 5, 2015.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427461/pdf/pone.0126724.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

LONG, C. Energy expenditure of major burns. **Journal of Trauma**, v. 19, Suppl. 11, p. 904-6, 1979.

LOHMAN, T.G. Assessing fat distribution. In: LOHMAN, T.G. Advances in body composition assessment. **Current issues in exercise science series**. Illinois: Human Kinetics Champaign, 1992. p. 57-63. Monograph n. 3.

LOUREIRO, B.M.C.; FEITOSA-FILHO, G.S. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 12, n. 4, p. 314-320, out./dez. 2014. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n4/a4412.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

LOUZADA, M.L.C.; MARTINS, A.P.B.; CANELLA, D.S.; BARALDI, L.G.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M.; MOUBARAC, J.C.; CANNON, G.; MONTEIRO, C.A. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 38, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2017.

LUKASKI, H.C. Vitamin and Mineral Status: effects on physcial performance. **Nutrition**, v. 20, n. 7-8, p. 632-644, Jul./Aug. 2004. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15212745>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MACHADO, N.M. Conduta dietoterápica em cirurgia reparadora ou de queimados. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em cirurgia plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 10, p. 87-95.

MAIA, M.S.; ALBUQUERQUE, A. Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 132, p. 81-88, 2000.

MANELA-AZULAY, M. ; MANDARIM-DE-LACERDA, C.A.; PEREZ, M.A.; FILGUEIRA, A.L.; CUZZI, T. Vitamina C. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 61-68, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MANGARAVITE, R. Cirurgias de mama. In: MANGARATIVE, R. **O que é a cirurgia plástica pode fazer por você?**. Rio de Janeiro: 3R Studio Comunicação, 2009. cap. 13, p. 86-101.

MANGARAVITE, R. Lipoaspiração. In: MANGARATIVE, R. **O que é a cirurgia plástica pode fazer por você?**. Rio de Janeiro: 3R Studio Comunicação, 2009. cap. 15, p. 110-123.

MANJREKAR, E.; BERENBAUM, H. Exploring the utility of emotional awareness and negative affect in predicting body satisfaction and body distortion. **Body Image**, v. 9, n. 4, p. 495-502, Sep. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22704952>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MANNING, J.T.; SCUTT, D.; WHITEHOUSE, G.H.; LEINSTER, S.J. Breast Asymmetry And Phenotypic Quality In Women. **Evolution and Human Behavior**, v. 18, n. 4, p. 223-236, july 1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0162309597000020>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

MATARASSO, A.; SWIFT, R.W.; RANKIN, M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 117, n. 6, p. 1797-808, May 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651953>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MATTEI, V.E.D.; BAGLIACCA, E.P.; AMBROSI, A.; LANFRANCHI, L.; PREIS, F.B.; SARNO, L. The Impact of Cosmetic Plastic Surgery on Body Image and Psychological Well-Being: A Preliminary Study. **International Journal of Psychology & Behavior Analysis**, v. 1, n. 103, p. 1-6, 2015. Disponível em: <<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=55384>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

MATTEI, V.E.D.; BAGLIACCA, E.P.; LAVEZZARI, L.; DI PIERRO, R.; CARNELLI, L.; ZUCCHI, P.; PREIS, F.B.; SARNO, L. Body Image and Personality in Aesthetic Plastic Surgery: A Case-Control Study. **Open Journal of Medical Psychology**, v. 4, p. 35-44, 2015. Disponível em: <http://file.scirp.org/pdf/OJMP_2015040715391353.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MCCABE, M.P.; RICCIARDELLI, L.A. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. **Behaviour Research and Therapy**, v. 43, n. 5, p. 653-668, may 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865919>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MCCARTHY, C.M.; CANO, S.J.; KLASSEN, A.F.; SCOTT, A.; VAN LAEKEN, N.; LENNOX, P.A.; CORDEIRO, P.G.; PUSIC, A.L. The Magnitude of Effect of Cosmetic Breast Augmentation on Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life. **Plastic & Reconstructive Surgery**, v. 130, n. 1, p. 218-223, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743886>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MCGRATH, M.H. The psychological safety of breast implant surgery. **Plastic & Reconstructive Surgery**, v. 120, Suppl. 1, p. 103S-109S, dec. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090819>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

MÉLEGA, J.M. Introdução à Cirurgia Plástica. In: MÉLEGA, J.M.; ZANINI, S.A.; PSILLAKIS, J.M. (Org). **Cirurgia Plástica Reparadora e Estética**. 2. ed. São Paulo: Medsi, 1992. 1078p. cap. 1, p. 1-14.

- MELNYK, S.E.; CASH, T.F.; JANDA, L.H. Body image ups and downs: prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences. **Body Image**, v. 1, n. 3, p. 225-235, sep. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089155>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- MENZEL, J.E.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J.K. Attitudinal assessment of body image for adolescents and adults. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Org.), **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. New York: The Guilford Press, 2011. p. 154-169.
- MERRIL, T.D. Surgical complications. In: TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, R.D.; EVERS, M.D.; MATTOX, K.L. (Orgs.). **Sabiston Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice**. 17. ed. Philadelphia: Saunders, 2004. cap. 15.
- MESQUITA, D.M.; FREIRE, R. B. M. Técnica Dietética e Gastronomia aplicada à Nutrição. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em Cirurgia Plástica: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap 11, p. 97-105.
- MILSTEIN, R.A.; CARLSON, S.A.; FULTON, J.E.; GALUSKA, D.A.; ZHANG, J., BLANCK, H.M.; AINSWORTH, B.E. Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. **The Medscape Journal of Medicine**, v. 10, n. 5, may 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596944>>. Acesso em: 4 dez. 2016.
- MINGOTI, S. A. **Análise de Dados através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005. 295p. (Didática, 8).
- MIRANDA, D.E.G.A; BUENO DE CAMARGO, L.R.; BRAGA COSTA, T.M.; PEREIRA, R.C.G. **Manual nutricional do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 144p.
- MOILER, A.P.; SOLER, M.; THORNHILL, R. Breast Asymmetry, Sexual Selection, and Human Reproductive Success. **Ethology and Sociobiology**, v. 16, p. 207-219, 1995.
- MONRO, F.; HUON, G. Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. **International Journal of Eating Disorders**, v. 38, n. 1, p. 85-90, jul. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15971241>>. Acesso em: 7 fev. 2017.
- MOSCOSO, A.L. Corpo e moda. In: SCHNEIDER, A. (Org.). **Nutrição e Estética**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 2, p. 13-17.
- MOTA, D. C. L. **Imagem Corporal, Atitudes Alimentares e Estado Nutricional de Mulheres Submetidas à Cirurgia Plástica Estética**. 2016. 215f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.
- MULKENS, S.; BOS, A.E.; ULEMAN, R.; MURIS, P.; MAYER, B.; VELTHUIS P. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 65, n. 3, p. 321-327, Mar. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030078>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MUTH, J.L.; CASH, T.F. Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 27, n. 16, p. 1438-1452, aug. 1997. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x.

NAHAS, F.X.; BARBOSA, M.V.J.; FERREIRA, L.M. Lipoaspiração - Técnicas. In: FERREIRA, L.M. (Org.). **Guia de Cirurgia Plástica**. Rio de Janeiro: Manole, 2007. cap. 86, p. 709-727.

NATIONAL HEALTH AND WELLNESS SURVEY. **The Global Health and Wellness Report**, 2014. 330p. Disponível em: <<http://www.kantarhealth.com/docs/ebooks/2016-global-health-and-wellness-report.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

NAVES, A. Fisiopatologia e Regulação Funcional da Obesidade. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. (Org.). **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. cap. 38, p. 591- 610.

NEAMAN, K.C.; HANSEN, J.E. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. **Ann Plastic Surgery**, v.58, n.3, p. 292-298, 2007.

NEDEL, D.R. **Antioxidantes x radicais livres: a influência das vitaminas antioxidantes no retardo do envelhecimento cutâneo**. 2005. 78f. Monografia (Bacharel) - Curso de Graduação em Farmácia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2005.

NEUMARK-SZTAINER, D.; SHERWOOD, N.E.; FRENCH, S.A.; JEFFREY, R.W. Weight control behaviors among adult men and women: Cause for concern?. **Obesity Research**, v. 7, n. 2, p. 179-188, mar. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10102255>>. Acesso em: 10 out. 2016.

NEUTZLING, M.B.; CORA, L.P.A.; VIEIRA, M.F.A.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.M.B. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibras entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p.336-342, 2007.

NOVAES, J.; IANNELLI, A.N. A dimensão simbólica do corpo e o fenômeno social da corpolatria. **DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 2, n. 1, p. 176-189, jul/dez. 2015. Disponível em: <<https://sistemas2.uft.edu.br:8004/index.php/desafios/article/view/1714>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

NUNES, M.A.; OLINTO, M.T.A.; BARROS, F.C.; CAMEY, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 1, p. 21-27, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2016.

O ESTADO DE SÃO PAULO. País registra 1,2 mil plásticas ao dia., São Paulo, 13 fev. 2009. Coluna Vida, p. A15. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/old_963852741/index.php?option=com_content&view=article&id=101:pais-registra-12-mil-plasticas-ao-dia&catid=42:saiu-na-midia&Itemid=87>. Acesso em: 9 dez. 2016.

OHJIMI, H.; SHIOYA, N.; ISHIGOOKA, J. The role of psychiatry in aesthetic surgery. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 12, n. 3, p. 187-190, sept. 1988.

OLIVEIRA, E.A.; VALERA, F.; MONTE, A.L.R.; LÓPEZ, C. Prevenção do seroma nas abdominoplastias associadas à lipoaspiração e sem drenagem ativa. **Revista da Sociedade Brasileira Cirurgia Plástica**, v. 23, n. 1, p. 41-47, 2008.

OLIVEIRA, M.R.; FONTES, G.G.; LIMA, L.M.; GOMES, A.P.; VIEIRA, P.A.F.; SIQUEIRA-BAPTISTA, R. Avaliação Bioquímica do Sangue. In: CALIXTO-LIMA, L.; REIS, N.T. (Org.). **Interpretação de exames laboratoriais aplicados à nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. cap. 2, p. 19-37.

OLIVEIRA, S.S.; CIBANTOS, J.S.; RIPARI, W.T.; AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. Impacto do volume de gordura aspirado na resistência insulínica após lipoaspiração. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 1, p. 17-22, 2013.

OSTOVICH, J. M.; ROZIN, P. Body image across three generations of Americans: Inter-family correlations, gender differences, and generation differences. **Eating and Weight Disorders**, v.9, p. 186-193, 2004.

PAINTER, J.; RAH, J.H.; LEE, Y. K. Comparison of international food guide pictorial representations. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 4, p. 483-189, apr. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985405>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION. **Overweight in adults by sex in countries of the Americas**, 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12695&Itemid=41164&lang=en>. Acesso em: 16 jan. 2017.

PAPA PIO XII. Nature et problèmes professionnels et moraux de La Chirurgie plastique. **Annales de Chirurgie Plastique Esthétique**, v. 4, p. 169-175, 1959.

PEDROSA, L.F.C.; COMINETTI, C.; COZZOLINO, S.M.F. Cobre. In: COZZOLINO, S.M.F. (Org.). **Biodisponibilidade de nutrientes**. 3. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2009. cap. 27, p. 597-615.

PELEGRI, M.R.F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 38-41, Mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2016.

PENTEADO, M. V. C. **Vitaminas: aspectos nutricionais, bioquímicos, clínicos e analíticos**. São Paulo: Manole, 2003.

PEREIRA, C.S. O corpo carioca desnudado. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 333-337, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2016.

- PHARES, V.; STENBERG, A.R.; THOMPSON, K. Gender Differences in Peer and Parental Influences: Body Image Disturbance, Self-Worth, and Psychological Functioning in Preadolescent Children. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 33, n. 5, p. 421-429, oct. 2004. Disponível em: <<http://ruby.fgcu.edu/courses/twimberley/10199/psy/SelfWorth.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.
- PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. (Org.). **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004. 226p.
- PORIES, W.J.; HENZEL, J.H.; ROB, C.G.; STRAIN, W.H. Acceleration of healing with zinc sulfate. **Annals of Surgery**, v. 165, n. 3, p. 432-436, march 1967. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1617499/>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- PINHEIRO, A.P.; GIUGLIANI, E.R.J. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 489-496, june 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2016.
- PITANGUY, I. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In: MELLO-FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 264-272.
- PONTES, M.B.B.F. Avaliação Nutricional. In: RESENDE, J.H.C. (Org.). **Tratado de Cirurgia Plástica na Obesidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. cap.2, p. 11-42.
- POSAVAC, S.S.; POSAVAC, H.D. Predictors of Women's Concern with Body Weight: The Roles of Perceived Self-Media Ideal Discrepancies and Self-Esteem. **Eating Disorders**, v. 10, p. 153-160, 2002.
- PRENTICE A. Are defects in energy expenditure involved in the causation of obesity? **Obesity Reviews**, v. 8, Suppl 1, p. 89-91, march 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17316309>>. Acesso em: 19 dez. 2016.
- PRESNELL, K.; BEARMAN, S.K.; STICE, E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 36, n. 4, p. 389-401, dec. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15558645>>. Acesso em: 13 dez. 2016. doi: 10.1002/eat.20045.
- PROCKOP, D.J.; GUZMAN, N.A. Collagen diseases and the biosynthesis of collagen. **Hospital Practice**, v. 12, n. 12, p. 61-68, dec. 1977. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/924426>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- QUADROS, T.M.B.; GORDIA, A.P.; MARTINS, C.R.; SILVA, D.A.S.; FERRARI, E.P.; PETROSKI, E.L. Imagem corporal em universitários: associação com estado nutricional e sexo. **Motriz**, v. 16, p. 78-85, 2010.

RAMAYE, V.; WALBURG, H.; CHABROL. Attitudes des adolescents français envers la chirurgie esthétique. **Annales de chirurgie plastique esthétique**, v. 53, p. 457-4, 2008. doi:10.1016/j.anplas.2007.12.001.

RAMOS, C.M.; LENCASTRE, M.P.A. O Feminino e o masculino na etologia, sociobiologia e psicologia evolutiva: Revisão de alguns conceitos. **Psicologia**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 33-61, 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2017.

RANA, S.K.; BRAY, J.; MENZIES-GOW, N.; JAMESON, J.; PAYNE JAMES, J.J.; FROST P.; SILK, D.B. Short term benefits of post-operative oral dietary supplements in surgical patients. **Clinical Nutrition**, v. 11, n. 6, p. 337-344, 1992. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16840018>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

RANKIN, M.; BORAH, G.L.; PERRY, A.W.; WEY, P.D. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 102, n. 6, p. 2139-45, nov. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9811016>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

RAO, C.M.; KUMAR, A.; KULKARNI, D.R. Effects of enfenamic acid and its zinc salt on wound-healing. **Indian Journal of Physiology and Pharmacology**, v. 32, n. 1, p. 61-66, 1998.

RECH, C.R.; ARAUJO, E.D.S.; VANAT, J.R. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 285-292, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2016.

REINISCH, J.F.; BRESNICK, S.D.; WALKER, J.W.; ROSSO, R.F. Deep venous thrombosis and pulmonary embolus after face lift: a study of incidence and prophylaxis. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 107, n. 6, p. 1570-5, May 2001. Discussion 1576-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335838>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

REZENDE, F.A.C.; ROSADO, L.E.F.P; FRANCESCHINNI, S.C.C.; ROSADO, G.P.; RIBEIRO, R.C.L. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 16, n. 2, p. 90-94, 2010.

RICCIARDELLI, L.A.; MCCABE, M.P. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. **Clinical Psychology Review**, v. 21, n. 3, p. 325-44, Apr. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11288604>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

RICHARDSON, S.M.; PAXTON, S.J.; THOMSON, J.S. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. **Body Image**, v. 6, n. 2, p. 75-82, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188101>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ROCHA, C.L.; BUENO DE PAULA, V. Nutrição funcional no pós-operatório de cirurgia plástica: enfoque na prevenção de seroma e fibrose. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 29, n. 4, p. 609-624, 2014.

RODGERS, R.; CHABROL, H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 2, p. 137-51, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19130467>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2016.

ROHRICH, R.J.; BROUGHTON, G.; HORTON, B.; LIPSCHITZ, A.; KENKEL, J.M.; BROWN, S.A. The Key to Long-Term Success in Liposuction: a guide for plastic surgeons and patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 114, n. 7, p. 1945-1952, dec. 2004. Discussion 1953. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577373>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

ROHRICH, R.J. Silicone breast implants: Outcomes and safety update. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 120, n. 7, p. 1S-3S, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000286668.18934.37>. Acesso em: 10 nov. 2016.

RONCADA, M.J. Vitaminas lipossolúveis. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.S. (Org.). **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. cap. 10, p. 167-189.

ROSS, A. C.; CABALLERO, B.; SHIKE, M.; SHILS, M. E.; COUSINS, R. J. **Nutrição moderna na saúde e na doença**. 10. ed. São Paulo: Manole, 2009. 2256p.

ROVERI, F.T. **Barbie – tudo o que você quer ser....ou considerações sobre a educação de meninas**. 2008. 105f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000445640>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

RUDIGER, J.A.; CASH, T.F.; ROEHRIG, M.; THOMPSON, J.K. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intra-individual level and variability. **Body Image**, v. 4, n. 1, p. 1-9, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089247>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

RUSTICUS, S.A.; HUBLEY, A.M. Measurement in variance of the multidimensional body-self relations questionnaire: Can we compare across age and gender? **Sex Roles**, v. 55, n. 11, p. 827–842, dec. 2006. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11199-006-9135-7>> Acesso em: 25 out. 2016.

SAARINIEMI, K.M.; SALMI, A.M.; PELTONIEMI, H.H.; CHARPENTIER, P.; KUOKKANEN, H.O. Does Liposuction Improve Body Image and Symptoms of Eating Disorders?. **PRS Global Open**, v. 3, n. 7, p. 1-5, 2015.

SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDÁS, T.A. Imagem Corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.164-166,

2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

SALDANHA, O.R.; PINTO, E.B.S.; MATOS JÚNIOR, W.N.; LUCON, R. L.; MAGALHÃES, F.; BELLO, E. M. L.; SANTOS, M. R. Lipoabdominoplastia: técnica Saldanha. **Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 18, n. 1, p. 42-6, 2003. SALEHAHMADI, Z.; RAFIE, S.R. Factors affecting patients undergoing cosmetic surgery in bushehr, southern iran. **World Journal Plastic Surgery**, v. 1, n. 2, p. 99-106, jul. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734051>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SANTE, A.B.; PASIAN, S.R. Imagem Corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de Cirurgia Plástica Estética. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 421-429, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n3/a03v24n3>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SANTOS, M.P.; OLIVEIRA, N.R.F. Ação das Vitaminas Antioxidantes na Prevenção do Envelhecimento Cutâneo. **Disciplinarum Scientia: Série Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 75-89, 2014. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2014/09%20A%E2%82%AC%C3%87O%20DAS%20VITAMINAS%20ANTIOXIDANTES.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SANTOS, Z.E.A. Avaliação Clínica e Bioquímica. In: SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Nutrição Estética**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap.8, p. 105-117.

SARNI, R.O.S. Avaliação Antropométrica e de Composição Corporal. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. (Org.). **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. cap.7, p. 131-139.

SARWER, D.B.; CASH, T.F.; MAGEE, L.; WILLIAMS, E.F.; THOMPSON, J.K.; ROEHRIG, M.; TANTLEFF-DUNN, S.; AGLIATA, A.K.; WILFLEY, D.E.; AMIDON, A.D.; ANDERSON, D.A.; ROMANOFSKI, M. Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 115, n. 3, p. 931-938, mar. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15731697>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

SARWER, D.B.; CRERAND, C.E. Body image and cosmetic medical treatments. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 99-111, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089144>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SARWER, D.B.; CRERAND, C.E.; MAGEE, L. Cosmetic Surgery and Changes in Body Image. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Org.). **Body Image: a handbook of science, practice and prevention**. 2. ed. New York: Guilford Press. 2011. p. 394-403.

SARWER, D.B.; CRERAND, C.E.; DIDIE, E.R. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. **Facial Plastic Surgery**, v.18, n.1, p.7-18, 2003.

SARWER, D.B.; LAROSSA, D.; BARTLETT, S.P.; LOW, D.W.; BUCKY, L.P.; WHITAKER, L.A. Body image concerns of breast augmentation patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 112, n. 1, p. 83-90, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12832880>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SARWER, D.B. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. **Plastic Reconstructive Surgery**, v. 120, n. 7, p. 110-117, 2007.

SARWER, D. B., WADDEN, T. A.; PERTSCHUK, M. J.; WHITAKER, L. A. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.101, n.6, p. 1644- 1649, may 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9583501>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

SARWER, D.B.; ZANVILLE, H.A.; LAROSSA, D.; BARTLETT, S.P.; CHANG, B.; LOW, D.W.; WHITAKER, L.A. Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 114, n.7, p. 1927-33, dec. 2004. Discussion:1934-5. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577370>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

SCHILDER, P.A. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p. 11. Psicologia e pedagogia; Nova série.

SHILS, M.E. et al. **Nutrição moderna na saúde e na doença**. 10. ed. São Paulo: Manole, 2009.

SCHLEBUSCH, L.; LEVIN, A. A psychological profile of women selected for augmentation mammoplasty. **South African Medical Journal**, v. 64, p. 481-483, 1983.

SCHLEBUSCH, L.; MAHRT, I. Long-term psychological sequelae of augmentation mammoplasty. **South African Medical Journal**, v. 83, v.4, p. 267-271, apr. 1993.

SCHNEIDER, A.P. Atuação da Nutrição em Estética. In: SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Nutrição Estética**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 3, p. 19-24.

SCHNEIDER, A.P.; TIBURI, M. Pesquisa clínica em nutrição e estética. In: SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Nutrição Estética**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 23, p. 299-306.

SCOTTI, L.; VELASCO, M.V.R. **Envelhecimento cutâneo à luz da cosmetologia**: estudos das alterações da pele no decorrer do tempo e da eficácia das substâncias ativas empregadas na prevenção. São Paulo: Tecnopress, 2003.

SEBROECK, B.P.V.; SUZUKI, V.Y. Avaliação Clínica e Nutricional em Cirurgia Plástica. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento Nutricional Em Cirurgia Plástica – Uma Abordagem Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 5, p. 34-49.

SEGAL, A.; CARDEAL, M.V.; CORDÁS, T.A. Aspectos psicossociais e psicoterapêuticos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n2/pdf/81.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

- SHETTY, P.S.; JUNG, R.T.; JAMES, W.P.; BARRAND, M.A.; CALLINGHAM, B.A. Postprandial thermogenesis in obesity. **Clinical Science** (London), v. 60, n. 5, p. 519-25, may 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7018801>>. Acesso em: 13 dez. 2016.
- SHRIDHARANI, S.M.; MAGARAKIS, M.; MANSON, P.N.; RODRIGUEZ, E.D. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 126, n. 6, p. 2243-51, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f445ae>.
- SILVA, A.G. Adesão ao tratamento da depressão. In: HORIMOTO, F.C.; AYACHE, D.C.G.; SOUZA, J.A. (Coord.). **Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico**. São Paulo: Roca, 2005. cap. 6, p. 203-212.
- SILVA, D.A.S.; NAHAS, M.V.; DE SOUSA, T.F.; DEL DUCA, G.F.; PERES, K.G. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. **Body Image**, v. 4, n. 8, p. 427-431, 2011.
- SILVA, H.P.; HASHIMOTO, Y. **Coagulação, visão laboratorial da hemostasia primária e secundária**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 67-78.
- SILVA, M.C. Anemia por deficiência de ferro na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-22, jan.- mar. 2007. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=116>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- SILVA, P.R.; TELLES, C.E.C.C.; BARRICHELLO, B. Exames laboratoriais em Cirurgia Plástica. In: SUZUKI, V.Y; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em cirurgia plástica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 6, p. 51-61.
- SILVERSTEIN, B.; PERDUE, L.; PETERSON, B.; KELLY, E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. **Sex Roles**, v. 14, n. 9, p. 519-532, may. 1986.
- SIMMONS DE PAULA, P.R. **Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes que buscam Cirurgias Plásticas Mamárias Estéticas**. 2016. 129f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6328/5/Tese%20-%20Paulo%20Renato%20Simmons%20de%20Paula%20-%202016.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- SINDER, R. História da Cirurgia Plástica Brasileira. In: MÉLEGA, J.M.; ZANINI, S.A.; PSILLAKIS, J.M. (Org.). **Cirurgia Plástica: reparadora e estética**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. cap. 112, p. 1049-1054.
- SLADE, P.D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/00057967\(94\)90136-8](http://dx.doi.org/10.1016/00057967(94)90136-8). Acesso: 12 set. 2016.

SLEVEC, J.; TIGGEMANN, M. Attitudes Toward Cosmetic Surgery In Middle-Aged Women: Body Image, Aging Anxiety, And The Media. **Psychology of Women Quarterly**, v. 34, p. 65–74, 2010.

SMOLAK, L. Body image in children and adolescents: where do we go from here?. **Body Image**, Norfolk, v. 1, n. 1, p. 15-28, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089138>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SMOLAK, L.; CASH, T.F. Future challenges for body image science, practice, and prevention. In: CASH, T.F.; SMOLAK, L. (Org.). **Body image: a handbook of science, practice, and prevention**. New York: The Guilford Press, 2011. p. 471-478.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). Blog Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. **87% das pessoas que se submeteram a algum tipo de cirurgia plástica sentiram-se mais felizes**. Rio de Janeiro, 4 set. 2012. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/blog/87-das-pessoas-que-se-submeteram-a-algum-tipo-de-cirurgia-plastica-sentiram-se-mais-felizes/>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). Blog Oficial. Cirurgia e procedimentos. **Abdômem**, 2016a. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/contorno-corporal/abdominoplastia/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). Blog Oficial. Cirurgia e procedimentos. **Lipoaspiração**, 2016b. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/lipoaspiracao/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). Blog Oficial. Cirurgia e procedimentos. **Mamoplastia de Aumento**, 2016c. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/mama/mamoplastia-de-aumento/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). Blog Oficial. **Próteses mamárias menores: especialistas comentam tendência que já impacta as cirurgias de implante de silicone**, 15 set. 2015. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/blog/especialistas-comentam-tendencia-que-ja-impacta-as-cirurgias-de-implante-de-silicone/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). **Comuns no Brasil, cirurgias plásticas demandam precauções**, 28 maio 2015. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/blog/2015/05/>>. Acesso em: 1 maio 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). **Pesquisa inédita revela os números de cirurgia plástica no Brasil** [matéria publicada na Folha de São Paulo], jan. 2013. Disponível em: <<http://www2.cirurgioplastica.org.br/materia-folha-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA (SBPC). **De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo**, jul. 2014. Disponível em:

<<http://www2.cirurgioplastica.org.br/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Projeto Diretrizes:** obesidade – terapia cognitivo comportamental. Brasil: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obesidade-terapia-cognitivo-comportamental.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ESTÉTICA. **Dicas de Nutrição Estética**, 2013. Disponível em: <<http://www.sbne.org.br/dicas-de-nutricao-estetica-sociedade-brasileira-de-nutricao-estetica.php>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SONY, B.P.; MCLAREN, D.S.; SHERERTZ, E.F. Cutaneous changes in nutritional disease. In: FREEDBERG, I.M.; EISEN, A.Z.; WOLF, K. (orgs.). **Fitzpatrick's dermatology in general medicine**. 5. ed. New York: McGraw Hill, 1999. p. 1725-37.

SPEAR, B.A. Nutrição na Adolescência. In: MAHAN, K.; ESCOTT-STUMP, S. (Org.). **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 247-260.

SPENCER, L.V.; CALLEN, L.I.P. Hair loss in systemic disease. **Dermatology Clinics**, v. 5, n. 3, p. 565-70, jul. 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3301113>> Acesso em: 17 fev. 2016.

STEINER, D. Vitaminas antioxidantes e a pele. **Cosmetics e toiletries**, v. 14, n. 4, jul./ago. 2002.

STRUTZEL, E.; CABELLO, H.; QUEIROZ, L.; FALCÃO, M.C. Análise dos fatores de risco para o envelhecimento da pele: aspectos gerais e nutricionais. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 139-145, 2007.

SU-YEON, K.; HYE-YOUNG, L.; AE-RAN, K. Motives for Selecting Breast Augmentation and Post-Operative Evaluations of Korean Women who have Undergone Cosmetic Breast Surgery: Internalization of Ideal Body-Image Reflected on Clothing Consumption Behavior. **Journal of the Korean Society of Clothing and Textiles**, v. 34, p. 740-753, 2010.

SUZUKI, V.Y.; FERNANDEZ FILHA, I.C.A.A.H.; PERES, I.S. Atuação do Nutricionista em Cirurgia Plástica. In: SUZUKI, V.Y.; SCHNEIDER, A.P. (Org.). **Atendimento nutricional em cirurgia plástica, uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap. 1, p. 1-10.

SWAMI, V.; CAMPANA, A.N.; FERREIRA, L.; BARRETT, S.; HARRIS, A.S.; TAVARES, M.C. The Acceptance of Cosmetic Surgery Scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 179-185, mar. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21354875>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SWAMI, V.; CHAMORRO-PREMUZIC, T.; BRIDGES, S.; FURNHAM, A. Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. **Body Image**, Norfolk, v.

6, n. 1, p. 7-13, jan. 2009. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19041287>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

TEFFERI, A. Anemia in adults: a contemporary approach to diagnosis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 78, n. 10, p. 1274-80, oct. 2003. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531486>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

TERRA. Notícias. **'Barbie da vida real' vive só de líquidos; veja antes e depois**, 18 jan. 2013. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/beleza/barbie-da-vida-real-vive-so-de-liquidos-veja-antes-e-depois,2eae1396f819c310VgnVCM3000009acce0aRCRD.html>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

TERRA. Notícias. Canal SPFW. **Gisele Bündchen mantém medidas quase iguais após 20 anos**, 24 mar. 2015. Disponível em: <<https://moda.terra.com.br/spfw/gisele-bundchen-mantem-medidas-quase-iguais-apos-20-anos,ff8c90c0d6c4c410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

THOMPSON, J.K. **Exacting Beauty**: theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington, DC: APA, 1998.

THOMPSON, J. K. The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 7-14, jan. 2004.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089137>>. Acesso em: 10 set. 2016.

TIBURI, M. As mulheres e a norma estética. In: SCHNEIDER, A.P. (org.). **Nutrição e Estética**. São Paulo: 2009. cap. 1, p. 3-11.

TIGGERMANN, M. Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: prospective findings. **Body Image**, v. 2, n. 2, p. 129-135, jun. 2005. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089181>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

TOLEDO, G.R.; DALLEPIANE, L.B.; BUSNELLO, M.B. Fatores preditivos para transtornos alimentares em universitárias do curso de nutrição da UNIJUÍ, RS. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 24, n. 1, p. 17-22, jan./mar. 2009.

TONIAL, S. **Desnutrição e Obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIP, 2001. 189p. Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, n. 2.

TREIGHER, T. **Apesar da crise, procura por cirurgia plástica cresce acima da inflação**. Tribuna BandNews FM, 29 ago. 2015. Disponível em:

<<http://tribunadoceara.uol.com.br/audios/tribuna-band-news-fm/apesar-da-crise-procura-por-cirurgia-plastica-cresce-acima-da-inflacao/>>. Acesso em: 9 jan. 2017.

TRANTAFILOU, M.; TRANTAFILOU, K. Invited review: The dynamics of LPS recognition: complex orchestration of multiple receptors. **Journal of endotoxin research**, v. 11, n. 1, p. 5-11, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826372>>. Acesso em: 5 set. 2016.

- VAEROY, H.; JUELL, M.; HOIVIK, B. Prevalence of depression among general hospital surgical inpatients. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 1, p. 13-16, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12745787>>. Acesso em: 3 jan. 2017.
- VAN DALE, D.; SARIS, W.H.; SCHOFFELEN, P.F.; TEN HOOR, F. Does exercise give na additional effect in weight reduction regimens? **International Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 4, p. 367-75, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3667068>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- VANNUCCHI, H., UNAMUNO, M.R.L., MARCHINI, J.S. Avaliação do estado nutricional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 5-18, 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/707>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- VARELLA, M.; VALENTOVA, J.V.; SENE, F.M. Comportamento reprodutivo: uma abordagem evolutiva. In: CURSO DE VERÃO EM PSICOBIOLOGIA, 11., CICLO DE PALESTRAS EM PSICOBIOLOGIA, 4., 2017, Ribeirão Preto. **Caderno de resumos...** Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017. p. 22.
- VEGGI, A.B.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 242-247, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2016.
- VITOLO, M.R. Suplemento de nutrientes para adultos. In: VITOLO, M.R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. parte XIII (adultos), cap. 47, p. 376-379.
- VON SOEST, T.; KVALEM, I.L.; SKOLLEBORG, K.C.; ROALD, H.E. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. **Plastic and reconstructive surgery**, v. 117, n. 1, p. 51-62, jan. 2006. Discussion 63-4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16404248>>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- VON SOEST, T.; KVALEM, I.L.; ROALD, H.E.; SKOLLEBORG, K.C. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. **Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery**, v. 62, n. 10, p. 1238-1244, 2009.
- WALSH, C.J. Perioperative feeding: does it reduce complications. **Colorectal Disease**, v. 3, n. 2, p.18-22, 2001.
- WARDLE, J. Eating behaviour and obesity. **Obesity Reviews**, v. 8, n. s1, p. 73-75, march 2007. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00322.x. Acesso em: 20 out. 2016.
- WEGNER, B.S.; HARTMANN, A.M.; GEIST, C.R. Effect of exposure to photographs of thin models on self-consciousness in female college students. **Psychological Reports**, v. 86, (3 Pt 2), p. 1149-54, jun. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932572>>. Acesso em: 3 dez. 2016. doi: 10.2466/pr0.2000.86.3c.1149.

- WHITMIRE, S.J. Água, eletrólitos e equilíbrio ácido-base. In: MAHAN, L.K; SCOTT-STUMP, S. (Org.). **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Tradução de Andrea Favano. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 6, p. 156-169.
- WHITNEY, E.; ROLFES, S.R. As vitaminas lipossolúveis: A, D, E e K. In: WHITNEY, E.; ROLFES, S.R. **Nutrição: entendendo os nutrientes**. Tradução All Tasks. São Paulo: Cengage Learning, 2008a. cap. 6, p. 193-216.
- WHITNEY, E.; ROLFES, S.R. Microminerais. In: WHITNEY, E.; ROLFES, S.R. **Nutrição: entendendo os nutrientes**. Tradução All Tasks. 10 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008b. cap. 8, p. 267-296.
- WILD, T.I.; RAHBARNIA, A; KELLNER, M.; SOBOTKA, L.; EBERLEIN, T. Basics in nutrition and wound healing. **Nutrition**, v. 26, n. 9, p. 862-6, Sept. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692599>>. Acesso em: 23 dez. 2016.
- WITT, J. S.G.Z.; SCHNEIDER, A.P. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3909-3916, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jan. 2017.
- WOLF, N. Beyond the Beauty Myth. In: WOLF, N. **The beauty myth: How images of beauty are used against women**. New York: Morrow, 1991. cap. 7, p. 270-291.
- WOOLEY, S.C.; GARNER, D. M. Dietary treatments for obesity are ineffective. **BMJ: British Medical Journal**, v. 309, n. 6955, p. 655–656, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541482/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on noncommunicable diseases**, 2014. 302p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Topics. **Mental health**, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/>. Acesso em: 18 out 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity-Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2000. 253p. (Technical Report Series, n. 894).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee**. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, n.854).
- YUYAMA, L.K.O; MARINHO, H.A.; ALENCAR, F.H.; YONEKURA, L.; COZZOLINO, S.M.F. Vitamina A (retinol) e carotenoides. In: COZZOLINO, S.M.F. (Org.). **Biodisponibilidade de nutrientes**. 3. ed. rev. e. ampl. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 253-297.

Jeanne Hebuterne with necklace, Amedeo Modigliani

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo clínico

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Imagem Corporal e Estado Nutricional: um estudo de observação em mulheres no período pré-operatório que serão submetidas à Cirurgia Plástica Estética com seu Estado Nutricional.

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência de sua participação em qualquer momento você não será penalizada de forma alguma. Em caso de alguma dúvida você poderá consultar a pesquisadora responsável: Alessandra Feierabend Engracia Garcia, que estará sempre disponível para esclarecimentos a respeito do presente estudo. Os objetivos da pesquisa envolvem a Avaliação do Estado Nutricional, Auto Percepção da Imagem Corporal, Avaliação do quanto a sua autopercepção influencia no comportamento alimentar e no modo de pensar e agir, a amostra será constituída por dois grupos: mulheres que se submeterão a Cirurgia Plástica Estética (G1) e as que não buscam - grupo controle (G2), correlacionando o quanto a estética é parâmetro para predizer e avaliar o estado de saúde geral do paciente, considerando o resultado bioquímico. A realização da pesquisa no grupo clínico(G1), se justifica pela necessidade de esclarecimento sobre o motivo que levam as mulheres á se submeterem a Cirurgia Plástica Estética, sem se preocuparem com os potenciais riscos e complicações no pós-operatório, resultante da subnutrição por falta de acompanhamento nutricional. A coleta de dados do grupo clínico(G1), será realizada em uma sala localizada no próprio consultório médico da Clínica de Cirurgia Plástica, após a participante receber atendimento médico, mediante o aceite para que a pesquisadora possa ter acesso aos exames bioquímicos solicitados pelo médico cirurgião como de rotina independente do procedimento estético. Esse procedimento será realizado antes da cirurgia plástica estética (G1), com duração de aproximadamente 50 minutos para ambos os grupos. Serão aplicados os seguintes questionários: Critérios de Classificação Econômica Brasil; Inventario de Esquemas sobre a Aparência; Questionário Multi- dimensional sobre as relações com o próprio corpo, posteriormente realizada a avaliação antropométrica (Aferição de peso, estatura e aplicação de Bioimpedância). E por último a solicitação e realização de Exames Bioquímicos (sangue e urina).

Não há previsão de riscos na participação do estudo quanto a sua integridade física. No entanto, pode ocorrer algum desconforto emocional por se tratar de uma temática delicada referente à suas atitudes em relação ao comportamento alimentar e sua própria auto percepção. Caso haja desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos e de avaliação antropométrica, a pesquisa será interrompida em qualquer momento sem causar qualquer prejuízo à mesma. A sua participação pode beneficiar a possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir, diagnosticar e tratar as questões relacionas à suas atitudes em relação ao comportamento alimentar e sua própria auto percepção, com total sigilo das informações coletadas. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação resultante desse estudo. As informações deste estudo, realizadas após a análise dos dados dos

instrumentos coletados no procedimento, serão utilizados apenas em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de você recusar a participar deste estudo, não haverá nenhum prejuízo.

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo assine ao final deste documento, que esta em 02 vias. Uma delas será sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso desistência ou recusa de sua participação em qualquer momento, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de duvida, você poderá consultar a pesquisadora e também recorrer ao Comitê de Ética, que estarão sempre disponíveis para esclarecimentos.

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - FFCLRP - USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP

Fones: (16) 3315-4811 - Fone/fax: (16) 3315-9101

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - Portal: <http://portal.ffclrp.usp.br>

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Nome _____, RG/CPF _____,

_____ abaixo assinado concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Alessandra Feierabend sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e Data:

Assinatura do Participante:

Esclarecimentos sobre eventuais duvidas sobre questões éticas do projeto:

Pesquisador Envolvido (orientador): Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Pesquisador Envolvido (co-orientador): Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Pesquisador Responsável: Alessandra Feierabend

alessandrafeierabend1@gmail.com

Telefones para Contato:

(16) 99963 7278 / (16) 3315 4391

(Laboratório de Nutrição e Comportamento Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP) Se o voluntario solicitar os resultados da pesquisa, o pesquisador disponibilizará ao mesmo um resultado geral de todos os participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Co-orientador: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Comparação

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Imagem Corporal e Estado Nutricional: Um estudo de observação em mulheres no período pré-operatório que serão submetidas à Cirurgia Plástica Estética com seu Estado Nutricional.

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência de sua participação em qualquer momento você não será penalizada de forma alguma. Em caso de alguma dúvida você poderá consultar a pesquisadora responsável: Alessandra Feierabend Engracia Garcia, que estará sempre disponível para esclarecimentos a respeito do presente estudo. Os objetivos da pesquisa envolvem a Avaliação do Estado Nutricional, Auto Percepção da Imagem Corporal, Avaliação do quanto a sua autopercepção influencia no comportamento alimentar e no modo de pensar e agir, a amostra será constituída por dois grupos: mulheres que se submeterão a Cirurgia Plástica Estética (G1) e as que não buscam - grupo controle (G2), correlacionando o quanto a estética é parâmetro para predizer e avaliar o estado de saúde geral do paciente, considerando o resultado bioquímico. A realização da pesquisa se justifica pela necessidade de esclarecimento sobre o motivo que levam as mulheres a se submeterem a Cirurgia Plástica Estética, sem se preocuparem com os potenciais riscos e complicações no pós-operatório, resultante da subnutrição por falta de acompanhamento nutricional. A coleta de dados será realizada em uma sala localizada no próprio consultório médico da Clínica de Cirurgia Plástica e previamente a pesquisadora entrará em contato com a participante agendado um horário conveniente. Esse procedimento será realizado antes da cirurgia plástica estética (G1), com duração de aproximadamente 50 minutos para ambos os grupos. Serão aplicados os seguintes questionários: Critérios de Classificação Econômica Brasil; Inventário de Esquemas sobre a Aparência; Questionário Multi- dimensional sobre as relações com o próprio corpo, posteriormente realizada a avaliação antropométrica (Aferição de peso, estatura e aplicação de Bioimpedância). E por último a solicitação e realização de Exames Bioquímicos (sangue e urina).

Não há previsão de riscos na participação do estudo quanto a sua integridade física. No entanto, pode ocorrer algum desconforto emocional por se tratar de uma temática delicada referente à suas atitudes em relação ao comportamento alimentar e sua própria auto percepção. Caso haja desconforto de ordem emocional decorrente do processo de responder aos diferentes instrumentos e de avaliação antropométrica, a pesquisa será interrompida em qualquer momento sem causar qualquer prejuízo à mesma. A sua participação pode beneficiar a possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir, diagnosticar e tratar as questões relacionas à suas atitudes em relação ao comportamento alimentar e sua própria auto percepção, com total sigilo das informações coletadas. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação resultante desse estudo. As informações deste estudo, realizadas após a análise dos dados dos instrumentos coletados no procedimento, serão utilizados apenas em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de você recusar a participar deste estudo, não

haverá nenhum prejuízo. Com a sua participação na pesquisa você não terá nenhuma despesa já que o TCLE fornecerá tais informações. Gastos decorrentes de sua participação na pesquisa como a realização dos exames bioquímicos e o deslocamento, a participante (você) será ressarcida pela pesquisadora.

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo assine ao final deste documento, que esta em 02 vias. Uma delas será sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso desistência ou recusa de sua participação em qualquer momento, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de duvida, você poderá consultar a pesquisadora e também recorrer ao Comitê de Ética, que estarão sempre disponíveis para esclarecimentos.

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - FFCLRP - USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP

Fones: (16) 3315-4811 - Fone/fax: (16) 3315-9101

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - Portal: <http://portal.ffclrp.usp.br>

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Nome _____, RG/CPF _____

_____ abaixo assinado concordo em participar do estudo como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Alessandra Feierabend sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Esclarecimentos sobre eventuais dúvidas sobre questões éticas do projeto:

Pesquisador Envolvido (orientador): Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Pesquisador Envolvido (co-orientador): Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Pesquisador Responsável: Alessandra Feierabend Engracia Garcia

alessandrafeierabend1@gmail.com

Telefones para Contato:

(16) 99963 7278 / (16) 3315 4391

(Laboratório de Nutrição e Comportamento Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP) Se o voluntario solicitar os resultados da pesquisa, o pesquisador disponibilizará ao mesmo um resultado geral de todos os participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Co-orientador: _____

APÊNDICE C – Questionário de caracterização da amostra – G1

(Continua)

Dados Sociodemográficos	
Nome:	
Naturalidade:	
Estado Civil:	
Profissão:	
Escolaridade: () Primário () Fundamental () Médio () Superior	
Data de Nascimento: / /	Idade:
Telefone:	

Dados Clínicos:

1. Procedimento Cirúrgico: _____

2. Data da Cirurgia: ____/____/____

3. Qual o motivo pela busca da Cirurgia Plástica Estética:

() Perder Peso () Saúde () Insatisfação com a IC () Todas as anteriores

4. O que você espera da cirurgia? Em relação aos resultados:

() Gostar da minha imagem no espelho

() Mudar o contorno corporal

() Ser aceita pelos outros

() Outros

5. Qual parte do corpo gostaria de mudar: _____

6.A. Realizou alguma mudança no comportamento alimentar ou adoção de algum tipo de dieta nos últimos 30 dias?

() Sim () Não

6.B. Com orientação médica ou nutricional?

() Sim () Não

7. Faz uso de medicamentos para emagrecer? Suplementos?

() Sim () Não Quais? _____

8. Faz acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico?

() Sim () Não

APÊNDICE C - Questionário de Caracterização da Amostra – G1

(Conclusão)

9. Faz uso de medicamentos? Antidepressivos, ansiolíticos?

() Sim () Não Quais? _____

10. Está satisfeita com seu peso atual?

() Sim () Não

() Gostaria de ganhar peso () Gostaria de perder peso

Quantos kilos: _____

11. Qual é o nível de preocupação com seu Estado Nutricional no período pré operatório (IMC ou peso)?

() Leve () Moderado () Severo () Nenhuma

12. Há quanto tempo está insatisfeita com sua aparência?

() Há muito tempo () Há pouco tempo () não se aplica

13. Quais aspectos de sua vida você espera melhorar após a cirurgia?

() Emocional () Conjugal () Social () Profissional () Todos

APÊNDICE D – Questionário de caracterização da amostra – G2

Dados Sociodemográficos
Nome:
Naturalidade:
Estado Civil:
Profissão:
Escolaridade: () Primário () Fundamental () Médio () Superior
Data de Nascimento: / / Idade:
Telefone:

Dados Clínicos:

1A. Realizou alguma mudança no comportamento alimentar ou adoção de algum tipo de dieta nos últimos 30 dias?

() Sim () Não

1B. Com orientação médica ou com nutricionista (nos últimos 30 dias)?

() Sim () Não

2. Faz uso de medicamentos para emagrecer? Suplementos?

() Sim () Não Quais? _____

3. Faz acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico? () Sim () Não

4. Faz uso de medicamentos? Antidepressivos, Ansiolíticos?

() Sim () Não Quais? _____

5. Está satisfeita com seu peso atual?

() Sim () Não

() Gostaria de ganhar peso () Gostaria de perder peso

Quantos kilos: _____

6. Qual é o nível de preocupação com seu Estado Nutricional (IMC ou peso)?

() Leve () Moderado () Severo

7. Há quanto tempo está insatisfeita com sua aparência?

() Há muito tempo () Há pouco tempo

13. Quais aspectos de sua vida você espera melhorar?

() Emocional () Conjugal () Social () Profissional () Todos

APÊNDICE E - Questionário de Avaliação Antropométrica**Parte 1 - Avaliação Antropométrica****Nome e idade:** _____**Data:** ____/____/____

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	
Pré – operatório	
Peso (kg)	
Altura (cm)	
IMC (kg/m ²)	
Composição Corporal (%) gordura

Portrait Of Jeanne Hebuterne, Amedeo Modigliani

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - FFCLRP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/008/-dgfs

Ribeirão Preto, 26 de Janeiro de 2016

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"Imagem corporal e estado nutricional: um estudo de observação em mulheres no período pré-operatório de cirurgia plástica estética"** foi analisado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 44465015.6.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)

Alessandra Feierabend Engracia Gracia

Programa de Pós-graduação em Psicobiologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil

(Continua)

No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4 ou+
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
Banheiro.					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
Geladeiras.					
Televisão em cores.					
Freezers independentes ou parte de geladeira duplex					
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
Lavadora de louças.					
Fornos de micro-ondas.					
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- 1 Rede geral de distribuição
- 2 Poço ou nascente
- 3 Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- 1 Asfaltada/Pavimentada
- 2 Terra/Cascalho

ANEXO B - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

(Conclusão)

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

	Nomenclatura Atual	Nomenclatura Anterior
1	Analfabeto/ Fundamental I incompleto	Analfabeto/ Primário incompleto
2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo/ Ginásio incompleto
3	Fundamental completo/ Médio incompleto	Ginásio completo/ Colegial incompleto
4	Médio completo/ Superior completo	Colegial completo/ Superior incompleto
5	Superior completo	Superior completo

Fonte: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – www.abep.org-abep@abep.org

ANEXO C - Multidimensional Body Relations Questionnaire

(Continua)

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL SOBRE AS RELAÇÕES COM O PRÓPRIO CORPO As páginas seguintes contém uma série de afirmações sobre como as pessoas podem pensar, se sentir ou se comportar. Pede-se que você indique o quanto cada uma dessas afirmações corresponde a você. Suas respostas às afirmações deste questionário são anônimas; portanto, por favor, não escreva seu nome em nenhum lugar. Para completar o questionário, leia cada afirmação cuidadosamente e decida o quanto ela corresponde a você. Usando a escala apresentada abaixo, anote sua resposta.					
	Discordo completamente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo completamente
1. Antes de sair em público, eu sempre noto como está a minha aparência.	()	()	()	()	()
2. Eu tomo o cuidado em comprar roupas que irão me deixar com a melhor aparência.	()	()	()	()	()
3. Meu corpo é sexualmente atraente.	()	()	()	()	()
4. Eu me preocupo constantemente sobre estar ou ficar gordo.	()	()	()	()	()
5. Eu gosto da minha aparência exatamente como é.	()	()	()	()	()
6. Eu confiro minha aparência em um espelho sempre que posso.	()	()	()	()	()
7. Antes de sair, eu, geralmente, gasto muito tempo me arrumando.	()	()	()	()	()

ANEXO C - Multidimensional Body Relations Questionnaire (MBRSQ- AS)

(Continuação)

	Discordo completamente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo completamente
8. Eu presto atenção às mínimas mudanças no meu peso.	()	()	()	()	()
9. A maioria das pessoas me consideraria atraente.	()	()	()	()	()
10. É importante que eu sempre tenha uma boa aparência.	()	()	()	()	()
11. Eu gosto da minha aparência quando estou sem roupas.	()	()	()	()	()
13. Eu fico constrangido se não estou bem arrumado.	()	()	()	()	()
14. Eu gosto de como minhas roupas ficam em mim.	()	()	()	()	()
15. Eu tomo bastante cuidado com a arrumação do meu cabelo.	()	()	()	()	()
16. Eu estou sempre tentando melhorar minha aparência física.	()	()	()	()	()
17. Eu estou fazendo uma dieta para perder peso.	()	()	()	()	()

ANEXO C - Multidimensional Body Relations Questionnaire (MBRSQ- AS)

(Continuação)

Para o restante das afirmações, use a escala de respostas dada abaixo.						
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequen- temente	Sempre	
22. Estou fazendo dietas para perder peso	()	()	()	()	()	
23. Já tentei perder peso ficando sem comer ou fazendo dietas radicais.	()	()	()	()	()	
	Muito abaixo do peso	Um pouco abaixo do peso	Com peso normal	Um pouco acima do peso	Muito acima do peso	
24. Eu acho que estou:	()	()	()	()	()	
25. De olhar para mim, a maioria das pessoas pensaria que estou:	()	()	()	()	()	
26-34. Use a escala de respostas dada abaixo para indicar o quão insatisfeito ou satisfeito você está com cada área ou aspecto do seu corpo:						
	Muito insatisfeito	Em grande parte insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Em grande parte satisfeito	Muito satisfeito	
26. Rosto (características faciais, aspecto geral)	()	()	()	()	()	
27. Cabelos (cor, espessura, textura)	()	()	()	()	()	
28. Parte inferior do corpo (nádegas, quadris, coxas, pernas)	()	()	()	()	()	
29. Parte mediana do corpo (cintura, barriga)	()	()	()	()	()	

ANEXO C – Multidimensional Body Relations Questionnaire (MBRSQ- AS)

(Conclusão)

26-34. Use a escala de respostas dada abaixo para indicar o quão insatisfeito ou satisfeito você está com cada área ou aspecto do seu corpo:

	Muito insatisfeito	Em grande parte insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Em grande parte satisfeito	Muito satisfeito
30. Parte superior do corpo (peito ou seios, ombros, braços)	()	()	()	()	()
31. Tônus muscular	()	()	()	()	()
32. Peso	()	()	()	()	()
33. Altura	()	()	()	()	()
34. Aparência geral	()	()	()	()	()

ANEXO D – Inventário de Esquemas Sobre a Aparência

(Continua)

INVENTÁRIO DE ESQUEMAS SOBRE A APARÊNCIA (ASI)					
As frases abaixo são crenças que as pessoas podem ou não vir a ter sobre sua aparência física e a influência delas na sua vida. Decida o quanto você concorda ou discorda com cada frase e assinale no espaço correspondente. Não há respostas certas ou erradas. Apenas seja sincero sobre suas crenças pessoais.					
	Discordo completamente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo completamente
1. Quando vejo pessoas de boa aparência, eu fico imaginando se a minha aparência é tão boa quanto à delas	()	()	()	()	()
2. Eu tento ser o mais fisicamente atraente possível.	()	()	()	()	()
3. Eu frequentemente confiro minha aparência em um espelho só para ter certeza que estou bem.	()	()	()	()	()
4. Quando algo faz eu me sentir bem ou mal sobre minha aparência, isso não me sai da cabeça.	()	()	()	()	()
5. Quando se trata da minha aparência física, meus padrões são altos.	()	()	()	()	()
6. Quando eu conheço alguém pela primeira vez, fico imaginando o que essa pessoa acha de minha aparência.	()	()	()	()	()
7. No meu dia a dia, acontecem muitas coisas que me fazem pensar sobre minha aparência.	()	()	()	()	()

ANEXO D – Inventário de Esquemas Sobre a Aparência (ASI-R)

(Conclusão)

INVENTÁRIO DE ESQUEMAS SOBRE A APARÊNCIA (ASI)					
As frases abaixo são crenças que as pessoas podem ou não vir a ter sobre sua aparência física e a influência delas na sua vida. Decida o quanto você concorda ou discorda com cada frase e assinale no espaço correspondente. Não há respostas certas ou erradas. Apenas seja sincero sobre suas crenças pessoais.					
	Discordo completamente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo completamente
7. Se gosto de minha aparência em um dia qualquer, fica fácil me sentir feliz em relação a outras coisas.	()	()	()	()	()
8. Se eu não gosto da minha aparência em um dia qualquer, fica difícil me sentir feliz sobre outras coisas.	()	()	()	()	()
9. Eu fico fantasiando sobre como seria se minha aparência fosse melhor.	()	()	()	()	()
10. Antes de sair, eu me certifico de que a minha aparência é a melhor possível.	()	()	()	()	()
11. Minha aparência é uma parte importante de quem eu sou.	()	()	()	()	()
12. Controlando a minha aparência, eu consigo controlar muitos dos eventos sociais e emocionais da minha vida.	()	()	()	()	()
13. Minha aparência é responsável por muito do que já aconteceu em minha vida.	()	()	()	()	()

ANEXO E – Autorização do Local de Pesquisa

Dr. Max Engracia Garcia

CRM 60.979

Autorização do Local da Pesquisa

A Clínica Maxclin, localizada na Av. Wladimir Meirelles Ferreira 1660, 7º andar, CEP: 14021-630, na cidade de Ribeirão Preto – SP, a qual tem como responsável o Dr. Maximiano de Oliveira Engracia Garcia, portador do CRM 60.979 e do CPF 071.859.048 – 11, autoriza que a pesquisa **Como sou, como estou: imagem corporal e estado nutricional em mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética** seja executada nas dependências da clinica.

Dr. Maximiano de O. Engracia Garcia
CRM 60.979

Dr. Maximiano de O. Engracia Garcia
CRM 60.979
CPF 071.859.048-11

MAXCLIN
CIRURGIA PLÁSTICA

Edifício W. Offices
Av. Wladimir Meirelles Ferreira, 1660 - 7º andar
Jd. Botânico - 14021 630 - Ribeirão Preto - SP
Tels.: (16) 3623 3068 / (16) 3623 1373
www.clinicamaxclin.com.br