

Religião como contribuinte da construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia Bariátrica

Bruna da Silva Lopes Melo¹
Geane Freitas Pires de Castro²
Libia Kicela Goulart³

Resumo: A qualidade de vida tem sido cada vez mais danificada com o aparecimento da obesidade, portanto a morbimortalidades relacionada à obesidade vem crescendo de forma alarmante. A obesidade é caracterizada como um distúrbio nutricional o qual acarreta o acúmulo excessivo de gordura corporal, colocando em risco a saúde dos indivíduos por possuir relação direta com outras doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes, hipertensão que culminam com eventos cardiovasculares. Este distúrbio vem tomando dimensões importantes em todo o mundo, inclusive no Brasil. Dentre as principais razões que levam uma pessoa a procurar uma ajuda religiosa, estão relacionados problemas de saúde. Vários estudos implicam que a doença pode mobilizar a busca de ajuda por meio da religião. Portanto a Cirurgia Bariátrica tem sido uma ferramenta de auxílio no tratamento clínico da obesidade.

Palavras- chaves: Religião. Saúde. Obesidade.

Introdução

A obesidade é caracterizada como um distúrbio nutricional o qual acarreta o acúmulo excessivo de gordura corporal, colocando em risco a saúde dos indivíduos por possuir relação direta com outras doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes, hipertensão que culminam com eventos cardiovasculares. Este distúrbio vem tomando dimensões importantes em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Pesquisas comprovam que a obesidade tem sido considerada um dos maiores problemas de saúde no mundo. Atingindo homens, mulheres e crianças. No

¹Mestranda em Ciências das Religiões, pela Faculdade Unida de Vitória. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior, pela Faculdade Signorelli MG. Graduada em Nutrição, pela Faculdade Redentor de Itaperuna. Professora do Centro Universitário São José de Itaperuna. [Email.bruna.slopes@gmail.com](mailto:bruna.slopes@gmail.com)

²Mestranda em Ciências das Religiões, pela Faculdade Unida de Vitória. Pós-graduada em Gestão Educacional. Graduada em Farmácia, pela UNIG de Itaperuna. Professora do Centro Universitário São José de Itaperuna. [Email.gege_freitas@yahoo.com.br](mailto:gege_freitas@yahoo.com.br)

³ Mestranda em Ciências das Religiões, pela Faculdade Unida de Vitória. Pós-graduada em Processo Civil, PUC-MG. Graduada em Serviço Social na UFF Graduada em Direito pela UNIG de Itaperuna. Email libiakicila@hotmail.com

Brasil alguns dados comprovam que a obesidade chega a atingir 50% da população.

Alguns determinantes estão associados diretamente ao ganho excessivo de peso como: mudanças em alguns momentos da vida, situações de violência, fatores psicológicos que envolvem o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar, alguns tratamentos medicamentosos, redução drástica de atividade física ao consumo excessivo de álcool e suspensão do hábito de fumar. Dentre as principais razões que levam uma pessoa a procurar uma ajuda religiosa, estão relacionados problemas de saúde.

Isto pode elucidar o fato de que embora um indivíduo fale em doença, tanto em relação à etiologia quanto aos recursos disponíveis, fará claramente associação entre a doença física e doença espiritual.

A qualidade de vida tem sido cada vez mais danificada com o aparecimento da obesidade, portanto a morbimortalidades relacionada à obesidade vem crescendo de forma alarmante, principalmente quando o IMC situa-se em pelo menos 30 kg/m² e o risco de morte prematura duplica acima de 35 kg/m². Sendo assim desencadeando distúrbios psicossociais e sentimento de inferioridade e isolamento social; e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e também a diminuição da agilidade física.

De acordo com autor a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o melhor tratamento, considerando critérios de perda e manutenção de peso bem como reversão dos efeitos adversos da obesidade, e melhoria na qualidade de vida. (Ferraz, 2003).

No contexto religioso o corpo não é visto como algo pronto e acabado, como um dado objetivamente inconvertível, mas sim como um fenômeno que está sempre em variação, assim como a sociedade em que fazemos parte. Desse modo a construção corporal é conseqüentemente fruto de diversas influências econômicas, políticas e sociais.

1. A relação entre saúde/doença e religiosidade/fé

Desde sempre, na história da humanidade, tenta-se conceituar saúde e doença. Desse modo, no sentido mágico-religioso, “doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou

de maldição” (SCLYAR, 2007, p. 32). Segundo os hebreus, representava “um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos” (SCLYAR, 2007, p. 32). Diferentemente para os gregos antigos – como se lê em textos atribuídos a Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina –, “A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana” (SCLYAR, 2007, p. 34).

No Oriente, há certa analogia ao conceito de Hipócrates, de forma que havendo harmonia corporal se tem saúde, o contrário disso é doença. No Ocidente, nos anos seiscentos, René Descartes associava o funcionamento do corpo ao da máquina. A partir daí, nos anos setecentos, François Xavier Bichat conceitua saúde como o “silêncio dos órgãos”. E assim vai-se modificando o conceito de saúde/doença até que, após a Segunda Guerra (1948), a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLYAR, 2007, p. 34).. Apoiando-se nesse conceito, Moacyr Scliar elabora o seu: “Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações” (SCLYAR, 2007, p. 37) .

Pelo exposto até então, percebe-se que os contextos social, político, econômico e cultural intervêm nas concepções que o homem tem de saúde e doença. Por isso tantas divergências a individualizarem esse ser cujos valores vão se constituindo nessa rede de relações em que está imerso. Também no âmbito da religiosidade – fenômeno que existe em todo o planeta em maior ou menor grau influenciando as civilizações –, saberes e práticas são resultantes de estrutura de cada sociedade. A origem da religiosidade/fé se confunde com a origem do próprio homem.

Data de tempos imemoriais a ligação com o sobrenatural cujas crenças se manifestam nos sistemas sociais, costumes, culturas, sempre buscando expedientes para se relacionar com o sagrado. Daí se origina a religião, que é um fato social, com grande potencial de integração/coesão social, que se manifesta no comportamento humano, embasado em instituições paradigmáticas infundadas em evidências/provas, mas tão somente na revelação divina. Ainda envolvendo o sagrado, a partir de Durkheim, tem-se uma nova interpretação sociológica de religião como sendo uma doutrina de

crenças e práticas com possibilidades de análise, considerando suas características mais institucionais (GUERRIERO, 2015).

Em outra perspectiva, conceitua Gaarder: “[...] religião significa relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou do qual se sente dependente. Essa relação se expressa em emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crença) e ações (culto e ética)” (GAARDER, 2009, p. 19). Por esse viés – uma ligação revelada por certas emoções, concepções e ações –, chega-se ao entendimento de religiosidade, por manifestar uma procura de liame do homem ao divino; por traduzir um vínculo dinâmico entre a pessoa e o poder supremo em que crê e a que se considera submetido. Nessa mesma diretriz, José Roberto Dias chegou ao seguinte conceito:

A religiosidade no ser humano [...] exerce uma dinâmica “inconsciente” [...] é imanente à natureza humana. Nesse sentido, a religiosidade pode ser conceituada como uma dimensão humana, histórica e culturalmente determinada, que se abre à transcendência, mobiliza energias e se materializa em formas cognitivas e emocionais na construção de sentido para a totalidade da existência (DIAS, 2010).

Nesse sentido, o ser humano é um ser ao mesmo tempo singular e pluridimensional; é envolvido pelas dimensões social, física, biológica, psicológica e espiritual de tal modo que se um desses aspectos for prejudicado, a saúde do indivíduo desequilibra-se. O abalo dessa estrutura humana torna-se um terreno propício para a manifestação da religiosidade, que ocupa o espaço de incompletude porque, em geral, contempla a carência instaurada em uma realidade incômoda e cruel. O homem tenta se agarrar a algo sobre-humano que tanto pode ser um Deus, em especial, santos, imagens e outros valores, pois é, não raro, no momento em que

a dor bate à porta e se esgotam os recursos da técnica, que nas pessoas acordam os videntes, os exorcistas, os mágicos, os curadores, os benzedores, os sacerdotes, os profetas e poetas, aquele que reza e suplica sem saber direito a quem [...] (ALVES, 1986, p. 11).

Convém não confundir religiosidade com fanatismo religioso: este assimila a doença a castigo divino; aquela intervém como contribuição aos aspectos físicos e mentais, intensificando a resistência do sistema imunológico e diminuindo a predisposição a algumas enfermidades, pois ela é a crença no divino. Assim Jeff Levin defende esse ponto de vista: “O papel da fé e da

espiritualidade como meio de enfrentar as doenças físicas ou mentais e de apressar potencializar a cura, é uma instigante fronteira que os médicos pesquisadores estão começando a explorar” (LEVIN, 2011, p. 218). Para Silva e Silva,

O bem-estar espiritual vem sendo considerado como mais uma dimensão da condição de saúde humana, de acordo com as grandezas corporais, psíquicas, sociais, e tem como instrumentos de mensuração um componente vertical religioso (bem-estar em relação a Deus) e um componente horizontal existencial (sentido de propósito e satisfação de vida), este último não se refere a conteúdos especificamente religiosos. Assim, o fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar significativamente na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental (SILVA, 2014, p. 212).

É notório o contingente de pessoas que buscam na religião o alento para seus males do corpo e da alma, ou até mesmo por problemas de relacionamento nos mais variados setores (doméstico, profissional, conjugal) e, inclusive para situações econômicas adversas. Prova disso é a multiplicação de templos religiosos das distintas denominações, em especiais os neopentecostes e os terreiros de religiões de descendência africana. A título de ilustração, lê-se na *Gazetaonline*, de Vitória-ES, no caderno Cidade, a seguinte manchete publicada em abril/2017: “Um em cada esquina. Em dois anos, Grande Vitória ganhou mais 69 templos religiosos. Vila Velha, Vitória e Serra já possuem 1.252 igrejas”³.

Percebe-se que as muitas razões que levam uma pessoa a procurar ajuda religiosa estão relacionadas a problemas de saúde. Vários estudos evidenciam que a doença pode mobilizar a busca de ajuda por meio da religião devido às representações mágico-religiosas do corpo que se distinguem por se apresentarem como uma manifestação de relação das pessoas com o mundo sagrado, fantástico e místico. Isto pode elucidar o fato de que, embora um indivíduo fale em doença, tanto em relação à etiologia quanto aos recursos disponíveis, fará claramente associação entre doença física e doença espiritual. Com o intuito de contribuir para a melhora do estado físico,

³GAZETAONLINE, Cidades. *Um em cada esquina*. 15 abr. 2017. Disponível em: <<http://beta.gazetaonline.com.br/noticias/cidades/2017/04/em-dois-anos-grande-vitoria-ganhou-mais-69-templos-religiosos-1014044910.html>>. Acesso em: 11 maio 2017.

emocional e psicológico do homem, a religião tem papel importante no tratamento de várias doenças, conforme explica Ferreti:

No Brasil existe uma grande ligação entre saúde e religião porque a maioria das pessoas considera a doença como algo causado tanto por fatores materiais (vírus, micro-organismos), como por fatores espirituais (agentes sobrenaturais: espíritos encantados, santos, castigos, provações, falta de proteção, encosto etc.) e por fatores mágicos (malefícios causados por magia, bruxaria, feitiço) e também porque se acredita na ação do sagrado, na prevenção e cura de enfermidades. Por essa razão, as igrejas, os terreiros, os centros espíritas, as residências de pajés e curadores são diariamente procuradas por pessoas atormentadas por males diversos⁴.

A composição da sociedade humana, desde tempos remotos, preocupa-se com a saúde, com a cura de enfermidades e com a prevenção das doenças. Nesse intuito, muitos recorriam à fé e mantinham práticas religiosas como suporte para sustentar uma vida saudável – concepção bem distinta do início da modernidade, quando se dá o nascimento da medicina científica, orientando e explicando o decurso de adoecimento e cura desassociado da religião. Foi uma virada paradigmática. Entretanto, hoje, as pesquisas antropológicas atestam que a fé, que permanecera em toda a história da humanidade em seus mais distintos estratos, vem sendo tema relevante nas discussões acadêmicas para melhor absorção do processo de saúde e doença⁵.

O médico Eymard Mourão Vasconcelos, mestre em Educação e doutor em Saúde Pública e em Medicina Tropical, em seu artigo, ao mencionar J. Levin (autor da obra *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*, 2003), resume e enumera os pontos relevantes do referido livro:

(a) as pessoas que assistem regularmente a serviços religiosos apresentam taxas mais baixas de doenças e de mortalidade do que aquelas que não frequentam regularmente esses serviços ou que não os assistem; (b) as pessoas que relatam uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão, que são as três principais causas de morte nos Estados Unidos; (c) pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e institucionalizadas apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência; (d) a prática religiosa é o maior determinante do bem-estar psicológico dos afro-americanos – mais

⁴ FERRETI, M. M. R. *Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhança*. II Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde. São Luiz. 2003, p. 1.

⁵ Cf. IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico, p.49-74. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

importante até que a saúde ou as condições financeiras; (e) pessoas que têm vida religiosa ativa em média vivem mais do que as não religiosas. Isso vale até mesmo quando se põe sob controle, retirando a interferência na análise estatística do fato de que as pessoas religiosas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, que aumentam os riscos de doenças e de morte. Para este epidemiologista, as evidências da presença de um fator religioso na saúde são “esmagadoras”⁶.

A pesquisa de Vasconcelos sobre o hábito ou não de frequentar igreja em comparação com a taxa anual de mortes entre 100 mil pessoas revela números surpreendentes. Ele assim organiza os dados anuais do comparecimento à igreja, seguidos da taxa de mortes: a) os que nunca foram – 2.591,3; b) menos de duas vezes – 1640,1; c) de duas a doze – 1511,7; d) uma vez por mês – 1354,3; e) uma vez por semana ou mais – 1308,1. Constatou-se, pois, que quanto menor a frequência à igreja maior é o número de mortes. A pesquisa revelou também que aqueles que prestavam semanalmente serviços religiosos apresentava o risco de morte diminuído em quase 50% no ano subsequente⁷.

Pesquisas atestam que a busca da religião se associa ao comportamento saudável. Isso se explica uma vez que saúde/doença/morte se constitui um dos temas abordados em de cultos e demais seções religiosas. Muitos fiéis se sentem amparados por doutrinas que lhes orientam moral e pragmaticamente visando à manutenção/recuperação da saúde física e emocional. É comum relatos de membros de instituições religiosas valorizarem o bem-estar, tentar mantê-lo por meio de cuidados, identificando-o com os ensinamentos religiosos. É sabido que a espiritualidade não se manifesta em práticas religiosas institucionalizadas, não é definida com clareza, não é padronizada – ainda assim, estudiosos vêm associando a atividade da oração (desligada de frequência a entidades religiosas, diferente da pesquisa mencionada acima) com indicativos de saúde⁸. Nesse sentido,

Ellison et al. (1989) investigaram o efeito da devoção religiosa na saúde entre afro-americanos, em uma amostra representativa de

⁶ VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos, p. 12-18. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, set., 2010, p. 13.

⁷ Cf. VASCONCELOS, 2010, p. 13.

⁸ VASCONCELOS, 2010, p. 15.

todos os EUA. A devoção religiosa foi avaliada combinando-se dados a respeito da frequência da prece no cotidiano das pessoas e da declaração expressa de sentimentos de ligação com Deus. A intensidade da devoção mostrou-se fortemente determinante dos níveis de satisfação com a vida, independentemente do nível de frequência à igreja, da afiliação religiosa, da interação social com outras pessoas, da situação de saúde ou da ocorrência de acontecimentos traumáticos no ano anterior. Mostrou-se, portanto, que o efeito da devoção religiosa para o bem-estar subjetivo supera qualquer benefício que se possa atribuir ao tipo de afiliação religiosa ou à frequência de participação religiosa institucionalizada⁹.

Enfim, vê-se a religiosidade/fé como comportamento que conduz o crente a práticas sociais em busca de lograr coerência à sua vida, guiando-a embasada em valores nos quais acredita. Em busca da saúde, essa religiosidade costumase potencializar, seja qual for o mal de que o crente esteja acometido. Saúde, entretanto, não se restringe ao bem-estar físico advindo do bom funcionamento do organismo. É muito simplória essa concepção. O que o homem busca, na verdade, é qualidade de vida. Sobre esse conteúdo, a seção a seguir traz esclarecimentos oportunos.

1.2 Qualidade de vida

De acordo com a OMS,

Saúde não significa apenas não estar doente, mas alcançar o estado de satisfação e plenitude consigo próprio e com a vida. A QV [qualidade de vida] relacionada à saúde é avaliada com base em dados mais objetivos e mensuráveis, aplicados às pessoas reconhecidamente doentes do ponto de vista físico, referindo-se ao grau de limitação associada ao desconforto que a doença e/ou sua terapêutica acarretam¹⁰.

Com o aumento no desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins, a partir de 1970, foi iniciado o interesse pela QV pelos cientistas sociais, filósofos e políticos. Esse avanço desencadeou, por um lado, consequência negativa: “a progressiva desumanização das ciências”¹¹. Dessa maneira, a

⁹VASCONCELOS, 2010, p. 15.

¹⁰WHO. World Health Organization. *Body mass index classification report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. [Citado em 2008 dez.13]. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 10 maio 2014.

¹¹FLECK, M. P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, p. 33-38. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line],

preocupação com o conceito de QV veio à tona, levando as ciências humanas e biológicas a valorizarem parâmetros mais amplos do indivíduo do que somente o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida¹². Conforme explica Fleck,

A qualidade de vida foi definida pelo Grupo de qualidade de vida de Saúde Mental da WHO, como “a compreensão do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesse contexto, o conceito de qualidade de vida é tanto implícito quanto subjetivo e multidimensional, incluindo aspectos de avaliação positivos e negativos¹³.

Na verdade, ainda que seja um extremamente significativo, não se tem um conceito delineado de qualidade de vida. Inclusive, encontram-se alguns tão distintos uns dos outros a ponto de se contradizerem. Depende muito da área de interesse: político, social, educacional e outro. Na busca de melhor entendimento dessa questão, elucida-se neste texto o consenso epistemológico de duas grandes vertentes: 1) teóricos que assimilam QV ao bem-estar físico e mental, bem próximo ao conceito de saúde, de expectativa de vida aumentada; 2) teóricos que consideram a saúde um dos fatores indispensáveis à qualidade de vida, a qual abrange outros aspectos também¹⁴.

Enquanto GroupWhoqol (entidade que desenvolve instrumentos de avaliação de qualidade de vida) envolve nesse conceito a percepção do indivíduo sobre sua condição, considerando seu contexto cultural e seus valores relacionados a “seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, Silvino Santin (teórico da Educação Física) considera isso também, mas leva em conta a questão da ética; e T. M. Gill e A. R. Feisntein professam tudo isso, mas tendo como escopo primordial a condição de análise “a partir da percepção individual de cada um”¹⁵.

V. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 maio 2011, p. 34.

¹² FLECK, 2000, p. 37.

¹³ FLECK, 2000.

¹⁴ Cf. PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação, p. 241-50. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v. 26, n. 2, abr./jun. 2012, p. 241.

¹⁵ Cf. PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241.

Pereira, Teixeira e Santos salientam a limitação de muitas pesquisas no âmbito exclusivo da descrição que envolve “características como escolaridade, ausência dos sintomas das doenças, condições de moradia unicamente como indicadores de QV sem investigar o objetivo disso para as pessoas envolvidas”¹⁶. Negligencia-se, portanto, “a subjetividade particular de cada ser humano na questão de poder avaliar o quão boa é sua própria vida”¹⁷ – abordagem bem distinta da de H. Day e S. G. Jankey (autores de *Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life*), que “classificam os estudos sobre qualidade de vida de acordo com quatro abordagens gerais: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística”¹⁸.

Sobre o modelo de QV pautada na saúde, lê-se em Érica Sinzato¹⁹ que “foi desenvolvido por Parsons (1958), que o definiu como ‘um estado de capacidade absoluta para realização de tarefas’”. Desse pressuposto, Sinzato deduz: “Assim, quanto menor for a capacidade de um indivíduo para realizar suas expectativas, mais pobre será sua QV”²⁰.

Relacionada a esse último aspecto a pesquisa de L. V. Morais, realizada com mulheres obesas em seu cotidiano, “constatou que as mulheres obesas referiram dificuldades em fazer o que precisava ser feito durante o dia, em razão da presença de dor e desconforto físico, fadiga, falta de energia, cansaço e tinham dificuldade para dormir”²¹. Também, da mesma forma que o físico do ser humano adoce, fatores mentais e sociais também podem intervir na sua QV conforme explicam Holmes e Dickerson:

Qualidade de Vida é um termo complexo e abstrato, representando as respostas individuais aos fatores, físico, mental e social, que contribuem para um dia a dia normal. Compreende áreas muito diversas que contribuem para um todo, incluindo: satisfação pessoal, autoestima, desempenho, comparação com outras experiências e conhecimentos prévios, situação econômica, saúde em geral e

¹⁶ PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

¹⁷ PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

¹⁸ PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

¹⁹ SINZATO, Érica. Avaliação da qualidade de vida de obesos, p. 35-51. *Estudos*, Goiânia, v. 34, n. 1/2, jan./fev. 2007, p. 40.

²⁰ SINZATO, 2007, p. 41.

²¹ Cf. SINZATO, 2007, p. 47.

estado emocional, todos eles fatores que contribuem para qualidade de vida total²².

Englobando essas questões ora arroladas, para José Carlos Rosa Pires de Souza,

[...] o conceito de QV é avaliado em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual, social) e componentes de cada um dos itens. Colocando estes três níveis em forma de pirâmide, o topo seria a avaliação total do bem-estar, seguida dos outros dois, sendo os “componentes de cada domínio” a base da pirâmide. Sendo assim, este complexo conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento entre as características proeminentes do ambiente²³.

A apreensão com o conceito de QV refere-se à oscilação dentro das ciências Biológicas e Humanas, no intuito de avaliar parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas. O aumento ou diminuição da expectativa da QV significa mais pessoas vivendo até idades avançadas, experimentando, a princípio, a plenitude de seu potencial biológico. Esclarece-se que essa é uma visão contemporânea de saúde, em tempos de globalização da informação²⁴.

Na verdade, para se conceituar saúde e doença é necessário considerar o conceito social, econômico, político e cultural uma vez que esses conceitos variam muito no tempo e no espaço e de indivíduo para indivíduo. Inclusive, em outros tempos, concebia-se a masturbação como conduta patológica que acarretava tanto desnutrição em razão da perda de proteínas por meio do esperma quanto transtorno mental. Concebida sob essa perspectiva, “A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do ‘paciente’, por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália”²⁵.

O Ministério da Saúde tem se preocupado em divulgar que a QV do ser humano contemporâneo tem sido cada vez mais danificada com o

²² HOLMES, S.; DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a self assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 40, n. 5, p. 515-520, 2003.

²³ SOUZA, J. C. *Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes de caminhonistas do Brasil e de Portugal*. Tese (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2004, p. 22.

²⁴ SCLIAR, 2007, p. 30.

²⁵ SCLIAR, 2007, p. 30.

aparecimento de uma doença: obesidade. A estudiosa Érica Sinzato realizou um estudo comparativo como fim de “comparar a QV de pessoas portadoras de obesidade (leve e moderada) com a QV de indivíduos não obesos”, explorando estes fatores: “Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional, Saúde Mental”²⁶. Excetuando-se o aspecto referente à dor, os resultados dos dados coletados do questionário surpreenderam: “mostraram que a QV dos obesos, em geral, não diferiu dos não-obesos”²⁷. A pesquisadora revela:

Os resultados foram contraditórios com os dos encontrados por Moraes (2004) que, na análise dos dados relativos ao WHOQOL-100, mostrou que as mulheres com obesidade leve apresentaram maiores dificuldades e limitações na QV, em todos os domínios, com exceção do relacionado a aspectos religiosos e espirituais, quando comparadas às mulheres sem obesidade. Resultados semelhantes a este estudo foram encontrados por Livingston e Ko e Casares (apud MORAIS, 2004). Eles verificaram que a QV se deteriora conforme o aumento do índice de massa corporal²⁸.

Pesquisando teóricos dessa área Telma Braga Tavares, Simone Machado Nunes e Mariana de Oliveira Santos constataram que “O declínio na qualidade de vida é mais acentuado nos obesos que não seguem tratamento para a perda de peso”²⁹. As autoras explicam que devido à causa multifatorial, a obesidade, “resultante da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, causa forte impacto tanto na saúde quanto no bem-estar psicológico e, principalmente, na qualidade de vida”³⁰. Sublinham as autoras que “A inatividade física é um dos fatores que acometem a QV dos obesos, sendo considerada fator de risco primário e independente para o desenvolvimento da obesidade, cuja contribuição tem efeito cumulativo”³¹.

²⁶SINZATO, 2007, p. 35.

²⁷SINZATO, 2007, p. 35.

²⁸SINZATO, 2007, p. 47.

²⁹TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura, 359-366. *RevMed Minas Gerais*, 20(3), 2010, p. 359.

³⁰TAVARES, 2010, p. 360.

³¹TAVARES, 2010, p. 362.

Fundamentando-se na pesquisa de Koloktin et al.– uma avaliação da QV sexual de obesos dividida em três grupos (500 em mudança rigorosa de estilo de vida para a perda de peso; 372 se submetem à cirurgia bariátrica; 286 estavam à busca de tratamento para perder peso) –, Tavares, Nunes e Santos expõem a dificuldade sexual que os dois últimos grupos enfrentam, principalmente as mulheres. A obesidade se associava “à falta da atividade sexual, do desejo sexual, das dificuldades no desempenho sexual e à negativa em ter encontros sexuais”³², isto é, havia uma “relação direta entre obesidade e QV e a sua íntima relação com representativo excesso de peso, mais tendência ao isolamento social, ao estresse, à depressão e ao agravamento da capacidade funcional”³³.

São muitos os estudos a confirmarem que a morbimortalidade relacionada à obesidade vem crescendo de forma alarmante. Há um aumento significativo no número de obesos no país. Mais da metade dos brasileiros está acima do peso ideal, correndo risco de complicações que podem levar a óbito³⁴. A seção subsequente detalha esse quesito.

1.3 Obesidade e fatores de risco

Segundo Melo, a obesidade pode ser definida como uma doença crônica progressiva e recorrente, caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal, resultante da ingestão excessiva de calorias, que supera o gasto energético do organismo³⁵. Ela se caracteriza como um distúrbio nutricional o qual acarreta o acúmulo excessivo de gordura corporal, colocando em risco a saúde dos indivíduos por possuir relação direta com outras doenças crônicas não

³²TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 363.

³³TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 363.

³⁴ESTADÃO Conteúdo. *Mais da metade dos brasileiros está acima do peso, diz Ministério da Saúde*. 17 mar. 2017. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2017/04/mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso-diz-ministerio-da-saude-9773861.html>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

³⁵MELO, Vinícius Lins Costa. *Obesidade infantil: impactos psicossociais*, p. 367-370. *RevMed Minas Gerais* [online], v. 20, n. 3. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251/html>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

transmissíveis como o diabetes, hipertensão que culminam com eventos cardiovasculares.

Ao assumir o lugar de doença, a obesidade tornou-se objeto de medicalização e passou a ser apontada como causa de outros adoecimentos, resultando em mudanças na sua concepção e abordagem. Essa transformação no modo de ver a obesidade ao longo do tempo teve implicação tanto em aspectos biomédicos quanto culturais. Inicialmente vista pela medicina como falta de vontade e desordem psicológica e, portanto, um problema a ser tratado no corpo pelas ciências da saúde, mais tarde, passou a ser alvo de discussão no âmbito religioso – como entendimento de que o peso corporal poderia estar relacionado à crença dos indivíduos – fugindo então do escopo médico de atuação³⁶.

Costa, em sua dissertação de mestrado, caracteriza a obesidade como uma doença complexa que pode desencadear problemas sociais e psicológicos, que afetam todas as idades e sexos. A obesidade é incluída no grupo de doenças não transmissíveis (DTAs), contudo sua prevalência vem aumentando gradativamente atingindo proporções epidêmicas. A interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais é resultado das causas multifatoriais da obesidade. Acredita-se que fatores genéticos podem estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos, ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal. Este distúrbio vem tomando dimensões importantes em todo o mundo, inclusive no Brasil³⁷.

Devido a esse aumento mundial, a obesidade, como já se disse, chega a ser considerada como uma epidemia, a epidemia do século XXI. Há estimativa de que mais de 400 milhões de adultos no mundo estejam obesos, de acordo ao índice de massa corporal ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), conforme a OMS. Em países como Austrália e Reino Unido, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população se encontra

³⁶ARAÚJO, Kênya Lima de Araújo; PENA, Paulo Gilvane Lopes; FREITAS, Maria do Carmo Soares de. *Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2787.pdf>> Acesso em: 11 maio 2017, p. 2788.

³⁷COSTA, Anna Christina Charbel. *Perfil epidemiológico de pacientes obesos do Programa Cirurgia Bariátrica de um hospital escola de Campo Grande-MS*. 128p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Maro Grosso do Sul. Campo Grande-MS, 2008, p. 16.

obesa. Nos países em desenvolvimento, como África do Sul, Egito e México, as taxas também se apresentam altas, principalmente em mulheres³⁸. Nesse sentido, em sua tese de doutorado, Vivian Cristine Luft, fundamentando-se em Popkin explica:

A taxa de crescimento na prevalência de excesso de peso, (considerando sobrepeso e obesidade de forma combinada) nos países em desenvolvimento, a exemplo do México, China, Tailândia e Indonésia, está vivenciando um aumento anual superior a 1%³⁹.

E, assim, a QV tem sido cada vez mais danificada com o aparecimento da obesidade. A morbimortalidade a ela relacionada vem crescendo de forma alarmante, principalmente quando o IMC situa-se em pelo menos 30 kg/m² e o risco de morte prematura duplica acima de 35 kg/m². Desencadeiam-se distúrbios psicossociais, sentimento de inferioridade, isolamento social, diminuição da agilidade física e outras implicações, como o aumento de se precisar se submeter ao risco cirúrgico. Dentre várias causas de morte no país, as doenças cardiovasculares é considerada como a primeira causa elevando gradativamente esse índice de mortes, por estarem associadas com a HAS e diabetes mellitus. AOMS, considerando “a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo”, adverte:

A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, estaria em torno de 15%⁴⁰.

³⁸INCA. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Sobrepeso e obesidade, p. 69-80. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/sobrepesoobesidade.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017, p. 69.

³⁹ LUFT, Vivian Cristine. *Obesidade e diabetes: contribuição de processos inflamatórios e adipocitocinas, e a potencial importância de fatores nutricionais*, 179p. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Porto Alegre-RS, 2010, p. 22.

⁴⁰ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Mapa da obesidade*. 2008-2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

A obesidade atinge homens, mulheres e crianças. “Diversas evidências sugerem que a hereditariedade e o estilo de vida dos jovens, influenciados pelo ambiente no qual estão inseridos, explicam o aparecimento da obesidade e de fatores de risco cardiovascular em filhos de obesos”⁴¹. Crianças e adolescentes obesos são suscetíveis a inúmeras anormalidades metabólicas – o que pode resultar no surgimento de várias comorbidades quando adultos, por exemplo: “doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemia, alguns tipos de câncer e transtornos psicossociais, sendo a obesidade visceral o maior motivo de preocupação nesse quadro”⁴². Estima-se haver no Brasil “cinco milhões de crianças obesas”, um quantitativo que vem aumentando. Segundo a “Associação Brasileira para Estudos Sobre Obesidade (ABESO)”, há na população brasileira 40% de pessoas com sobrepeso ou obesidade⁴³.

Nos adultos, entre 50 e 60% de obesos tem o histórico de uma infância e/ou adolescência obesa. Trata-se, neste caso, de “obesidade do tipo hiperplásica”, caracterizada pelo aumento das células adiposas impedindo que elas sejam eliminadas e, portanto, interferindo negativamente no tratamento da doença. Diferente é a obesidade hipertrófica, “que pode se manifestar em qualquer fase da vida adulta e é causada pelo aumento no volume das células adiposas”⁴⁴.

Trata-se de um cenário alarmante que requer determinação, vigilância e atitude dos obesos e dos que se encaixam na grande parcela de suscetíveis à doença. No Brasil, alguns dados comprovam que a obesidade chega a atingir 50% da população, tais como:

Quase metade da população brasileira está **acima do peso**. Segundo o estudo, 42,7% da população estava acima do **peso** no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%. Os novos resultados não são novidade, se comparados com os de 2010. “O dado agravante é o aumento de mais de 0,5% do excesso de peso e da obesidade em um ano. Isso é alarmante, se formos extrapolar os dados para os próximos dez anos”. O estudo também revelou que o **sobrepeso** é maior entre os homens. 52,6% deles estão acima do **peso ideal**. Entre as mulheres, esse valor é de 44,7%. A pesquisa também diz que o **excesso de peso** nos homens começa na

⁴¹ QUADROS, Fabricio Felipe; GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; RIBEIRO, Jerri Luiz. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em filhos de obesos: uma revisão, p. 119-126. *Scientia Medica*, v. 23, n. 2, Porto Alegre, 2013, p. 119.

⁴² QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, p. 119.

⁴³ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, p. 119.

⁴⁴ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, 120.

juventude: na idade de 18 a 24 anos, 29,4% já estão acima do peso; entre 25 e 34 anos são 55%; e entre 34 e 65 anos esse número sobe para 63%. Já entre as mulheres, 25,4% apresentam sobrepeso entre 18 e 24 anos; 39,9% entre 25 e 34 anos; e, entre 45 e 54 anos, o valor mais que dobra, se comparando com a juventude, passando para 55,9% (SBCBM)⁴⁵.

Como se percebe, os índices de sobrepeso e obesidade na população brasileira teve um grande avanço quando comparados ao ano de 2006. Em 2011 apresentou um aumento gradativo de aproximadamente 5,8%, que caracteriza 0,5% ao ano, deixando evidente que o sobrepeso é maior entre os homens do que entre as mulheres. Motta afirma que fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes na determinação da obesidade. Dessa maneira, populações do meio urbano, com a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético no trabalho e na rotina diária e com a crescente industrialização dos alimentos, estão vulneráveis ao aumento da obesidade. Outros determinantes estão associados diretamente ao ganho excessivo de peso como: mudanças em alguns momentos da vida, situações de violência, fatores psicológicos que envolvem o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar, alguns tratamentos medicamentosos, redução drástica de atividade física ao consumo excessivo de álcool e suspensão do hábito de fumar⁴⁶. Também,

Vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, principalmente nas pessoas com IMC acima de 30 kg/m². Podem ser citados os distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cérebro vascular, trombose venosa profunda, entre outros), distúrbios endócrinos (diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva)⁴⁷.

Recentemente o hábito alimentar do mundo ocidental modificou de alimentos frescos para uma dieta rica em alimentos industrializados, de

⁴⁵SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. A Cirurgia. Disponível em: <<http://www.sbcb.org.br>>. Acesso em: 11 maio 2017.

⁴⁶Cf. MOTTA, D. G. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba-SP, p. 63-70. *Saúde em Revista*. 6(13), 2004.

⁴⁷ MANCINI, M. C. et al. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso, p. 584-606. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 45(6):, 2001.

vegetarianos, para uma dieta de alimentos processados, refinados e de origem animal. Com isso, a população passou a ingerir exageradamente calorias e gorduras em excesso, além de açúcar e sal refinados em detrimento de fibras e amido. Para agravar o quadro, aumentam-se as tecnologias em todos os setores, inclusive na vida doméstica, poupando energia da população. Esses fatores tiveram resultado significativo na saúde do homem urbano contemporâneo: o aumento de peso e suas drásticas consequências⁴⁸.

Em resumo: consumo de alimentos processados, com alto teor de calorias, e de elevada densidade energética com elevados teores de lipídios e carboidratos, de um lado, e sedentarismo, de outro lado, promovem o aumento do peso corporal, o qual resulta em acúmulo de gordura abdominal, que também, por sua vez, promove mal-estar, mau hábito, probabilidade de sobrepeso, obesidade e, conseqüentemente, diabetes. Esta traz em sua bagagem riscos à saúde e o de morte prematura. Assim tem sido os hábitos ocidentais e suas conseqüências⁴⁹.

Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o de açúcar em 64%. Já o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras 18%. Em grande parte, este aumento do consumo calórico parece dever-se ao crescimento progressivo das porções de alimentos ao longo das últimas décadas⁵⁰.

Outro grande risco provocado pela obesidade é a “obesidade abdominal ou androide”. Segundo Olinto, constitui-se “no aumento de tecido adiposo na região abdominal, é considerada um fator de risco independente para diversas morbidades, representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição de gordura corporal”⁵¹. Está diretamente associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Associadas, essas doenças “aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, que representam a

⁴⁸ VALENTINI, Fabiane Francisqueti; NASCIMENTO, André Ferreira do; CORRÊA, Camila Renata. Obesidade, inflamação e complicações metabólicas, p. 81-89. *Nutrire*. 40(1), abr. 2015, p. 83.

⁴⁹ VALENTINI; NASCIMENTO; CORRÊA, 2015, p. 84.

⁵⁰ VALENTINI; NASCIMENTO; CORRÊA, 2015, p. 82.

⁵¹ OLINTO, M. T. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, 2006.

primeira causa de óbito no país e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física⁵².

“Como na prática a avaliação direta da quantidade de gordura é de difícil obtenção, pode-se utilizar a circunferência da cintura como indicador antropométrico de adiposidade abdominal”⁵³, isto é, uma estimativa de gordura centralizada no abdômen que, por sua vez, está interligada à quantidade de tecido adiposo visceral. Portanto, essas medidas vêm sendo amplamente utilizadas em estudos de base populacional como indicadores da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares⁵⁴.

Mesmo após o controle do índice de massa corporal, a obesidade abdominal pode causar a ocorrência da diabetes mellitus em 3,5 vezes. O aumento de 10% na gordura corporal reflete aumento significativo da pressão arterial. Ultimamente, os profissionais da saúde têm chegado ao consenso de se considerar a obesidade de sintomatologia (desequilíbrios bioquímicos, doenças físicas), de transtornos psicológicos e de embaraços nas interações sociais. Dessa forma, alguns preconceitos surgem como decorrentes da obesidade, principalmente por deixar a forma física fora dos padrões contemporâneos de beleza. “Independente do aspecto valorizado a cada época na história, fato é que comparações quanto às doenças existentes no corpo gordo e ausentes no corpo caracterizado pela magreza começaram a se estabelecer”⁵⁵. Assim, muitos obesos, não satisfeitos com o próprio corpo, procuram ajuda religiosa.

⁵²BRANDÃO, A. M. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4):897-905, abr., 2007.

⁵³GONÇALVES, Christine Pereira, 1978. *Avaliação da circunferência da cintura como variável preditora de risco coronariano em estudo de base populacional*. 150p. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, 2008, p. 06.

⁵⁴GONÇALVES, 2008, p. 06.

⁵⁵ARAÚJO; PENA; FREITAS, 2014, p. 2788.

Referências bibliográficas

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Mapa da obesidade*. 2008-2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

ALVAREZ, Francisco. Teologia da Saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camillo/ Paulinas, 2013.

ALVES, R. A. *O que é religião?* 9 ed. São Paulo: Brasiliense. Coleção Primeiros Passos, 1986.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família, p.131-47. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, jan./jun. 2006.

ARAÚJO, Kênya Lima de Araújo; PENA, Paulo Gilvane Lopes; FREITAS, Maria do Carmo Soares de. *Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2787.pdf>> Acesso em: 11 maio 2017.

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje, p. 24-34. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1), 201.

BRANDÃO, A. M. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4):897-905, abr., 2007.

BROWNE J. M. C.; GEE H. M; O'BOYLE, C. A. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. p. 737-751. *Psychol Health*, 1997.

CASIMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales. As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia antiga à contemporaneidade. *Revista Eletrônica Print*, n. 14, São João del-Rei-MG, 2012. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/revistalable>>. Acesso em: 15 maio 2017.

COELHO, Gabriela Delázari et al. Avaliação do autoconceito de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, p. 204-217. *Rev. bras. Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 8, n. 3, jul./set., 2016.

CORI, G. C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. S. Atitudes nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório, p. 9-20. *Ciência-Saúde-Coletividade*, fev. 2015.

COSTA, Anna Christina Charbel. *Perfil epidemiológico de pacientes obesos do Programa Cirurgia Bariátrica de um hospital escola de Campo Grande-MS*.

128p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Maro Grosso do Sul. Campo Grande-MS, 2008.

DIAS, José Roberto de Lima. O sagrado diante do influxo da religiosidade: o caso do espiritismo. X Encontro Estadual de História. *O Brasil no Sul: cruzando fronteiras entre o regional e o nacional*. 26 a 30 jul. 2010. Santa Maria-RS. Centro Universitário Franciscano (UNIFRS). Disponível em: <http://www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/resources/anais/9/1278886216_ARQUIVO_TRABALHODAANPUH-COMUNICACAOEPUBLICACAO.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

ESTADÃO Conteúdo. *Mais da metade dos brasileiros está acima do peso, diz Ministério da Saúde*. 17 mar. 2017. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2017/04/mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso-diz-ministerio-da-saude-9773861.html>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

FERRETI, M. M. R. *Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhança*. II Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde. São Luiz. 2003.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, p. 33-38. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line], V. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 maio 2011.

FOUCAULT, Michel e Pierre Bourdieu. Disciplina, p. 131-214. In: FOUCAULT, Michel e Pierre Bourdieu. *Vigiar e Punir*. nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 38. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010, p. 73.

GAARDER, Jostein et al. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das letras, 2005.

GAZETAONLINE, Cidades. *Um em cada esquina*. 15 abr. 2017. Disponível em: <<http://beta.gazetaonline.com.br/noticias/cidades/2017/04/em-dois-anos-grande-vitoria-ganhou-mais-69-templos-religiosos-1014044910.html>>. Acesso em: 11 maio 2017.

GOLDENBERG, Mirian. O corpo como valor. In: THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina Maria da Cunha; LESSA, Fábio de Souza. (Org.). *Olhares do corpo*. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

GONÇALVES, Christine Pereira, 1978. *Avaliação da circunferência da cintura como variável preditora de risco coronariano em estudo de base populacional*. 150p. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, 2008.

GUERRIERO, Silas. A atualidade da teoria da religião de Durkheim e sua aplicabilidade no estudo das novas espiritualidades Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/3409-10097-2-PB.pdf> Acesso em: 17 maio 2015.

HOLMES, S.; DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a self assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 40, n. 5, p. 515-520, 2003.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico, p.49-74. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

INCA. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Sobrepeso e obesidade, p. 69-80. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/sobrepesoobesidade.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários, p. 497-504. *Rev Saúde Pública*, 2006.

KEHL, Maria Rita. Com que corpo eu vou? p. 174-179. In: BUCCI, Eugênio; KEHL, Maria Rita. *Videologias: ensaios sobre televisão*. São Paulo: Boitempo, 2004. (Coleção Estado de Sítio).

LE BRETON, D. *Sociologia do corpo*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix, 2011.

LIMA, Marisa Mello de. Do corpo sob o olhar de Bourdieu ao corpo contemporâneo. 17p., 2013. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/4sncc/2013/paper/viewFile/5746/2971>. Acesso em: 19 maio 2017.

LUFT, Vivian Cristine. *Obesidade e diabetes: contribuição de processos inflamatórios e adipocitocinas, e a potencial importância de fatores nutricionais*, 179p. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Porto Alegre-RS, 2010.

MANCINI, M. C. et al. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso, p. 584-606. *ArqBrasEndocrinolMetab*. 45(6):, 2001.

MARCUZZO, Miquela; PICH, Santiago; DITTRICH, Maria Glória. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface*, v. 16 n. 43. Botucatu, out./dez., 2012.

MEDEIROS, C. C. C. de. *Habitus e corpo social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu*. 2011. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/1343>. Acesso em: 19 maio 2017.

MELO, Vinícius Lins Costa. Obesidade infantil: impactos psicossociais, p. 367-370. *RevMed Minas Gerais* [online], v. 20, n. 3. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251/html>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MOTTA, D. G. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba-SP, p. 63-70. *Saúde em Revista*. 6(13), 2004.

NAVOLAR, Thaisa Santos. *A interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS*. 223p. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

OLINTO, M. T. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*, 2006.

OLIVEIRA et al., Jenifer Andréia Nascimento de. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista: estudo de caso p. 174-189. In: FREITAS, M. C. S., FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (Orgs.). *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 177. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/9q/pdf/freitas-9788523209148-10.pdf>>. Acesso: em 15 maio 2017.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação, p. 241-50. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v. 26, n. 2, abr./jun. 2012.

QUADROS, Fabricio Felipe; GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; RIBEIRO, Jerri Luiz. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em filhos de obesos: uma revisão, p. 119-126. *Scientia Medica*, v. 23, n. 2, Porto Alegre, 2013.

RESENDE, Carolina Siqueira. *O corpo perfeito e seu processo de construção psico-sócio-cultural*, 55p. Monografia. Curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília. Brasília-DF, 2006.

ROSA, Yasmim. *Ditadura da estética: a busca pelo corpo perfeito*, 2015. Disponível em: <http://puc-riodigital.com.puc-rio.br/Texto/Ciencia-e-Tecnologia/Ditadura-da-estetica%3A-a-busca-pelo-corpo-perfeito-4306.html#.VSxUd_nF9cZ>. Acesso em: 12 maio 2017.

SANT'ANNA, D. B. *Corpo: objeto de estudo* Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, L. A. Corpo e Cultura: cartografias da contemporaneidade, p. 49-64. *Caderno de Pesquisas Interdisciplinares em Ciências Humanas*, v. 12, n. 100, Florianópolis, jan./jul. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/1984-8951.2011v12n100p.49/pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. A Cirurgia. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br>>. Acesso em: 11 maio 2017.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Plano alimentar: o papel do nutricionista*. Princípios da Atenção Nutricional ao Paciente Obeso. 2016. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/plano-alimentar-o-papel-do-nutricionista/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SCLYAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde, p. 29-41. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1), 2007.

SILVA, Cristiane Campos; BENTO, Stephen Aires de Alencar; GRALHA, Sirlei. Nível de conhecimento e principais condutas de nutricionistas e educadores físicos frente à obesidade, p. 01-15. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 1, n. 2, São Paulo, mar./abr., 2007.

SILVA, João Bernardino da; SILVA, Lorena Bandeira da. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida, p. 203-215. *Logos & Existência*. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial 3 (2), Universidade Federal da Paraíba, 2014.

SINZATO, Érica. Avaliação da qualidade de vida de obesos, p. 35-51. *Estudos*, Goiânia, v. 34, n. 1/2, jan./fev. 2007.

SOUZA, J. C. *Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes de caminhonistas do Brasil e de Portugal*. Tese (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Molecular/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2004.

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura, 359-366. *RevMed Minas Gerais*, 20(3), 2010.

TRINCA, Tatiane Pacanaro. *O corpo-imagem na "cultura do consumo": uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado*. 154p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estadual Paulista. Marília-SP, 2008.

VALENTINI, Fabiane Francisqueti; NASCIMENTO, André Ferreira do; CORRÊA, Camila Renata. Obesidade, inflamação e complicações metabólicas, p. 81-89. *Nutrire*. 40(1), abr. 2015.