

ACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

BRUNA DA SILVA LOPES MELO

A RELIGIÃO NA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Faculdade Unida de Vitória

BRUNA DA SILVA LOPES MELO

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 06/12/2017.

A RELIGIÃO NA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

Trabalho final de Mestrado Profissional
para obtenção do grau de Mestre em
Ciências das Religiões
Faculdade Unida de Vitória
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: Religião e Esfera
Pública

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Souza Santos

VITÓRIA
2017

Melo, Bruna da Silva Lopes

A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetido à cirurgia bariátrica / Bruna da Silva Lopes Melo. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2017.

xi, 90 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos
Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória,
2017.

Referências bibliográficas: f. 83-90

1. Ciência da religião. 2. Religião e esfera pública. 3. Obesidade.
4. Corpo e saúde. 5. Espiritualidade e saúde. 6. Qualidade de vida. 7. Saúde e doença. - Tese. I. Bruna da Silva Lopes Melo. II. Faculdade Unida de Vitória, 2017. III. Título.

BRUNA DA SILVA LOPES MELO

A RELIGIÃO NA CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

Dissertação para obtenção do grau
de Mestre em Ciências das
Religiões no Programa de Mestrado
Profissional em Ciências das
Religiões da Faculdade Unida de
Vitória.



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutora Claudete Beise Ulrich – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Broto – UFES



Dedico à minha família (esposo e filho)
pela compreensão e apoio nesta jornada
de consequentes ausências na vida do lar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Mestre Maior, a iluminar-me nos caminhos desconhecidos do conhecimento.

À Faculdade Unida de Vitória e a seu corpo docente, pelo ambiente, ao mesmo tempo rígido e amigável, que proporcionam a quem nela se ingressa. Incluem-se nesses agradecimentos os funcionários com quais tive que lidar na biblioteca, secretaria e outras adjacências da instituição – todos eles sempre solícitos.

Ao meu caro orientador, Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos, mas carinhosamente Chiquinho, a quem devo respeito e gratidão pelas leituras e críticas necessárias ao meu bom desempenho neste trabalho, acompanhando-me desde os meus primeiros passos tão incertos.

Aos professores doutores convidados para compor a banca, pela prestigiosa colaboração na leitura e nas sugestões proferidas para a perfeição de um trabalho que nunca se torna perfeito, mas que nem por isso me impede de procurar melhorá-lo sempre.

Ao meu esposo, Leandro, por toda paciência, incentivo, compreensão, carinho e amor, e por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer. E por acreditar em mim!

A meu filho, Benjamin, por ter sido minha maior inspiração para realização deste sonho.

A meus pais, por todo apoio, incentivo e orações.

Aos colegas com os quais compartilhamos momentos frutíferos nesta jornada, em especial, Bruno, Clodoaldo, Geane, Líbia e Vinicius.

A todos que com sua parcela menor que seja estenderam-me a mão aliviando-me o estresse para que pudesse me empenhar com disciplina e serenidade neste Mestrado.



É parte da cura o desejo de ser curado.
(SÊNECA)

RESUMO

Esta pesquisa empírica, de natureza qualitativa, objetivou clarificar o subsídio da religiosidade (entendida, sobretudo, como experiência da espiritualidade) que atua no complexo processo de recuperação de pós-cirurgia bariátrica em pacientes obesos. Isso feito com o fito de responder à questão-problema geradora da investigação: em que medida a religiosidade/espiritualidade contribui para o enfrentamento dos riscos de complicações do processo de pós-cirurgia bariátrica? Para tal, embasou-se em teóricos da Ciência das Religiões – especialmente em Harold G. Koenig (2017), Paulo Dalgalarondo (2008), Rubem Alves (2002), João Díaz Passos e Frank Usarski (2013) –, o que também possibilitou a articulação de um arcabouço de outras áreas epistemológicas, pertinentes ao conteúdo ora sob exame, como saúde/doença, qualidade de vida, obesidade, corpo. Sobre este, explorou-se, além do aspecto religioso, sua imagem na cultura contemporânea do consumo, a (in)aceitação dele por parte da pessoa obesa e o papel do nutricionista nesse contexto de adversidades. Na pesquisa empírica, investigaram-se quinze pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que forneceram informações oportunas sobre o poder da religiosidade no enfrentamento pós-cirúrgico. Procedimentos e técnicas (observação, questionário e entrevista estruturada) facultaram a coleta dos dados. E, acompanhados da metodologia Análise de Conteúdo, os dados brutos foram analisados observando-se a reiteração de certos comentários, fazendo daí emergirem as categorias como resultados da pesquisa. Concluiu-se, então, que a religiosidade/espiritualidade é um apoio para o obeso enfrentar a cirurgia bariátrica e lidar com a complexidade do processo de recuperação pós-cirúrgica; o obeso busca a cirurgia bariátrica muito mais em razão da qualidade de vida do que por questões estéticas, criando expectativas muitas vezes decorrentes do apego à religiosidade/espiritualidade; problemas estressantes, de saúde e de baixa autoestima do obeso são aliviados quando recorre à religiosidade/ espiritualidade; a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista ou outros profissionais da saúde não interferem no tratamento para com o obeso.

Palavras-chave: Corpo. Nutricionista. Obesidade. Qualidade de vida. Religiosidade/espiritualidade. Saúde/doença.

ABSTRACT

This empirical research, of a qualitative nature, aimed at clarifying the religiosity that subsidy (understood, above all, as an experience of spirituality), works in the complex process of recovering after bariatric surgery in obese patients. This is done in order to answer the research-generating problem question: to what extent does religiosity / spirituality contribute to coping with the risks of complications in the post-bariatric surgery process? For that, he was based on theories of the Science of Religions - especially Harold G. Koenig (2017), Paulo Dalgalarrodo (2008), Rubem Alves (2002), João Díaz Passos and Frank Usarski (2013) -, which also made possible the articulation of a framework of other epistemological areas, pertinent to the content under examination, such as health / illness, quality of life, obesity, body. In addition to the religious aspect, he explored his image in the contemporary culture of consumption, the (in) acceptance of it by the obese person and the role of the nutritionist in this context of adversity. In the empirical research, we investigated fifteen patients undergoing bariatric surgery who provided timely information on the power of religiosity in the post-surgical confrontation. Procedures and techniques (observation, quiz and structured interview) provided the data collection. And, together with the Content Analysis methodology, the raw data were analyzed observing the reiteration of certain comments, thus making the categories appear as research results. It was concluded, then, that religiosity / spirituality is a support for the obese to face bariatric surgery and deal with the complexity of the post-surgical recovery process; the obese seeks bariatric surgery much more because of the quality of life than for aesthetic reasons, creating expectations often arising from the attachment to religiosity/spirituality; stress, health problems and low self-esteem of the obese are relieved when they resort to religiosity/spirituality; religiousness /spirituality on the part of the nutritionist or other health professionals do not interfere in the treatment with the obese.

Keywords: Body. Nutritionist. Obesity. Quality of life. Religiosity / spirituality. Health / illness.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Perfil dos respondentes desta pesquisa.....	66
QUADRO 2 - Perfil religioso dos respondentes.....	68
QUADRO 3 - Os respondentes e a cirurgia bariátrica.....	72



LISTA DE SIGLAS

- IMC Índice de Massa Corporal
OMS Organização Mundial da Saúde
QV Qualidade de Vida



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 RELIGIOSIDADE NA BUSCA DE QUALIDADE DE VIDA DO OBESO	16
1.1 Relação entre saúde/doença e religiosidade/espiritualidade.....	17
1.2 Qualidade de vida	25
1.3 Obesidade e fatores de risco.....	31
2 IMAGEM CORPORAL DO OBESO.....	37
2.1 Imagem do corpo na cultura contemporânea do consumo.....	38
2.2 (In)Aceitação do corpo: perspectivas cultural e religiosa	46
2.3 O nutricionista imerso neste contexto	53
3 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA PESQUISA EMPÍRICA.....	59
3.1 Fundamentação metodológica	59
3.2 Caracterização dos sujeitos e itinerário da pesquisa	63
3.3 Análise, interpretação e discussão dos resultados dos dados	66
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO.....	89
ANEXOS	91

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 e a hipertensão que culminam com eventos cardiovasculares. Este distúrbio vem tomando dimensões importantes em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde “Pesquisa do IBGE mostra que quase 60% da população está com sobrepeso ou obesidade”¹ e que a doença tem sido considerada um dos maiores problemas de saúde no mundo, atingindo homens, mulheres e crianças.

Enfrentar uma doença como a obesidade com todas as comorbidades² – sejam relativas a alterações metabólicas (síndrome metabólica, cardiopatias, dispneia aos esforços, câncer), sejam relativas ao excesso de peso sobre a estrutura corporal (artropatias, refluxo gastroesofágico), sejam relativas à limitação física (amputação de membros, sequelas de paralisia infantil ou cerebral) –, em tempos de culto ao corpo, de rejeição ao que escapa ao modelo padrão de beleza, tem sido um sofrimento muito grande e até mesmo humilhante para o obeso nesta sociedade que reverencia a imagem.

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 faz parte da dimensão do ser humano, ocupando o espaço de sua incompletude porque, em geral, contempla a carência instaurada em uma realidade incômoda e cruel. Assim, o homem tenta se agarrar a algo sobre-humano que tanto pode ser um Deus, em especial, quanto outros expedientes e valores como santos e imagens. É como se expressa Rubem Alves: não raro, é no momento em que

¹ REDAÇÃO. Saúde. *Veja.com*. 21 ago. 2015. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/saude/ibge-mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso/>>. Acesso em: 19 set. 2017.

² “O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino ‘cum’, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de ‘morbus’, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas”. PETRIBÚ, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo, p. 17-20. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23 (Supl. II), 2001, p. 17.

[...] 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 [...]³.

E, na busca primordial de minimizar e/ou solucionar graves doenças provenientes da obesidade e lapidar a imagem do corpo, vislumbra-se a cirurgia bariátrica como o caminho mais curto do emagrecimento e seus resultados benéficos interferindo, portanto, na saúde e na estética corporal, a despeito dos grandes riscos pós-operatórios. Em vista disso, emergiu a *questão-problema* cuja busca de respostas delineou o passo a passo de toda esta pesquisa. Ei-la: em que medida a religiosidade/espiritualidade⁴ contribui para o enfrentamento dos riscos de complicações do processo de pós-cirurgia bariátrica?

Levanta-se a *hipótese* de que a religiosidade, para muitos obesos, tem sido buscada para vivificá-los e encorajá-los a encontrar meios de enfrentamento da obesidade, inclusive para lidar com as complexidades pós-cirúrgicas quando submetidos à cirurgia bariátrica.

Considerando-se o exposto, definiu-se o *objetivo geral* da pesquisa que é o de deslindar se a religiosidade/espiritualidade subsidia o paciente submetido à cirurgia bariátrica na luta pela recuperação da saúde em meio às complexidades pós-cirúrgicas. Daí resultaram os *objetivos específicos*:

- a) estabelecer um cotejo entre saúde/doença e religiosidade/ espiritualidade;
- b) caracterizar qualidade de vida (QV) e obesidade;
- c) discorrer sobre a imagem corporal na cultura contemporânea de consumo e na expectativa do obeso;
- d) elucidar se a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista interfere no tratamento do obeso;
- e) comentar sobre o enfrentamento do processo pós-cirúrgico mediante as expectativas do obeso, os riscos por que passou, a contribuição da religiosidade/espiritualidade e o nível de satisfação com o resultado.

No contexto atual em que a obesidade vem se alastrando, deixando de ser um problema ordinário de estética ou de desmazelo e se configurando entre os

³ ALVES, Rubem. *O que é religião?* São Paulo: Loyola, 2002, p. 11.

⁴ Apesar de não se identificarem como sinônimos, esses termos, nesta dissertação, serão tomados como equivalentes (a religiosidade como experiência da espiritualidade) por pertencerem a campos semânticos sobrepostos, o que leva muitos autores a assim os considerarem.

problemas mais críticos de saúde pública no mundo cujos tratamentos menos invasivos são morosos e quase sempre infrutíferos, acredita-se que – penetrar nessa seara para melhor entendê-la – seja, de fato, relevante. Ademais, *justifica-se* a pesquisa devido ao empenho de se entrar em contato com alguns daqueles que se viram na inevitável situação de serem submetidos à cirurgia bariátrica e deles ouvir como enfrentaram o processo pós-cirúrgico com todas as complicações de risco. Do mesmo modo, a *justificativa* é manifesta em razão de se averiguar o poder da religiosidade/espiritualidade dos envolvidos no enfrentamento do problema.

Para adentrar no estudo, entendê-lo à luz da Ciência das Religiões, que abrange um amplo domínio de conhecimentos os quais são tratados interdisciplinarmente, recorreu-se a um arcabouço teórico variado de forma a dar conta da complexidade investigada. A importância dos principais teóricos é comentada no adentrar de cada parte. Mesmo assim, convém ressaltar que, no trabalho em seu todo, os teóricos das Ciências das Religiões como Harold G. Koenig⁵, Paulo Dalgalarondo⁶, Rubem Alves⁷, João Díaz Passos e Frank Usarski⁸ foram leituras que subsidiaram sobremaneira a pesquisadora no encontro de respostas para o problema da pesquisa e estabelecer vínculos com autores de outros domínios do conhecimento utilizados em pontos específicos deste trabalho.

Por fim, é oportuno apresentar as três partes constitutivas do desenvolvimento deste trabalho. Na primeira delas (Religiosidade na busca de qualidade de vida do obeso), faz-se, de início, uma espécie de paralelo entre saúde/doença e religiosidade/espiritualidade para, em seguida, abordar a temática da QV e, logo após, a obesidade e fatores de risco. Na segunda parte (Imagem corporal do obeso), discorre-se sobre a imagem do corpo na cultura contemporânea do consumo e, na sequência, a questão da (in)aceitação do corpo: perspectivas cultural e religiosa; encerra-se com a discussão sobre o nutricionista imerso neste contexto.

O desenvolvimento culmina com uma pesquisa empírica (Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: uma pesquisa empírica), de natureza qualitativa, realizada com quinze pacientes (cinco de cada um destes tipos de religião: cristã,

⁵ KOENING, Harold G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Trad. Iuri Abreu. LPM. Disponível em: <http://lpm-editores.com.br/livros/imagens/medicina_religiao_saude_trecho.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

⁶ DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Artmed, 2008.

⁷ ALVES, 2002.

⁸ PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013.

espírita e de matriz africana). Deles, procurou-se coletar dados que contribuíssem para encontrar as respostas da questão-problema, isto é, entender a força da religiosidade/espiritualidade após a submissão à cirurgia bariátrica. Para tal, descreveram-se os sujeitos da pesquisa, as complexidades por que passaram na busca pela saúde e a contribuição da religiosidade nesse enfrentamento.

Assinala-se que, num primeiro momento desta última parte, demonstra-se a fundamentação metodológica e o porquê da escolha das técnicas e dos procedimentos utilizados bem como sua aplicação. Buscou-se pela Análise do Conteúdo processar os dados brutos, compreendê-los, interpretá-los e deles inferir os resultados a partir das categorias emersas da análise.

Como é convencional, o remate desta dissertação se dá com a conclusão e as referências utilizadas em todo o processo. Nesta também consta o apêndice e anexo.



1 RELIGIOSIDADE NA BUSCA DE QUALIDADE DE VIDA DO OBESO

Esta parte busca compreender o que é saúde e doença, religiosidade e espiritualidade e que relação há entre essas noções. Para tanto, segue-se a linha de Paulo Dalgalarrondo, Rubem Alves e Harold G. Koenig. Esclarece-se que não há, nesta dissertação como um todo, uma religião definida⁹ para discussão porque o foco recai mais sobre a religiosidade como experiência da espiritualidade. Insere-se, em seguida, o conceito de QV com discussões pertinentes, tomando por embasamento, especialmente, as lições de Érica Sinzato e do grupo das autoras Telma Braga Tavares, Simone Machado Nunes e Mariana de Oliveira Santos, por pesquisarem a QV de obesos; e, mais particularmente, sobre obesidade e os extremos cuidados que a enfermidade requer, em razão dos fatores de risco e do impacto danoso na QV do obeso.

Para tal, trilhou-se pelos ensinamentos da World Health Organization (WHO. *Body mass index classification report of a WHO consultation on obesity*), também pelo Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Sobre peso e obesidade (INCA), recorreu-se a teses de doutorado específicas deste enfoque, como as de Christine Pereira Gonçalves e de Vivian Cristine Luft.

É oportuno sublinhar que a questão religiosa tratada à luz das Ciências das Religiões, que demanda um olhar científico, crítico, interdisciplinar e transdisciplinar, “invocará a ajuda de várias ciências (filosofia, história, sociologia, psicologia, linguística, física etc.) para a análise do fenômeno religioso na sua pluralidade”¹⁰ – é o que leciona o professor e gestor do Centro de Reflexão sobre Ética e Antropologia da Religião (Crear) da Universidade Católica de Brasília José Lisboa Moreira de Oliveira. Trata-se, pois, de um lado, de um modelo pluralista e integrado às atividades de explicar (como o faziam os positivistas do final do século XIX considerando-a “um fenômeno humano e histórico, submetida, como tantos outros fenômenos humanos, ao crivo da pesquisa empírica”¹¹); de outro lado, a compreensão do objeto de estudo na linha dos estudiosos do início do século XX, para quem “o intérprete não pode

⁹ A religião só é discriminada na pesquisa empírica para fins de averiguar se o tipo de religião a que pertence os informantes interfere no momento de seguirem as prescrições médicas.

¹⁰ OLIVEIRA, José Lisboa Moreira de. *Antropologia da Religião*. 17p. Disponível em:

<<http://www.ucb.br/sites/000/14/PDF/antropologiadareligiao.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017, p. 7.

¹¹ OLIVEIRA, 2017, p. 7.

colocar-se de forma neutra, uma vez que, para chegar ao objetivo do seu estudo, ele precisa estar envolvido e participar ativamente de tal experiência”¹². Hoje, esses dois modelos deixam de ser estanques para se integrarem.

1.1 Relação entre saúde/doença e religiosidade/espiritualidade

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”¹³. Segundo os hebreus, representava “um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”¹⁴. 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”¹⁵.

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, no século XVII, René Descartes associava o funcionamento do corpo ao da máquina. A partir daí, no século XVIII, François Xavier Bichat conceitua saúde como o *silêncio dos órgãos*¹⁶. 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 não significa apenas não estar doente, mas alcançar o estado de satisfação e plenitude consigo próprio e com a vida”¹⁷. Ou seja: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”¹⁸. Apoiando-se nesse conceito, Moacyr Scliar elabora o seu: “Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações”¹⁹.

¹² OLIVEIRA, 2017, p. 7.

¹³ SCLiar, Moacyr. História do Conceito de Saúde, p. 29-41. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1), 2007, p. 32.

¹⁴ SCLiar, 2007, p. 32.

¹⁵ Hipócrates *apud* SCLiar, 2007, p. 32.

¹⁶ François Xavier Bichat *apud* SCLiar, 2007, p. 32.

¹⁷ VASCONCELOS et al., 2010, p. 15.

¹⁸ SCLiar, 2007, p. 34.

¹⁹ SCLiar, 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 da estrutura de cada sociedade. A origem da religião se confunde com a origem do próprio homem, pois data de tempos imemoriais a ligação do homem com o sobrenatural cujas crenças se manifestam nos sistemas sociais, costumes, culturas, sempre buscando expedientes para se relacionar com o sagrado²⁰.

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 ritos com possibilidades de análise, considerando suas características mais institucionais²¹. De um lado, o sociólogo entende as crenças como “representações que exprimem a natureza das coisas sagradas e a relação que elas mantêm, seja entre si, seja com as coisas profanas”²²; de outro, estão os ritos compreendidos como “regras que determinam como o homem deve comportar-se com as coisas sagradas”²³. Ritos e crenças sistematicamente articulados instituem certa religião, distinta de outras tantas.

Na esteira de João Décio Passos e Frank Usarski, em que a religião tem uma importante função no pensamento social, toma-se o termo como um objeto de conhecimento, não mais se detendo na sua configuração valorativa de ditame social, mas partindo para uma abrangência que retoma esse objeto desde a sua compreensão epistemológica numa área singular das Ciências das Religiões, com seus métodos e teorias específicos²⁴.

²⁰ O termo sagrado, nesta dissertação, é sempre “usado como uma referência a crentes que acreditam na qualidade sagrada da sua tradição escrita, o recurso à palavra”. USARSKI, Frank. Os enganos sobre o sagrado: uma síntese da crítica ao ramo “clássico” da Fenomenologia da Religião e seus conceitos-chave, p. 78-95. *Rever*, Revista de Estudos da Religião. n. 4, 2004, p. 94.

²¹ GUERRIERO, Silas. *A atualidade da teoria da religião de Durkheim e sua aplicabilidade no estudo das novas espiritualidades*. Disponível em: <<https://goo.gl/Ceq3EN>>. Acesso em: 17 maio 2017.

²² DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 24.

²³ DURKHEIM, 2003, p. 24.

²⁴ Cf. PASSOS; USARSKI, 2013, p. 26.

A religião, tratada como fenômeno por excelência humano, conforme Paulo Dalgarrondo, é feita “da experiência humana nos seus limites, assim como símbolos culturais, que constituem e alimentam, constroem e enriquecem, viabilizam nossos espíritos e nossa existência neste mundo”²⁵. Ademais, ela

[...] é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos. Ela parece ser fundamental naqueles momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e morte²⁶.

Religião significa, em outra perspectiva, conforme conceitua Gaarder, “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)”²⁷. 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 a um ser transcendente, por traduzir um vínculo dinâmico entre a pessoa e o poder supremo em que crê e a que se considera submetido.

Em outras palavras: enquanto os fenomenólogos pretendiam ir além dos aspectos particulares que constituem uma religião no contínuo tempo-espaço para chegar à essência da religião em si, as gerações posteriores dos cientistas da religião defendem o caráter multidisciplinar dos seus estudos e a necessidade de uma colaboração entre especialistas formados em diferentes subdisciplinas e interessados em todas as dimensões que constituem qualquer religião concreta²⁸.

Nessa mesma diretriz, José Roberto Dias elaborou um conceito de religiosidade dizendo que ela exerce no ser humano

[...] 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 existência²⁹.

²⁵ DALGALARRONDO, 2008, p. 19.

²⁶ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

²⁷ GAARDER, Jostein et al. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das letras, 2005, p. 19.

²⁸ UZARSKI, 2004, p. 84.

²⁹ 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 2017.

Todavia, analisando sob outra perspectiva, Rubem Alves entende que “A religião nasce com o poder que os homens têm de dar nomes às coisas, fazendo uma discriminação entre coisas de importância secundária e coisas nas quais seu destino, sua vida e sua morte se dependuram³⁰”. Esse *dar nome às coisas* é uma forma de simbolizar como também o é a religião: “teia de símbolos, rede de desejos, confissão de espera, horizonte dos horizontes, a mais fantástica e pretensiosa tentativa de transubstanciar a natureza”³¹. Já para Oliveira, a religião

[...] é a institucionalização da experiência religiosa e da religiosidade, a padronização do caminho para a relação com o Transcendente, feito por um grupo social ou cultural. A religião se caracteriza por uma estrutura simbólica bem definida, através da qual ela procura dar unidade e coesão à existência humana. Quase sempre toda religião, enquanto sistema e enquanto instituição, afirma ter uma origem sobrenatural, pretende ser a única verdadeira, se alicerça na crença em um ente superior e transcendente. Seu enfoque é sempre a divindade³².

Dalgarrondo explica que o termo religiosidade pertence a um campo semântico sobreposto ao da espiritualidade, fato que leva muitos autores a tomá-los como sinônimos. Mas ele faz a distinção. A espiritualidade é tida como um constructo com um grau de profundidade mais particular e existencial, como uma crença/relação com algo superior. Inclusive, quando analisado em pesquisas de saúde, autores como Unruh, Versnel e Kerr confirmaram haver, em quase toda definição de espiritualidade, “noções de crença em um poder superior ou em uma realidade suprassensível e busca individual do sagrado”³³.

A religiosidade, por seu turno, também compreende crenças pessoais em um Deus ou um ser superior poderoso, mas inclui, além disso, explica o autor, “crenças e práticas institucionais, como a pertença a denominações religiosas, a frequência a cultos e o compromisso com um sistema doutrinário de uma igreja ou de uma religião organizada”³⁴. Já Oliveira entende a religiosidade como “manifestação da *experiência religiosa*³⁵, da experiência da transcendência, feita por pessoas e grupos e expressa

³⁰ ALVES, 2002, p. 26.

³¹ ALVES, 2002, p. 25.

³² OLIVEIRA, 2017, p. 8.

³³ Unruh, Versnel e Kerr, interpretados por DALGARRONDO, 2008, p. 24.

³⁴ DALGARRONDO, 2008, p. 24.

³⁵ Sobre experiência religiosa, L. Schiavo a define como a “capacidade, típica do ser humano, de sair para fora de si, do seu corpo, da sua situação humana, através da reflexão, do pensamento, do sonho, da imaginação”. SCHIAVO, Luigi. Conceitos e interpretações da religião, p. 63-78. In: LAGO, Lorenzo; REIMER, Haroldo; SILVA, Volmor da (Orgs.). *O Sagrado e as construções de mundo*. Roteiro para as aulas de introdução à teologia na Universidade, p. 65.

nas suas diversas formas individuais e culturais (orações, crenças, festas, celebrações, símbolos, ritos, rituais etc.)”³⁶. Para ele,

Trata-se da crença num ser sobrenatural, transcendente, considerado o criador e mantenedor da ordem cósmica e que se expressa através de atos e objetos visíveis. A religiosidade é a busca do princípio infinito que está na origem da vida e do universo, bem como na sua conservação e ordem, manifestada publicamente, exteriormente. Neste sentido, a religiosidade é uma experiência profundamente antropológica, uma vez que é próprio do ser humano revelar de modo bem claro e visível o desejo de ir além de si mesmo, de autotranscender-se. Também a religiosidade pode existir sem ligação direta com a religião³⁷.

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 divino³⁸. Por seu turno, a espiritualidade é um expediente muito usado no enfrentamento de quaisquer doenças (físicas ou mentais) com o objetivo assegurar a cura o mais rápido possível. Esse expediente tem sido utilizado com tanta frequência que pesquisadores profissionais da saúde estão investindo na exploração dessa seara.

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 mental³⁹.

³⁶ OLIVEIRA, 2017, p. 8.

³⁷ OLIVEIRA, 2017, p. 8.

³⁸ Cf. LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. 375p. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997, p. 47-48.

³⁹ 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, p. 212. Justifica-se aqui o uso de um conceito da *logoterapia* por fazer convergir a dimensão religiosa com fenômenos tipicamente humanos – fato que encontra respaldo nas Ciências das Religiões, que se caracteriza pela interdisciplinaridade, como já fora explicado na abertura da parte 1 deste trabalho e que exige “que o pesquisador compreenda ‘seus’ sujeitos de acordo com o sistema específico de crença em que eles são encontrados. Portanto, o cientista da religião tem que ‘decodificar’ o ‘valor cultural’ dos relatos sobre as experiências religiosas promovidas pelo contexto cultural”. UZARK, 2004, p. 90.

É notório o contingente de pessoas que busca 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 especial os neopentecostais 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”⁴⁰.

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, 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 diversos⁴¹.

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 sempre recorreram à fé e mantiveram práticas religiosas como suporte para sustentar uma vida saudável – concepção bem distinta do início da modernidade,

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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.

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 (que também estabelecem um vínculo interdisciplinar com as Ciências das Religiões) atestam que a religiosidade/espiritualidade, 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 doença⁴².

Outra articulação que está sendo objeto de pesquisa é o da religião com a saúde, portanto, no campo da medicina – mais um domínio epistemológico a tangenciar as Ciências das Religiões. Harold G. Koenig debruçou-se sobre a questão da religiosidade “demonstrando como a pesquisa sobre o relacionamento com saúde e medicina cresceu drasticamente e se tornará essencial a uma possível crise futura da saúde pública”⁴³. Para o autor, “religião e espiritualidade podem, de fato, afetar a saúde de uma forma detectável pela ciência”⁴⁴.

Nesse giro, no âmbito nacional, o médico Eymard Mourão Vasconcelos, mestre em Educação e doutor em Saúde Pública e em Medicina Tropical, em seu artigo, ao mencionar Jeff 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 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’⁴⁵.

⁴² Cf. IBÁNEZ, 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.

⁴³ KOENING, 2017, p. 4.

⁴⁴ KOENING, 2017, p. 4.

⁴⁵ VASCONCELOS, Eymard Mourão et al. 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.

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 apresentavam o risco de morte diminuído em quase 50% no ano subsequente⁴⁶.

É oportuno citar um estudo brasileiro realizado por Cori, Petty e Alvarenga, que contou com 344 informantes nutricionistas. Os pesquisadores constataram que o ponto de vista destes relacionado à obesidade revela estigma e preconceito por considerarem o obeso guloso, desgracioso, desajeitado, relaxado, preguiçoso⁴⁷. Observa-se que a visão mais abrangente e humanizada sobre o nutricionista na sua relação com o obeso não tem sido muito explorada nas pesquisas nacionais.

Enfim, pesquisas atestam que a busca da religião se associa ao comportamento saudável. Isso se explica uma vez que saúde/doença/morte se constituem um dos temas abordados em 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. Mas, para Vasconcelos, 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 saúde⁴⁸. Nesse sentido, em uma pesquisa étnica realizada nos Estados Unidos com afro-americanos,

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

⁴⁶ Cf. VASCONCELOS et al., 2010, p. 13.

⁴⁷ Cf. 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.

⁴⁸ VASCONCELOS et al., 2010, p. 15.

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 institucionalizada⁴⁹.

Enfim, vê-se a religiosidade 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 costuma se 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 ser humano busca, na verdade, é QV. Sobre esse conteúdo, a seção a seguir traz esclarecimentos oportunos.

1.2 Qualidade de vida

Com o aumento no desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins, a partir de 1970, foi iniciado o interesse pela QV por cientistas sociais, filósofos e políticos. Esse avanço desencadeou, por sua vez, consequência negativa: “a progressiva desumanização das ciências”⁵⁰. Dessa maneira, a 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 vida⁵¹.

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 negativos⁵².

⁴⁹ VASCONCELOS et al., 2010, p. 15.

⁵⁰ 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, p. 34.

⁵¹ Cf. FLECK, 2000, p. 36-37.

⁵² FLECK, 2000, p. 37.

Na verdade, ainda que seja extremamente significativo, não se tem um conceito delineado de QV. Inclusive, encontram-se alguns tão distintos uns dos outros a ponto de se contradizerem. Depende muito da área de interesse: política, social, educacional e outras. Na busca de melhor entendimento dessa questão, Pereira, Teixeira e Santos elucidam o consenso epistemológico de duas grandes vertentes:

- a) teóricos que assimilam QV ao bem-estar físico e mental, bem próximo ao conceito de saúde, de expectativa de vida aumentada;
- b) teóricos que consideram a saúde um dos fatores indispensáveis à QV, a qual abrange outros aspectos também⁵³.

Enquanto Group Whoqol (entidade que desenvolve instrumentos de avaliação de QV) 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. T. M. Gill e A. R. Feisntein professam tudo isso, com um porém: tem como escopo primordial a condição de análise “a partir da percepção individual de cada um”⁵⁴.

Segundo a OMS,

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 acarretam⁵⁵.

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”⁵⁶. Negligencia-se, portanto, “a subjetividade particular de cada ser humano na questão de poder avaliar o quão boa é sua própria vida”⁵⁷ – abordagem bem distinta da de H. Day e S. G. Jankey (autores de *Lessons from the literature: toward a holistic model of*

⁵³ 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.

⁵⁴ Cf. PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241.

⁵⁵ WHO. World Health Organization. *Body mass index classification report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 10 maio 2014.

⁵⁶ PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

⁵⁷ PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

quality of life), que “classificam os estudos sobre qualidade de vida de acordo com quatro abordagens gerais: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística”⁵⁸.

Sobre o modelo de QV pautado na saúde, lê-se em Érica Sinzato⁵⁹ 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”⁶⁰.

Relacionada a esse último aspecto, a pesquisa de L. V. Morais, realizada com mulheres obesas em seu cotidiano, atestou o quanto as mulheres obesas manifestaram sentir “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”⁶¹. Outrossim, da mesma forma que o físico do ser humano adoece, 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 estado emocional, todos eles fatores que contribuem para qualidade de vida total⁶².

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 ambiente⁶³.

⁵⁸ Day e Jankey apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 242.

⁵⁹ SINZATO, Érica. Avaliação da qualidade de vida de obesos, p. 35-51. *Estudos*, Goiânia, v. 34, n. 1/2, jan./fev. 2007, p. 40.

⁶⁰ SINZATO, 2007, p. 41.

⁶¹ Morais apud SINZATO, 2007, p. 47.

⁶² 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*, v. 40, n. 5, p. 515-520, 2003.

⁶³ 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.

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 informação⁶⁴.

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. A masturbação, concebida sob essa perspectiva, 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 genitália⁶⁵.

O Ministério da Saúde tem se preocupado em divulgar que a QV do ser humano contemporâneo tem sido cada vez mais danificada com o 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”⁶⁶. 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”⁶⁷.

A pesquisadora revela:

Os resultados foram contraditórios com os dos encontrados por Morais (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 corporal⁶⁸.

⁶⁴ Cf. SCLIAR, 2007, p. 30.

⁶⁵ Cf. SCLIAR, 2007, p. 30.

⁶⁶ SINZATO, 2007, p. 35.

⁶⁷ SINZATO, 2007, p. 35.

⁶⁸ SINZATO, 2007, p. 47.

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”⁶⁹. 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”⁷⁰. A inatividade física, sublinham as autoras, é “um dos fatores que acometem a qualidade de vida dos obesos, sendo considerada fator de risco primário e independente para o desenvolvimento da obesidade, cuja contribuição tem efeito cumulativo”⁷¹.

A QV tem sido cada vez mais danificada com o aparecimento da obesidade, portanto a morbimortalidade relacionada à obesidade vem crescendo de forma alarmante, principalmente quando o índice de massa corporal (IMC) situa-se em pelo menos 30 kg/m² e o risco de morte prematura duplica acima de 35 kg/m². Sendo assim, desencadeiam no enfermo distúrbios psicossociais, sentimento de inferioridade e isolamento social, além de outras implicações como o aumento do risco cirúrgico e também a diminuição da agilidade física. Nesse sentido, 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 QV⁷².

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. Evidenciam que obesidade se associava “à falta da atividade sexual, do desejo sexual, das dificuldades no desempenho sexual e à negativa em ter encontros sexuais”⁷³. Explicando de outra maneira: havia “relação direta entre obesidade e QV e a sua

⁶⁹ 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, p. 359.

⁷⁰ TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 360.

⁷¹ TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 362.

⁷² Cf. FERRAZ, Álvaro Antonio Bandeira et al. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, p. 98-105. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 30, n. 2, mar./abr. 2003.

⁷³ TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 363.

íntima relação com representativo excesso de peso, mais tendência ao isolamento social, ao estresse, à depressão e ao agravamento da capacidade funcional”⁷⁴.

Por sua vez, a religiosidade – aqui entendida, numa dimensão pessoal, como a prática ou expressão do crente estando ou não vinculada a uma religião – capacita o indivíduo (e neste caso o doente obeso) “a lidar com os acontecimentos de forma mais tranquila, confiante e reduzindo o estresse e a ansiedade”⁷⁵. Consequentemente pode melhorar sua QV, já que é um recurso “para enfrentar situações estressantes inevitáveis”⁷⁶.

Como se vê, a despeito de ciência e religião terem caminhado séculos e séculos em diretrizes opostas, hoje há

[...] uma clara tendência de aproximação entre essas duas áreas do conhecimento humano. A medicina, em particular, tem dedicado especial atenção à interface entre saúde e religião. Métodos científicos têm sido aplicados ao estudo de fenômenos espirituais, assim como ao impacto da religiosidade sobre a saúde física e mental. Esse aspecto, durante muito tempo negligenciado pela medicina ocidental, tem sido objeto de grande interesse no contexto científico atual⁷⁷.

Inclusive, os autores da citação acima comprovaram em sua pesquisa que “houve uma correlação forte entre a qualidade de vida e a religiosidade organizacional, assim como com a religiosidade intrínseca”⁷⁸. Apesar de tal pesquisa não ter sido feita com pessoas de uma religião específica (o que também não é propósito desta dissertação) e nem com obesos, por certo, o fato de se ter uma religiosidade (isto é, a prática da espiritualidade) aumenta a QV do enfermo, para os autores.

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 e no mundo. Mais da metade dos brasileiros está acima do peso ideal, correndo risco de complicações que podem levar a óbito⁷⁹.

⁷⁴ TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 363.

⁷⁵ GOMES, Nilvete; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(2), 2014, p. 110.

⁷⁶ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

⁷⁷ PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino et al. Influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar, p. 19--24. *Arquivos Médicos*. Hospital e Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa, 57(1). São Paulo, 2012, p. 19.

⁷⁸ PINHEIRO et al., 2012, p. 22.

⁷⁹ Cf. 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.

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 organismo⁸⁰. Ela se caracteriza como um distúrbio nutricional gerador de concentração copiosa de gordura corporal, extremamente prejudicial à saúde da pessoa por acarretar doenças também crônicas (diabetes, hipertensão, por exemplo) com ocorrências 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 atuação⁸¹.

Anna Christina C. 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 (DANTs), 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

⁸⁰ Cf. 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.

⁸¹ ARAÚJO, Kênya Lima de; 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.

nutrientes ingeridos, ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal. Este distúrbio vem tomando dimensões importantes em todo o mundo, inclusive no Brasil⁸².

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 com o índice de massa corporal (IMC ≥ 30 kg/m²), conforme a OMS. Em países como Austrália e Reino Unido, aproximadamente ¼ da população se encontra obesa. Nos países em desenvolvimento, como África do Sul, Egito e México, as taxas também se apresentam altas, principalmente em mulheres⁸³. 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%⁸⁴.

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 de precisar se submeter ao risco cirúrgico. Dentre várias causas de morte no país, as doenças cardiovasculares são consideradas como a primeira causa, elevando gradativamente esse índice de mortes, por estarem associadas com a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A OMS, considerando “a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo”⁸⁵, 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

⁸² Cf. 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, p. 16.

⁸³ Cf. 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, p. 69.

⁸⁴ 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.

⁸⁵ 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.

sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais⁸⁶.

A obesidade, como se constata, atinge homens, mulheres e crianças. E mais:

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 obesos⁸⁷.

Também, crianças e adolescentes obesos são suscetíveis a inúmeras anormalidades metabólicas – o que pode resultar no surgimento de várias comorbidades quando atingirem a fase adulta, como, 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”⁸⁸. Estima-se haver no Brasil “cinco milhões de crianças obesas”⁸⁹, um quantitativo que vem aumentando. Segundo a “Associação Brasileira para Estudos Sobre Obesidade (ABESO)”⁹⁰, há na população brasileira um número muito alto de pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Nos adultos, entre 50 e 60% de obesos tem o histórico de uma infância e/ou adolescência obesa. Trata-se, neste caso, de obesidade classificada como *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”⁹¹.

Trata-se, pois, de um cenário alarmante que requer determinação, vigilância e atitude dos obesos e dos que se encaixam na grande parcela suscetível 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

⁸⁶ ABESO, 2017.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, p. 119.

⁸⁹ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, p. 119.

⁹⁰ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, p. 119.

⁹¹ QUADROS; GUTIERREZ; RIBEIRO, 2013, 120.

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 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%⁹².

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, consumo excessivo de álcool e suspensão do hábito de fumar⁹³. 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)⁹⁴.

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

⁹² SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *A Cirurgia*. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br>>. Acesso em: 11 maio 2017. (Grifos do autor).

⁹³ Cf. 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.

⁹⁴ MANCINI, M. C. et al. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso, p. 584-606. *ArqBrasEndocrinolMetab*. 45(6), 2001.

dieta de alimentos processados, refinados e de origem animal. Com isso, a população passou a ingerir exageradamente calorias e gorduras, 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 consequências⁹⁵.

Em resumo: o consumo de alimentos processados (com alto teor de calorias, alta densidade energética com elevados teores de lipídios e carboidratos), de um lado; e o sedentarismo, de outro lado – ambos 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 conseqüências⁹⁶.

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 décadas⁹⁷.

Outro grande risco provocado pela obesidade é a obesidade abdominal também denominada androide. Estudos de Olinto mostram que ela ocorre pelo “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”⁹⁸. 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 primeira causa de óbito no país e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física”⁹⁹.

⁹⁵ Cf. 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.

⁹⁶ Cf. VALENTINI; NASCIMENTO; CORRÊA, 2015, p. 84.

⁹⁷ VALENTINI; NASCIMENTO; CORRÊA, 2015, p. 82.

⁹⁸ OLINTO, M. T. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Caderno Saúde Pública*, 2006.

⁹⁹ Cf. 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.

“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”¹⁰⁰, 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, provavelmente pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares¹⁰¹.

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 considerarem como risco a obesidade de sintomatologia (desequilíbrios bioquímicos, doenças físicas), de transtornos psicológicos e de embarços nas interações sociais. Ademais, alguns preconceitos surgem como decorrentes da obesidade, principalmente por deixar a forma física fora dos padrões contemporâneos de beleza. Independentemente do que se valoriza em cada período histórico, “fato é que comparações quanto às doenças existentes no corpo gordo e ausentes no corpo caracterizado pela magreza começaram a se estabelecer”¹⁰².

Assim, muitos obesos, não satisfeitos com o próprio corpo, procuram ajuda religiosa. Essa insatisfação e busca pela solução são discutidas na parte subsequente seguida de uma análise em relação ao consumismo, ao corpo ditado pelo mundo do consumo, às pessoas obesas que sofrem *bullying* (pois não estão dentro do padrão ditado pela sociedade) – todos esses aspectos relacionados à religiosidade. Sem estabelecer qualquer paralelo na perspectiva de gênero (que não está delimitado nesta pesquisa), é possível perceber, pelo desenrolar da discussão, que o corpo da mulher é o mais afetado com a questão da obesidade e também o que sofre mais a cobrança de mantê-lo sempre em forma.

¹⁰⁰ 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, p. 6.

¹⁰¹ Cf. GONÇALVES, 2008, p. 6.

¹⁰²Cf. ARAÚJO; PENA; FREITAS, 2014, p. 2788.

2 IMAGEM CORPORAL DO OBESO

Por se tratar de uma pesquisa específica das Ciências das Religiões cujo questionamento partiu da possibilidade de contribuição da religiosidade à qual as pessoas obesas se apegam em meio a risco a que estão dispostas, o corpo (parte inerente de sua identidade) é, no início da primeira seção desta parte, analisado sob a perspectiva da religião. Depois, adentra-se na imagem dele em meio à cultura contemporânea que o reverencia conforme dita a *cultura do consumo* no império do mundo capitalista, para que se possa, assim, entender o estresse por que passa a pessoa obesa. Nessa incursão, as leituras mais expressivas foram as da doutora em Ciências das Religiões, Marli Wandermurem¹⁰³ (no campo do sagrado e do profano) e da mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNESP, Tatiane Pacanaro Trinca¹⁰⁴ (na seara do capitalismo e seus reflexos).

Feito isso, parte-se para a segunda seção, encabeçando-a com um breve histórico sobre as concepções do corpo, tomando por embasamento a obra de Érica Silva Cassimiro em conjunto com Francisco Flávio Sales Galdino¹⁰⁵ (ambos da área da Educação Física). Em seguida, o foco da discussão converge-se para o corpo da pessoa obesa, as agruras por que passa em meio à contemporaneidade, analisadas sob os ângulos cultural e religioso. Apoiar-se mais uma vez em Paulo Dalgalarondo, no tocante ao aspecto religioso, e em Mirian Goldenberg¹⁰⁶ (antropóloga, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro e colunista da *Folha de São Paulo*), sob o enfoque do valor do corpo humano na sociedade contemporânea. Sob o olhar do corpo na perspectiva da autoimagem, a base veio da nutricionista, doutora em Psicobiologia, Idalina Shiraishi Kakeshita em conjunto com Sebastião Souza de

¹⁰³ WANDERMUREM, Marli. O corpo na fronteira do sagrado e profano: a construção ética da corporeidade através da história, p. 177-195. *Maiêutica digital*. Religião. Filosofia. Ciências. Afins, Salvador, v. 1, n. 2/3, set. 2006/abr. 2007, p. 177. Disponível em: <http://www.fbb.br/media/Publica%C3%A7%C3%B5es/Mai%C3%AAutica%202006-2007/maieutica_v1_n23_a3.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ CASSIMIRO, 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.

¹⁰⁶ 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.

Almeida (pesquisador e coordenador de um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Psicobiologia em Ribeirão Preto)¹⁰⁷.

A última seção ocupa-se da função do nutricionista, a quem cabe grande parte das responsabilidades de se empenhar para dar conta do corpo da pessoa obesa. Para tal, foram relevantes teóricos como Jenifer Andréia Nascimento de Oliveira¹⁰⁸ com outros autores, que realizaram um estudo de caso sobre essa questão. Oliveira é nutricionista, especialista em Saúde de Família e atua na área de Saúde Coletiva. Também os já citados anteriormente neste trabalho, professores de Medicina da Faculdade Federal da Bahia, Kênya Lima de Araújo, Paulo Gilvane Lopes Pena e Maria do Carmo Soares de Freitas contribuem com dados relevantes sobre a temática.

2.1 Imagem do corpo na cultura contemporânea do consumo

A priori é apropriado lembrar que, no Egito antigo (século XVI a.C.), o corpo já era motivo de preocupação; zelava-se por ele cultuando a sua juventude eterna. Inclusive, os faraós se empenhavam para que seus corpos fossem mumificados após a morte na esperança de que um dia se encontraria com a alma. O dualismo corpo/alma se fazia presente no imaginário coletivo do povo; por sua vez, “o corpo ocupava lugar de destaque, devendo ser objeto de vital importância para a religião a cura das doenças como forma de preservar as existências subsequentes”¹⁰⁹.

Outrossim, o Ocidente aprendeu, com a visão positivista cartesiana, a dissociação corpo/alma e, com o cristianismo, a negação do corpo. Mas, com o advento do capitalismo, mudanças radicais ocorreram inclusive no modo de valorização do corpo, que também passou a ser como a *área* destinada ao ornamento, à beleza e ao culto. Inumeráveis são, hoje, as teorias e interpelações de distintas áreas do conhecimento que, conjugadas, tomam a pessoa humana no seu todo. No entanto, em sua constituição, durante a história da humanidade, corpo e alma foram

¹⁰⁷ KAKESHITA, Idalina Shiraishi; ALMEIDA, Sebastião Souza de. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários, p. 497-504. *Rev Saúde Pública*, 2006.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ LOPES, Marcelo; ALVES, Robson Medeiros. A cura nas religiões: uma visão histórica panorâmica, p. 296-316, *Religare*, v. 11, n. 2, set. 2014, p. 310.

tratados como dois elementos individualizados de modo que o primeiro deveria ser posto de lado para que entrasse em cena o outro elemento, mais dignificante. Esse viés cultural fora herdado tanto dos clássicos gregos quanto dos judaico-cristãos¹¹⁰. Entende-se, pois, hoje, o corpo considerando-se a complexidade do contexto: espaço, tempo, representações, instituições, imaginários, relações sócio-político-econômicas, estruturas de poder, etc.¹¹¹.

Assim, especificamente nesta seção, o corpo passa a ser analisado sob o ponto de vista sociocultural contemporâneo – um cenário de incessantes, profundas e radicais transformações, regulado pela globalização da cultura capitalista, que traz à baila a concretude da matéria, que é basilar “para a compreensão da onipresença do corpo na atualidade”¹¹². As crenças, sob esse viés, conforme Durkheim, “traduzem não a maneira pela qual as coisas físicas afetam nossos sentidos, mas o modo com que a consciência coletiva age sobre as consciências individuais”¹¹³.

Marli Wandermurem esclarece:

No corpo estão inscritas todas as regras, todas as normas e todos os valores elaborados pela construção teológico-filosófica por que vêm perpassando as sociedades ao longo das épocas históricas. No mundo religioso, ele é visto como uma construção simbólica, por isso não se pode compreendê-lo pelo biológico, e sim, por sistemas culturais¹¹⁴.

Lá se foi o tempo em que o corpo era interpretado, sobretudo, biologicamente, uma herança genética, não suscetível a transformações que não fossem acidentais ou resultantes do envelhecimento. Mas, novos tempos trouxeram inovadoras técnicas e procedimentos que possibilitaram uma espécie de *metamorfose* do corpo para torná-lo perfeito, segundo o padrão traçado pela sociedade em que a mídia tem papel preponderante e conseqüentemente o comércio leva grande vantagem com isso¹¹⁵.

“Busca-se hoje em dia, a perfeição corporal, sem qualquer vestígio de imperfeições e aspectos desfavoráveis à estética do indivíduo ou que não corresponda aos parâmetros sociais de beleza ideal”¹¹⁶. E o que seria o corpo ideal? Por certo, não se está falando aqui de corpo sacralizado e não manipulável. Até

¹¹⁰Cf. TRINCA, 2008, p. 11.

¹¹¹ Cf. Harvey (2004, p. 178) *apud* TRINCA, 2008, p. 14.

¹¹² TRINCA, 2008, p. 14.

¹¹³ Durkheim, 2003, p. 231.

¹¹⁴ WANDERMUREM, 2007.

¹¹⁵ 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, p. 6.

¹¹⁶ RESENDE, 2006, p. 7.

poucas décadas passadas ele deveria se assemelhar ao das modelos que desfilam na passarela exibindo ossos. Hoje, esse modelo ainda não foi descartado, mas concorre com o corpo construído, siliconado, malhado. Remove-se gordura de um lugar para outro; levanta aqui, desce ali. Nessa jornada, lotam-se as academias; o *personal trainer* passa a ser cada vez mais solicitado¹¹⁷. Então, falar do corpo requer que se entre numa rede de complexidades, o que se opõe ao ser simples, pelo fato de – conforme Wandermurem, interpretando Leonardo Boff – entrelaçar a “sinfonia de múltiplas dimensões. Entre tantas dimensões, três são fundamentais do único ser humano: a exterioridade, a interioridade e a profundidade, isto tudo é nossa corporeidade”¹¹⁸.

O corpo é, então, ao mesmo tempo, local de prazer, vida, fecundidade; por ele se expressam valores éticos, sociais, religiosos; nele se impregna corporeidade da moral sexual, pessoal, social, interpessoal, religiosa. Enfim, “o corpo humano é o suporte de todos os processos centrais que fazem possível passar de objeto a sujeito, ao referir-se ao ser humano”¹¹⁹. Manifesta-se, desse modo, um processo de ideação da identidade individual imagética por meio do corpo que avulta. “Assim, a imagem do corpo se tornou um componente imprescindível, de modo que podemos afirmar que **hoje, o eu é o corpo**”¹²⁰. A magnitude do corpo se dá em detrimento da subjetividade. Vale imagem, performance, saúde, juventude e longevidade corporais, resultando na constituição identitária, ou como diz Francisco Ortega, na bioidentidade cuja construção, sob um ângulo, se submete a uma bioacese, isto é, a adaptação do corpo às normas científicas que existem conjuntamente. Por um lado, referente à “saúde, os exercícios físicos, a longevidade, a nutrição; por outro, trata-se, igualmente, de ajustar o corpo às normas e padrões da sociedade do espetáculo, conforme o modelo das celebridades”¹²¹.

Assim, a realidade que se enfrenta é de uma cultura cuja prioridade referente às relações sociais consiste em enaltecer aparência/imagem/estética como valores basilares e dispensar a organicidade de modo que o corpo em vez de sujeito se torna objeto de mercado, motivo de geração de consumos ininterruptos e hedonistas. Tem-

¹¹⁷ Cf. SCHMITT, Sabine. A mídia e a ilusão do portal desejado. 9p. *Psicologia: o portal dos psicólogos*, 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0693.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017, p. 2-3.

¹¹⁸ WANDERMUREM, 2007, p. 178.

¹¹⁹ WANDERMUREM, 2007, p. 178.

¹²⁰ TRINCA, 2008, p. 118. (Grifos do autor.).

¹²¹ TRINCA, 2008, p. 118.

se um corpo mensurado pelo cabedal externo fisicamente e pelas transformações corporais conseguidas mediante achados mercadológicos. Emerge um estilo de vida inusitado, produto das mais recentes invenções tecnológicas a inebriarem o dono do corpo a ponto de não mais discernir o que é necessário, saudável do que é essencialmente moda publicitária¹²².

Nesse quadro, a mídia se comporta como o carro-chefe de divulgação das regras a seguir para que se aproprie do objeto de consumo que está no centro da ribalta: o corpo. Corpo enquanto forma física. Corpo que se mostra, que se exhibe. Corpo mediador de interação social, cultuado com zelo, seguindo-se à risca protótipos estéticos instituídos socialmente, tão necessário “no processo de constituição do eu e na formação da identidade do sujeito”, um objeto de prática narcisista¹²³. Segue-se, assim,

A apologia do corpo perfeito, esteticamente belo e proporcionalmente magro, é uma das mais severas fontes de frustração, angústia e depressão de nossos tempos a tal ponto de os transtornos alimentares e as distorções da imagem corporal, tais como a anorexia, a bulimia, a vigorexia terem-se difundido assustadoramente¹²⁴.

É de grande monta a responsabilidade da mídia nessa conjuntura – é o que se constata pela leitura do livro *O intolerável peso da feiura*, obra de autoria da psicóloga Joana Vilhena. A autora relaciona problemas femininos pertinentes ao próprio corpo com a frequência de todas as mídias na divulgação de “estereótipos e corpos perfeitos”, que impelem o telespectador a recorrer a sacrifícios inimagináveis para a obtenção do corpo magro¹²⁵. Muitos recorrem

[...] às academias, ‘templos sagrados’ onde se compra a possibilidade de utilização de aparelhos para atingir determinados objetivos pré-estabelecidos a partir de padrões corporais socialmente aceitos. O que se compra [...] é a subjugação do corpo real ao corpo ideal por meio de técnicas físicas de conformação¹²⁶.

¹²² Cf. 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, p. 2.

¹²³ Cf. RESENDE, 2006, p. 5.

¹²⁴ TRINCA, 2008, p. 7.

¹²⁵ 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, p. 6.

¹²⁶ TRINCA, 2008, p. 52.

Em pleno século XXI, quando o termo ditadura leva o pensamento do brasileiro a momentos difíceis da década de 60 (militarismo) ou de 30 a 45 (era Vargas) do século XX, vive-se, por vontade própria, a ditadura do corpo, buscando-se obcecadamente “Cirurgias plásticas, tratamentos diversos, exercícios físicos em excesso e uma infinidade de cosméticos”¹²⁷. Um grande número de mulheres de variadas idades, e até mesmo de homens, se escraviza na incessante “busca pela perfeição”¹²⁸. Ganha com esse comportamento a indústria da beleza, que procura técnicas e produtos cada vez mais tentadores como resolução ou paliativo dos problemas de beleza.

Nesse sentido, cuidar do corpo tendo em vista a conquista da ‘melhor’ aparência vai se tornando, gradativamente, uma necessidade para os indivíduos. Esta necessidade de aperfeiçoar o corpo é seguida e estimulada pela expansão de conhecimentos concernentes ao corpo nas áreas de estética, da fisiologia, da nutrição, além de técnicas e produtos que lhes correspondem. Estrutura-se, dessa forma, um mercado das aparências, representado por inúmeros profissionais especializados em tratamentos de pele, cabelo, gordura, pelos, unhas etc. e instrumentos de atuação que se encontram em livre desenvolvimento (instrumentos e produtos para modelar e alisar os cabelos, aparelhos de eletrochoque para fortalecer o abdômen, raio-laser para remover pelos, máquinas de bronzamento, agulhas contra celulite, *shakes* para emagrecer, entre muitos outros)¹²⁹.

O que será que motiva as pessoas da atualidade a se empenharem duramente para a conquista da perfeição do próprio corpo? Como se dá essa empreitada? Sabe-se apenas que as expectativas atinentes ao belo levam as pessoas a laborioso expediente de sacrifício e empreendimento para alterar e (re)modelarem seus corpos, cujo padrão atual rejeita qualquer gordura, celulite ou flacidez. “O *body-building* e o *body-art* e *modification* são formas de tratar o corpo baseadas na concepção de beleza e forma física desejáveis, e cada vez mais essas práticas se inserem no cotidiano das pessoas”, muitas vezes de modo subliminar pelo capitalismo¹³⁰.

A busca pelo modelo padrão de corpo ditado pela moda tem sido um vício, pelo qual tudo se faz, mesmo que se sujeite ao risco de morte. Assim, o corpo é dilacerado. Sendo cada parte padronizada, não se leva em conta, muitas vezes, a noção de conjunto. Por exemplo, se o ideal, no momento, são seios siliconados,

¹²⁷ ROSA, 2015, p. 07.

¹²⁸ ROSA, 2015, p. 7.

¹²⁹ TRINCA, 2008, p. 130.

¹³⁰ RESENDE, 2006, p. 6.

inflados, grandes, muitas vezes ele é cultuado num corpo de estatura baixa. Não importa. Está na moda. É o ideal. Busca-se o padrão ditado pela moda. Nesse afã, o corpo sofre. Impelido pelo ideal do corpo magro, por exemplo, o organismo é acometido de transtornos alimentares no enfrentamento da “sociedade do espetáculo, em uma cultura de valorização da imagem”¹³¹. A aparência deixa de transparecer a essência e “passa a representar a personalidade”¹³².

Concebido por esse prisma, verifica-se uma inversão de valores: para os cristãos, o ser humano é produto de corpo e alma; para os moldes contemporâneos, a alma sai de cena para que o corpo apareça em plenitude¹³³. É um corpo munido de um acúmulo de expectativas com a sociedade que de forma alguma se limita à natureza física/biológica. Entre o corpo e o mundo instaura-se uma vinculação de cumplicidade ontológica. O esquema corporal passa a ser “o depositário de toda uma visão do mundo social em que se refletem os distintos usos do corpo nos diferentes grupos sociais”¹³⁴.

Na cultura contemporânea do consumo, a sociedade se coaduna com a demanda da imagem do corpo e vem usurpando espaços relevantes nos meios de comunicação e em diversas esferas sociais. O tema imagem corporal é matéria de jornais, revistas, programas e propagandas televisivas, anúncios publicitários. O corpo é uma mercadoria obediente à mesma lógica de outras tantas. Mas não é qualquer corpo. Diferentemente do corpo real, a demanda é pelo corpo ideal, perfeito e plástico, modelo ao qual a realidade corporal deve se ajustar a fim de conquistar felicidade, prestígio e bem-estar¹³⁵. Sim, a beleza física tem sido pré-requisito para a obtenção da felicidade nessa cultura contemporânea que se entrepõe em uma sociedade hiperativa em seus processamentos histórico-sociais, que acata mais a verdade de cada pessoa que “vive de acordo com o que acredita. Não há muito espaço para a expressão da espiritualidade como desenvolvimento da consciência, ou do autoconhecimento”¹³⁶.

Mas, explica Wandermurem, que, de fato, “surgiram os muitos saberes ligados ao corpo e à matéria, que são campos das ciências da natureza; e os vinculados ao

¹³¹ ROSA, 2015, p. 6.

¹³² ROSA, 2015, p. 6 (Grifo do autor).

¹³³ Cf. LIMA, 2013, p. 4.

¹³⁴ LIMA, 2013, p. 4.

¹³⁵ Cf. TRINCA, 2008, p. 51.

¹³⁶ WANDERMUREM, 2007, p. 179.

espírito e à alma que são campos das ciências do humano”¹³⁷, porque chega um momento em que há um basta, uma fadiga estressante na perseguição pela beleza e acorda no ser humano sua face transcendente.

João Décio Passos lembra que, na pós-modernidade, busca-se muito a religiosidade para o bem-estar numa sociedade que poderia ser denominada como *cultura do desejo*, imersa no mercado que renova sem cessar seus produtos sustentando a lógica da manipulação e estimulando o consumo. Assim, “A experiência religiosa, direcionada à busca da sensação espiritual – creio porque sinto – instaura um ciclo de busca-satisfação, culminando no êxtase e pedindo, frequentemente, sinais miraculosos”¹³⁸.

Seja como for, segundo Resende, o que importa à grande parcela do homem contemporâneo é a conquista de “espaço na categoria do belo, pertencente ao padrão estético aceito pela maioria”¹³⁹, promotor “de realização pessoal nos diversos campos da vida social e afetiva do sujeito”¹⁴⁰. Assim, em vez de ser *templo do espírito*, o corpo passa a ser “produto e bem de consumo a ser difundido pela mídia”¹⁴¹, objeto de controle social. Sobre o corpo na sociedade contemporânea, Resende, interpretando Le Breton, se expressa que ele é mais uma identidade intangível, a encarnação irreduzível do sujeito, o ser-no-mundo, mas uma construção, um objeto transitório e manipulável suscetível de vários emparelhamentos¹⁴². Segundo Medeiros, “A ordem social determina a ordem do corpo, tornando-o ao mesmo tempo lugar de investimento e princípio de sua eficácia”¹⁴³. E Trinca conclui:

O corpo entrou em seu período áureo, todos os holofotes estão voltados a ele. Assim, presencia-se diariamente no contexto das sociedades ocidentais industrializadas a frenética e intensa importância dada à imagem corporal e à moda; ambos se entrelaçam aos padrões de beleza disseminados pela indústria cultural, o que propicia uma crescente corrida ao consumo obsessivo de novidades estéticas¹⁴⁴.

¹³⁷ WANDERMUREM, 2007, p. 178.

¹³⁸ PASSOS, João Décio. A influência do helenismo e a pós-modernidade na reflexão teológica atual: panorama, processos e identidades, p. 35-64. *Revista de Cultura Teológica*, v. 12, n. 46, jan./mar 2004, p. 61-62.

¹³⁹ RESENDE, 2006, p. 6.

¹⁴⁰ RESENDE, 2006, p. 6.

¹⁴¹ RESENDE, 2006, p. 7.

¹⁴² RESENDE, 2006, p. 8.

¹⁴³ 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, p. 289.

¹⁴⁴ TRINCA, 2008, p. 128.

Por não possuírem o corpo arquitetado como o ideal, muitas pessoas entram em conflitos existenciais que podem levá-los a buscarem a religião, que é, segundo Mircea Eliade uma

[...] solução exemplar de toda crise existencial, não apenas porque é indefinidamente repetível, mas também porque é considerada de origem transcendental e, portanto, valorizada como revelação recebida de um outro mundo, trans humano. A solução religiosa não somente resolve a crise, mas, ao mesmo tempo, torna a existência 'aberta' a valores que já não são contingentes nem particulares, permitindo assim ao homem ultrapassar as situações pessoais e, no fim das contas, alcançar o mundo do espírito¹⁴⁵.

Ao reelaborar suas concepções sobre religião e sobre o panorama da religiosidade na contemporaneidade, o antropólogo norte-americano Clifford Geertz (que entende a religião como um sistema cultural) afirma que a religião ainda ocupa um lugar privilegiado na agenda profissional por ser “um elemento central na constituição de um significado viável à existência”¹⁴⁶. Ele enfatiza a conexão entre vida cotidiana e religiosidade. Dalgalarrondo, interpretando-o, diz:

Ao que parece, no mundo contemporâneo, aquilo que passou a ser chamado de 'busca de identidade', assim como as 'políticas de identidade', as crises, perdas, e reconquistas das identidades plurais passaram a interagir de forma cada vez mais indissociável do envolvimento religioso¹⁴⁷.

Igualmente as pessoas obesas buscam a sua identidade. Insatisfeitas com a distorção da imagem corporal, provocada pelo aumento de peso, desencadeia nelas a desvalorização da autoimagem e a depreciação no autoconceito psicológico¹⁴⁸. Muitas recorrem à tecnologia e fazem do corpo um “rascunho a ser retificado, senão no nível da espécie, pelo menos no nível do indivíduo, uma matéria-prima a ser arranjada de outra forma”¹⁴⁹. Incomodados com os holofotes ficam os que não se encaixam na fôrma de beleza e por isso não aceitam o próprio corpo (tema a ser discutido na próxima seção).

¹⁴⁵ ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 101.

¹⁴⁶ Geertz interpretado por DALGALARRONDO, 2008, p. 53.

¹⁴⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 53

¹⁴⁸ Cf. 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.

¹⁴⁹ Le Breton (2003) apud RESENDE, 2006, p. 10.

2.2 (In)Aceitação do corpo: perspectivas cultural e religiosa

Entende-se o corpo como produto de uma rede de relações sociais associada ao entrelaçar de cada história de vida em particular, acrescido de significados/sentidos da esfera social onde se encontra; portanto, uma complexidade irreduzível ao simples patamar individual ou apenas fruto de determinantes sociais, como lecionam Marcuzzo, Pich e Ditttrich¹⁵⁰. É, pois, uma miscelânea de tudo isso em meio a tensões e interações entre polos.

Nesse intenso mesclar, o mundo se metamorfoseia de modo radical, estonteante e acelerado e até a religião se entrelaça a “mercados ideológicos competitivos e fortes tensões identitárias”¹⁵¹, passando a ocupar um lugar (mesmo que não tão definido) “estratégico, um palco destacado de elaboração de significados essenciais à vida tanto social quanto individual”¹⁵². Nessa seara, o componente histórico tem o seu devido peso. Basta que se observe o processo mutante do corpo retrocedendo-se à antiga Grécia e puxe o fio até a contemporaneidade. Encontra-se nesse desenrolar a força de motivos políticos, econômicos e religiosos em cada fase, levando o corpo a distintos papéis, conforme a conjuntura do momento. Essas são implicações para se entender o corpo em cada sociedade. A despeito de, na Grécia antiga, temas políticos e éticos serem mais recorrentes entre pensadores de então, o corpo também era motivo de discussões de filósofos como:

- a) Sócrates (470-399 a.C.) – concebia o homem integralmente: corpo e alma num processo interativo no enfrentamento do indivíduo com o mundo. Para ele, o bem mais precioso do homem era a saúde e a beleza do corpo. Elaborou sua concepção de saúde humana convergindo as áreas Medicina e Arte.
- b) Platão (427-347 a.C.) – diferente de Sócrates, manifestava uma ótica dicotômica na qual o corpo era tão somente o cárcere da alma.
- c) Aristóteles (384-322 a.C.) – expressava uma visão mais próxima da de Sócrates porque também considerava que as ações do homem não resultam

¹⁵⁰ Cf. 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.

¹⁵¹ DALGALARRONDO, 2008, p. 54.

¹⁵² DALGALARRONDO, 2008, p. 54.

apenas do corpo, mas deste em conjunto com a alma num decurso de permanente realização¹⁵³.

Pode-se dizer, portanto, que das visões desses filósofos se constituiu o alicerce de compreensão acerca dos distintos pontos de vista manifestados no decurso das mais variadas noções de corpo da sociedade do Ocidente, bem como as importantes dimensões social, cultural e histórica que este tomou¹⁵⁴. Conforme Marisa Mello de Lima, o corpo é o transmissor semântico da construção de suas relações com o mundo; ele é pensado como fôrma resultante da interação social; é um evento de cultura¹⁵⁵.

Vê-se, pois, que a imagem corporal construída pelo homem é processo de uma vida. Nessa trajetória, é muito importante que, na adolescência, se conquiste, de modo bem estruturado, uma corporeidade equilibrada no convívio com o mundo. Contam, substancialmente, nessa construção de imagem corpórea, várias conexões: cultural/natural, individual/social, simbólica/ filosófica. Essas diversas formas como o corpo vem sendo conceituado e tratado, tornou-se objeto de estudo de muitos profissionais de especialidades distintas: psiquiatras, psicólogos, pedagogos e outros¹⁵⁶. E assim vem sendo a *descoberta* do corpo pela ciência, advinda de um longo processo histórico de disciplinamento e manipulação dos impulsos corporais e de formação de uma consciência sobre ele. Para Michael Foucault,

[...] o corpo não é somente um texto ao qual a cultura delinea suas expressões e marcas, ele é igualmente um lugar prático direto de controle social. Desse modo, através de regras e práticas consideradas banais (normas de alimentação, hábitos de higiene, modos de vestir, formas de lazer), convertidas em atividades habituais, é que a cultura se faz corpo¹⁵⁷.

O corpo natural, dessa forma, se desqualifica, é negligenciado, uma vez que o sujeito passa a reconstituir seu corpo, mas suas expectativas de satisfação nunca são alcançadas plenamente. E, quando o corpo perece, abre-se nele um grande vão de valores internos, que, segundo Santos, é uma travessia cultural na qual os valores interiores (sentimento/interioridade) têm seus espaços confiscados pela cultura

¹⁵³ CASSIMIRO; GALDINO, 2012.

¹⁵⁴ Cf. CASSIMIRO; GALDINO, 2012.

¹⁵⁵ Cf. LIMA, 2013, p. 6.

¹⁵⁶ Cf. 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).

¹⁵⁷ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 38. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2010, p. 73.

exterior (percepção/sensações). Nesse sentido, a “subjetividade passa a se apresentar no corpo, na exterioridade da pele. Assim, o que o indivíduo contemporâneo apresenta ser não é mais o que ele é na sua interioridade, mas sim o que ele aparenta ser”¹⁵⁸.

Na cultura contemporânea, na visão de Le Breton, “A preocupação com a aparência, a ostentação, o desejo de bem-estar leva o ator a correr ou a se desgastar, a velar pela alimentação ou a saúde”¹⁵⁹. Alvarez esclarece:

Todo processo de saúde em suas diversas fases já vistas, passa necessariamente pela condição corpórea. A saúde não é inevitavelmente ‘apesar do corpo’. A acentuação da relação como categoria descritiva da saúde de modo algum significa desvalorizar o corpo ou condição moral do ser humano. Pelo contrário, devemos dizer que é o corpo que dá realismo e consistência à racionalidade. Lugar de diagnóstico, de revelação e de ação, o corpo também está envolvido em expressões mais espirituais e especificamente humanas à saúde¹⁶⁰.

No contexto religioso, não se vê o corpo como algo pronto e acabado, como um dado objetivamente irreversível, mas como um fenômeno em constante variação, como a sociedade de que ele faz parte. Assim, a construção corporal é consequentemente fruto de diversas influências econômicas, políticas e sociais. A propósito, a religiosidade – manifestação da experiência aberta à transcendência – desde muito cedo teve grande intervenção sobre a maneira como a sociedade vê o mundo e, por conseguinte, o corpo¹⁶¹.

O cristianismo institucional, como uma das grandes religiões do mundo, foi consciencioso, em parte, pela concepção de corpo. Durante muito tempo as formas de dominação do corpo mostraram qual é a concepção ou mesmo o papel desse corpo na sociedade. Era um corpo silencioso, proibido. Em vez da beleza cultuada na Grécia antiga, tem-se o corpo como fonte de pecado, que bolinava tudo. Então, ambos os sexos ocultavam seus corpos, inclusive na intimidade entre casais¹⁶². Pela perspectiva do cristianismo, de um lado, o corpo é reprimido em sua materialidade; de outro, “é

¹⁵⁸ 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, p. 56.

¹⁵⁹ LE BRETON, D. *Sociologia do corpo*. Petrópolis - RJ: Vozes, 2011, p. 87.

¹⁶⁰ ALVAREZ, Francisco. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camillo/ Paulinas, 2013, p. 266.

¹⁶¹ Cf. GOLDENBERG, 2003, p. 26.

¹⁶² Cf. 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), 2011, p. 26.

glorificado nomeadamente através do corpo sofredor de Cristo. A dor física teria um valor espiritual”¹⁶³.

A presença de doença ou mal-estar estava interligada diretamente ao contentamento do divino com o homem. Sendo assim, a forma com que o homem lida com o corpo não é algo universal. Cada povo possui maneiras peculiares de tratamento. Portanto, não há uma regra universal para agir com o corpo. Cada um possui, no seu contexto de vida, a maneira com a qual ele se sente melhor¹⁶⁴. Sob a perspectiva cristã,

Ainda no ser humano o primeiro ato de saúde consiste em assumir e aceitar a própria condição de vida corporal. Tendo chegado a este mundo sem conhecê-lo previamente, a aceitação da vida se traduz necessariamente na acolhida do corpo, que se recebe dos outros [...] O caminho para a plenitude, especialmente quando visto de modo cristão, não começa até que nos tornamos sujeitos, muito gratos, pelo verbo ‘nascer’, O ‘sim’ inicial ao dom da vida, o mandato de viver e a aventura da existência são indispensáveis para a experiência de saúde¹⁶⁵.

Na contemporaneidade, a relação com o corpo num ambiente cristão possui uma grande relação entre o físico e o espiritual, de modo que, se o homem no seu contexto geral não estiver com seu corpo físico de forma satisfatória e agradável, torna-se difícil para ele atingir níveis espirituais fundamentais para sua religião¹⁶⁶. É como ressalta Sant’Anna:

Enquanto a alma é pensada em termos positivos e dotada de imortalidade, o corpo permanece mortal, aquilo que impede o homem de conquistar uma contemplação serena da vida. Considerado seu duplo vergonhoso, o corpo padece e está fadado a padecer, pois, diferentemente da alma, está submetido aos ciclos naturais, às flutuações do desejo, aos perigos da corrupção¹⁶⁷.

O contexto das religiosidades – tomadas aqui como comportamento extrínseco, práticas sociais – se depara com o fato de que, se outrora parecia haver um papel claro da religião na promoção destes corpos e modelos, hoje eles não parecem mais definidos pelo âmbito religioso. Contudo, se, antes, a Igreja Católica era a instituição que mais parecia decretar os modos de o homem fazer usos de seus

¹⁶³ BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011, p. 26.

¹⁶⁴ Cf. GOLDENBERG, 2003, p. 27.

¹⁶⁵ ALVAREZ, 2013, p. 267.

¹⁶⁶ Cf. SANT’ANNA, D. B. *Corpo: objeto de estudo* Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001, p. 42.

¹⁶⁷ SANT’ANNA, 2001, p. 42.

corpos, hoje ela parece disputar com outros âmbitos agenciadores do corpo, até mesmo há toda uma moda evangélica. A ideia se aplica, inclusive, na forma de demonstrar qual é o papel da religião e como ela foi se aprimorando frente às novas demandas corporais ao longo do tempo, não deixando de exercer poder sobre os corpos, mas alterando, dando outro significado na forma de agenciá-los¹⁶⁸.

Deveras o termo *assumir* tem como significado cuidar de um projeto, uma realidade inicial, inacabada: acolher os limites e as potencialidades¹⁶⁹; portanto, pelos pressupostos cristãos, o homem só aprende a ser humano através de sua condição única: associado à terra, lama destinada a voltar ao pó, e hálito divino que nunca se acaba. Pelos princípios cristãos é preciso também saber ler no próprio corpo a vocação para a plenitude. Esse propósito, consoante Alvarez, está estabelecido segundo estas associações:

- a) conservar intensa a tensão entre os limites e as possibilidades, entre as necessidades e os desejos, promovendo uma visão positiva sem ceder ao narcisismo e a obsessão pelo controle do corpo;
- b) adquirir familiaridade com o corpo, vivê-lo com clareza;
- c) proporcionar o conhecimento de saúde cada vez mais vivo;
- d) descobrir a beleza a dignidade, que possui sua marca de Deus¹⁷⁰.

Esse é o caminho cristão de ajuda à emancipação da rejeição do próprio corpo e dos abusos a que ele é submetido, para viver com alegria e com um senso de análise da própria composição corporal¹⁷¹. Mas o corpo não é somente espaço imutável da saúde nem também o seu primeiro e habitual recurso. O procedimento de educação, longe de ser sem corpo, adota sua vocação, arraigada no mistério da encarnação, a uma gradual mudança. A condição humana é dada a todos, o corpo é *igual* para todos os seres humanos, mas viver humanamente é uma escolha que exige liberdade e sentido. Por conseguinte, o método de apropriação do corpo torna-se um processo de humanização, cuja citação vital, para o crente, é o próprio Cristo¹⁷².

O processo de educação é, então, ao mesmo tempo humanização e configuração a Cristo. Além disso, o corpo, embora destinado a se deteriorar,

¹⁶⁸ Cf. SANT'ANNA, 2001, p. 43.

¹⁶⁹ Cf. ZOBOLI, Fabio; SILVA, Renato Izidoro da; BORDAS, Miguel Angel Garcia. Corpo e alteridade nos complexos de (in)exclusão, p. 211-224. DÍAZ, Félix et al. (Orgs). *Educação inclusiva: questões contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 213.

¹⁷⁰ Cf. ALVAREZ, 2013, p. 265-268.

¹⁷¹ Cf. ALVAREZ, 2013, p. 268.

¹⁷² Cf. ALVAREZ, 2013, p. 269.

é chamado a caminhar em direção à perfeição mais elevada, de acordo com o modelo de Cristo. Para conseguir sua estrutura e revestir-se de seus sentimentos, é preciso corporificar o processo de conversão e configuração com Ele. Isso significa, entre outras coisas, transformar a própria humanidade, de modo que suas energias e poderes, começando com os sentidos, reproduzam o de Cristo. E assim, o corpo, educado em sua escola, torna-se o veículo e o sacramento da própria humanidade de Cristo¹⁷³.

Ocorre que, apesar de a religião ter um papel eficaz e relevante no aspecto da própria imagem do indivíduo, presume-se que o ambiente sociocultural seja um dos fatores decisivos para o desencadeamento de perturbações e disfunções atinentes à imagem corporal. As teorias socioculturais dos distúrbios da imagem corporal se referem às influências estabelecidas dos ideais de corpo às expectativas e experiências, além da etiologia e manutenção dos distúrbios da imagem corporal¹⁷⁴. Dessa maneira, quando o corpo não se afina ao padrão instituído social e culturalmente, poderão aparecer sintomas de depressão e ansiedade, atenuação da sensação de bem-estar e aumento da sensação de rejeição social relacionados com, conseqüentemente, a alteração da performance. É o que explicam Kakeshita e Almeida:

As teorias socioculturais dos distúrbios da imagem corporal se referem às influências estabelecidas dos ideais de corpo às expectativas e experiências, além da etiologia e manutenção dos distúrbios da imagem corporal. Nesse sentido, destaca-se a influência negativa que exercem os meios de comunicação de massa. Pesquisas atestam o conflito entre o ideal de beleza prescrito pela sociedade atual e o somatótipo¹⁷⁵ da maioria da população, além da pressão que representa tal modelo. Assim, o ambiente sociocultural parece ser uma das condições determinantes para o desenvolvimento de distorções e distúrbios subjetivos da imagem corporal¹⁷⁶.

Eis que nesse contexto a obesidade, em seus aspectos aparentes, promove uma alteração da imagem corporal, diminuindo a própria avaliação, isto é, a autoestima do indivíduo, decorrendo daí grandes dificuldades para o obeso no convívio social, interferindo explicitamente na má QV. O resultado pode ser o isolamento social, provocado pela sensação de inadequação perante os padrões sociais atuais, já que a imagem corporal associa a visão que a pessoa tem de si e a

¹⁷³ ALVAREZ, 2013, p. 269.

¹⁷⁴ Cf. KAKESHITA; ALMEIDA, 2006, p. 498.

¹⁷⁵ **Somatótipos.** m. MED tipo somático. HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 2026.

¹⁷⁶ KAKESHITA; ALMEIDA, 2006, p. 498. A despeito desta citação estar no âmbito das teorias socioculturais, insiste-se: a Ciência das Religiões abarca uma multidisciplinaridade que extrapola a tradição cristã e outras religiões; portanto, não há como, nesse paradigma, manter uma postura disciplinar positivista cartesiana.

que ela pensa que os outros têm dela¹⁷⁷. Acrescido desse fator estético, está o transtorno metabólico qualificado pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, que pode comprometer a saúde do indivíduo.

Considerando-se que a relação também pode ser terapêutica, é fundamental enfatizar que o corpo vivido não é apenas *o que* deve ser sanado e curado, pois é preciso atenção para a mente, que é também parte indispensável e essencial da habilidade para a plenitude. Não é necessário reforçar o quão fundamental é no mundo de hoje, da saúde e do ser saudável, a recuperação dessa dimensão e, antes ainda, da consciência do valor saudável e terapêutico realizado através do corpo. Neste caso, a saúde relacional vai além da laboral, mas não deve prescindir dela. A humanização do corpo e de suas funções envolve necessariamente a humanização do trabalho e de seus ambientes, o respeito pelo valor individual sobre os valores de produção e consumo¹⁷⁸.

A saúde do obeso, por exemplo, requer cuidados especiais, além da imagem que ele tem do corpo que pode perturbá-lo em sua autoestima. Até mesmo quando perde peso, a imagem do obeso costuma não se alterar em relação ao próprio corpo. Tais mudanças podem não ser percebidas, de início, em razão da lentidão da mudança psicológica, que pode não acompanhar o ritmo da transformação corporal, ainda que esta seja significativa¹⁷⁹. Tornam-se, pois, evidentes os saberes que disciplinam os corpos sob a justificativa da busca pelo *corpo ideal*, naturalizado na vida cotidiana¹⁸⁰. Embora outrora as intervenções alimentares fossem resultantes dos jejuns ou crenças religiosas, hoje elas ganham novo modelo. A nutrição é destacada numa série de questões que estão entrelaçadas em nível cultural e social, como: culpa, rejeição, autoimagem, expansão da juventude, etc. – razão pela qual se apresenta a seguir uma subseção que avalia a função do nutricionista no embate de QV do obeso.

¹⁷⁷ Cf. 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, p. 206.

¹⁷⁸ Cf. TAVARES, 2003, apud KAKESHITA; ALMEIDA, 2006.

¹⁷⁹ Cf. TAVARES, 2003, apud KAKESHITA; ALMEIDA, 2006.

¹⁸⁰ Cf. SANT'ANNA, 2001, p. 127, recorrendo-se aos ensinamentos de Foucault.

2.3 O nutricionista imerso neste contexto

Sendo a obesidade concebida como um desarranjo metabólico decorrente de múltiplas e diferentes causas que se constata pela gordura corporal excessiva e possui uma etiologia multifatorial, cujas variáveis, em separado, são difíceis de ser mensuradas em razão de fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos, controlar a alimentação é submeter-se à tirania de dietas insatisfatórias. E, nesse contexto, o nutricionista torna-se um profissional de relevo¹⁸¹.

A conjunção dos fatores de que é acometido o obeso – sobrelevando-se aí o sofrimento psicológico decorrente de estigma e discriminação, o isolamento a que é submetido pelo desprestígio de sua aparência fora dos padrões sociais, a “vergonha, indignidade e culpa”¹⁸² – influencia sobremaneira no seu comportamento alimentar, quase sempre manifestando-se

[...] na forma de compulsão alimentar e/ou restrição, desencadeando inúmeras dificuldades no tratamento da obesidade e se estabelecendo enquanto grande desafio de superação para o profissional de saúde contemporâneo.

O profissional de nutrição, pelo uso do discurso sobre a dietética, define junto ao paciente o seu tratamento. Entretanto, imagens do gordo e do magro como ícones culturais, a ideia de anormalidade enquanto estigma, desordem ou desvio da norma age enquanto uma disciplina do corpo. Estas são questões ainda pouco refletidas nos atendimentos terapêuticos¹⁸³.

Desse grande desafio, o discurso do nutricionista, ou melhor, a sua argumentação, é o fio condutor em busca da persuasão do paciente para que ele invista suas forças no tratamento de seu corpo, um ente enfermo. Portanto, a esse profissional não envolve tão somente a epistemologia da nutrição; é preciso associá-la ao poder da palavra, imprimindo, nesta, interação e credibilidade com o fim de conseguir a adesão do paciente às orientações dietéticas a serem seguidas cotidianamente com tenacidade. Não basta prescrever a dieta, é necessário explicar a vantagem de se criarem hábitos saudáveis e de desenvolver a autonomia em face de informações sobre saúde e doença¹⁸⁴. A comunicação discursiva que circunscreve nutricionista/obeso “requer envolvimento de um sujeito com a realidade do outro, com

¹⁸¹ Cf. OLIVEIRA et al., 2008, p. 175.

¹⁸² OLIVEIRA et al., 2008, p. 176.

¹⁸³ Cf. OLIVEIRA et al., 2008, p. 177.

¹⁸⁴ 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.

a cultura do outro, o que traz à tona a necessidade da aplicação desses conceitos à prática da Nutrição”¹⁸⁵.

Há, entretanto, um discurso que ainda prevalece entre os nutricionistas, que é o Discurso Normativo em Nutrição. Convém que se questione sobre a sua eficácia, limites e contribuições na contemporaneidade, lembrando que ele é legado “da medicina clínica de origem positivista cartesiana”¹⁸⁶, portanto, um “discurso do poder atribuído pelo saber científico, que se caracteriza por um saber cético que ignora outros tipos de saberes”¹⁸⁷ porque ele é tido como a única verdade¹⁸⁸. Essa concepção se torna desumana a partir do momento em que é “a-histórica, a-temporal, cuja orientação seria verticalizada e uniforme”¹⁸⁹.

Com o discurso normativo se impõem dieta e medo. Explicam Oliveira et al. que, quando não se levam em conta alguns quesitos do paciente – fala, visão e mundo, realidades e crenças, etc. –, a fala do profissional pode ser entendida como ameaçadora e inquestionável, um discurso de poder, daquele que melhor conhece o corpo do paciente. Por seu turno, “O paciente aparece nessa cena como um ser passivo, cuja fala não tem valor, e seu corpo (sua obesidade) é desapropriado”¹⁹⁰.

Para que a dieta não se torne um instrumento de opressão, é de fundamental importância que os nutricionistas compreendam o seu papel enquanto educadores, baseando sua prática na educação dialógica proposta por Freire (1985), em que o educador se dispõe a ouvir, em oposição à educação bancária quando o profissional crê na passividade do outro e tenta impor suas próprias palavras ao paciente produzindo um falar alienado. Assim, somente o diálogo entre o profissional e o paciente seria capaz de instaurar uma força transformadora, em que a palavra expressa do educando com sua linguagem originária poderia interferir nas coisas. Seria então através do diálogo que poderia nascer o desejo de mudar o hábito alimentar enraizado¹⁹¹.

Essa demarcação do discurso clínico gera muitos inconvenientes na relação nutricionista/obeso. Em especial, a incompreensão do especialista diante da manifestação dificultosa e sofrida do obeso, o que emperra a sua adesão ao tratamento. No exercício clínico, esse profissional deve considerar holisticamente o

¹⁸⁵ OLIVEIRA et al., 2008, p. 179.

¹⁸⁶ OLIVEIRA et al., 2008, p. 179.

¹⁸⁷ OLIVEIRA et al., 2008, p. 179.

¹⁸⁸ Cf. OLIVEIRA et al., 2008, p. 179.

¹⁸⁹ 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, p. 19.

¹⁹⁰ OLIVEIRA et al., 2008, p. 184.

¹⁹¹ OLIVEIRA et al., 2008, p. 184-185.

paciente. Deve saber ouvi-lo e demonstrar interesse pelo que ele manifesta. “Sem omitir a responsabilidade do paciente no tratamento, é preciso estabelecer relação de cumplicidade e parceria, visando atingir os objetivos propostos”¹⁹², pois, ainda que ambos sejam diferentes, demarcados, eles se inter-relacionam. “A eficiência da intervenção depende do entendimento dos diversos aspectos determinantes da obesidade e da complexidade do tratamento, principalmente no que se refere à adesão”¹⁹³. Ao se referir à adesão, cabe lembrar que ela está ligada à atitude.

A atitude é um conceito com três componentes: afetivo – sentimentos e emoções; cognitivo – crenças e conhecimento; e comportamental – predisposição de agir em relação a alguma coisa. O interesse em estudar atitudes envolve a compreensão e a predição de comportamentos. Estudos internacionais encontraram atitudes negativas para com a obesidade entre médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas¹⁹⁴.

Conforme Silva, Bento e Gralha, na área da saúde, é necessário que os profissionais estejam mais atentos às atitudes do paciente, pois são eles os “principais responsáveis por estabelecer condutas, usando a multidisciplinariedade como arma de trabalho para o combate à obesidade”¹⁹⁵. Nesse empenho, nutricionistas e educadores físicos, conforme Silva, Bento e Gralha,

[...] são os profissionais mais habilitados para trabalhar com a população em geral para a prevenção e tratamento da obesidade. O ideal seria que houvesse maior conscientização da população, de que a reeducação alimentar e a atividade física superam qualquer tratamento no que diz respeito à eficácia, porque promovem mudanças de atitude à mesa, na comunidade, no supermercado ou na simples ida ao cinema, de forma permanente. Entretanto a maioria das pessoas escolhe tratamentos imediatistas, a curto prazo e com resultados invasivos, que na maioria das vezes provoca desânimo para recorrer a terapias mais eficazes, como a reeducação alimentar¹⁹⁶.

Com os avanços no ramo da medicina, observou-se o quão é essencial a integralidade de profissionais da saúde no tratamento dos enfermos, como no de

¹⁹² 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, p. 15.

¹⁹³ SBEM, 2016, p. 15.

¹⁹⁴ CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015, p. 16.

¹⁹⁵ 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, p. 2.

¹⁹⁶ SILVA; BENTO; GRALHA, 2007, p. 2.

obesos também. Assim, o nutricionista é mais um dentre eles. Mas, não um qualquer. Sua relevância é basilar. Por isso a necessidade premente de reparação de falhas estratégicas de prescrição, transformação de comportamento e interpelação relativa à imagem corporal do obeso. Precisam ser evitadas atitudes que contribuem negativamente no tratamento da obesidade como a de uma visão limitada, distante da ótica holística¹⁹⁷.

E assim criam-se as barreiras destruidoras do *casamento* terapêutico entre nutricionista e paciente. Não se vê, pois, que aquele pode aprender com estas técnicas pedagógicas que possibilitem a “negociação entre ambos” e facilitem “a dietoterapia do obeso, permitindo trocas de valores socioculturais sobre o corpo, a saúde, as crenças e os modos de agir sobre o problema”¹⁹⁸. Há a necessidade de garantia e um diálogo construtivo cujo estabelecimento deve partir do profissional da saúde para diminuir distâncias hierárquicas e, portanto, “melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente”¹⁹⁹.

A visão holística humaniza. Humanizar, por sua vez, é a efetivação da assistência ao enfermo, tomando-o como um todo, envolvendo-o de cuidados, não só a ele, mas estendendo-se aos que o cercam, como familiares, ambiente e equipe multiprofissional. Essa ótica mais dilatada acerca da obesidade acrescida de “uma condição comportamental poderia ajudar nas atitudes negativas sobre os obesos; até para que o nutricionista possa trabalhar efetivamente com a mudança de comportamentos”²⁰⁰. Constata-se que

Os processos de troca entre os que curam e os que são curados efetuam-se com a experiência vivida pelo paciente e o saber científico do profissional de saúde. É, de fato, possível uma troca de experiências entre estes protagonistas²⁰¹.

A humanização autoriza o diagnóstico da realidade interna, demanda a conquista de valores que conduzem ao cultivo da consciência moral, da suscetibilidade ao sofrimento alheio, da sensibilidade, da experiência empática, da complacência ao envolvimento de culpa e à percepção da fragilidade humana, em especial quando enferma. Oliveira et al. afirmam que “Alguns pacientes sentem-se

¹⁹⁷ Cf. CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015, p. 18.

¹⁹⁸ OLIVEIRA et al., 2008, p. 180.

¹⁹⁹ OLIVEIRA et al., 2008, p. 180.

²⁰⁰ CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015, p. 15.

²⁰¹ OLIVEIRA et al., 2008, p. 183.

desconfortáveis durante a consulta quando o nutricionista tem uma posição distante e autoritária”²⁰².

Às vezes isso ocorre porque, conforme Cori, Petty e Alvarenga, a formação do nutricionista fundamenta-se enfaticamente no aspecto biológico das doenças e, assim, não o prepara na lida com situações comportamentais e psicológicas. Diante destas questões, o mais cômodo parece ser passar o problema para outro profissional, o da área psicológica²⁰³. O trabalho do nutricionista, nesse sentido, se fragmenta, restringe-se ao “modelo voltado para o alimento e para a doença, esquece o sujeito, suas crenças, sua história”²⁰⁴. Tânia Valente adverte o quão relevante é a religiosidade em relação aos pacientes, motivando-os para o tratamento. Ela humaniza e sensibiliza as relações entre os pacientes e os profissionais da saúde. Para Valente, ambos comungam

[...] de uma construção cotidiana conjunta de relações que se entrecruzam, na maioria das vezes, entre o saber-hegemônico do profissional de saúde e o paciente (cliente ou ‘usuário’) ‘vulnerabilizado’ pelas diversas realidades que os envolvem. Reconhecemos que na relação humana a prática de cuidado nem sempre tem apontado para um processo de humanização desejável, que por si só valoriza a alteridade, a liberdade de expressão, as adesões às práticas religiosas enquanto profissão de fé e a solidariedade entre as partes²⁰⁵.

Essa lacuna faz do profissional alguém insensível, alienado de outras questões pertinentes ao enfermo na sua integralidade – proposição que leva Gobato e Araújo a sugerirem pesquisas vindouras a abordarem com mais profundidade a temática do atendimento do profissional da saúde com foco na religiosidade/espiritualidade desses profissionais, “incluindo outros instrumentos que avaliem qualidade de vida e bem-estar espiritual”²⁰⁶ do paciente por estes atendidos. Também nessa direção, Passos orienta que se promova “a subjetividade que supera os individualismos; o diálogo que acolhe as alteridades religiosas e promova o ecumenismo que supera as intolerâncias [...]”²⁰⁷.

²⁰² OLIVEIRA et al., 2008, p. 183.

²⁰³ Cf. CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015, p. 15.

²⁰⁴ OLIVEIRA et al., 2008, p. 183.

²⁰⁵ VALENTE, Tânia C. O. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas, p. 85-97 *Interações: cultura e comunidade*, Belo Horizonte, Brasil, v. 11, n. 20, jul./dez. 2016, p. 93.

²⁰⁶ GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde, p. 11-34. *Psicologia*. USP, v. 24, n. 1, jan./abr., 2013, Instituto de Psicologia São Paulo, Brasil, 2013, p. 26.

²⁰⁷ PASSOS, 2004, p. 65.

Em síntese, a rejeição ao corpo, os riscos da obesidade e o insucesso das dietas nutricionais levam o obeso mórbido à Cirurgia Bariátrica como *tábua de salvação*, uma valiosa ferramenta de resultados rápidos e efetivos. São questões como essa que se discutem na terceira e última parte do desenvolvimento, englobando a complexidade dessas expectativas.



3 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA PESQUISA EMPÍRICA

Nesta parte procura-se, primeiramente, fazer uma descrição da natureza da pesquisa, dos métodos e técnicas de coleta de dados, justificando a escolha deles na investigação numa seção intitulada fundamentação metodológica. Em seguida, vem a caracterização dos sujeitos da pesquisa: como são, em sua maioria, as pessoas que de modo enfadonho e ousado buscam pela saúde mediada pela cirurgia bariátrica, que traz consigo uma gama de cuidados complexos com os quais o paciente tem de lidar após a cirurgia que dele requer esforços, muitas vezes, além do que ele tem para dar. Essa é uma das razões pelas quais se investiga a eficácia da contribuição da religiosidade em situações complexas de tratamento de saúde. Por fim, são apresentados os dados recolhidos – analisados, interpretados – e são demonstrados os resultados, conseguindo, assim, pelo cruzamento dos dados da pesquisa empírica com as falas dos teóricos consultados, perceber em que medida a religiosidade contribui para o enfrentamento das complexidades advindas de uma cirurgia bariátrica.

3.1 Fundamentação metodológica

Optou-se nesta pesquisa por uma metodologia de natureza qualitativa em razão de incitar a oralidade e a reflexão natural dos sujeitos acerca do tema em pauta e, dessa forma, compreendê-los melhor. Isento de estatísticas e/ou regras, a função do pesquisador é descrever, comparar e interpretar. Em vez da rigidez do controle dos respondentes, o pesquisador é alguém presente que com estes participa e interage mediante adoção de um referencial metodológico de investigação distinto daquele que se adota em pesquisas experimentais²⁰⁸.

Aqui se trata de uma pesquisa social, que busca a captação e a ratificação dos conhecimentos necessários para atingir os objetivos propostos e responder a contento a questão-problema que se levanta em uma investigação científica. Para tanto, buscou-se em Chizzotti a abordagem qualitativa, que “parte do fundamento de

²⁰⁸ Cf. CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998, p. 78.

que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”²⁰⁹.

Ensina Chizzotti que, nessa investida, o pesquisador assume a função de um sujeito observador em todo o processo de busca do conhecimento; ele é, pois, o intérprete a comentar e criticar o fenômeno em tela para a este atribuir os devidos significados. Também não há qualquer inércia sob a perspectiva do pesquisado, o qual não é concebido como elemento neutro; pelo contrário: é um manancial significativo entrelaçado numa malha intrincada de relações²¹⁰.

Considerando-se o critério de investigação da realidade, esta pesquisa é descritiva porque

[...] observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas, e cujo registro não consta de documentos.

[...]

Estudos descritivos: trata-se do estudo e da descrição das características. Comumente se incluem nesta modalidade os estudos que visam identificar as representações sociais e o perfil de indivíduos e grupos, como também os estudos que visam identificar estruturas, formas, funções e conteúdos. [...] trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade. Para viabilizar essa importante operação da coleta de dado, são utilizados, como principais instrumentos, a observação, a entrevista, o questionário e o formulário (Técnica de coleta de dados)²¹¹.

Procurou-se, então, adaptar os instrumentos de coleta de dados com a natureza qualitativa e descritiva da pesquisa. Em contato com os pesquisados, optou-se pelas técnicas da observação, do questionário (com questões fechadas²¹²) e da entrevista estruturada. Recorreu-se a Lakatos e Marconi, autoras que concebem a observação muito mais do que uma função visual e auditiva, mas uma técnica em que todos os sentidos se aguçam no exame de fatos/fenômenos na tentativa de extrair

²⁰⁹ CHIZZOTTI, 1998, p. 79.

²¹⁰ Cf. CHIZZOTTI, 1998, p. 79-80.

²¹¹ MANZOTO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa Santos. *A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa*, 17p. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017, p. 3-4.

²¹² Cf. o APÊNDICE.

informações de certos aspectos da realidade. Daí ser uma técnica fundamental de investigação científica em pesquisas empíricas²¹³. Mais que isso:

A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta [...] É o ponto de partida da investigação social²¹⁴.

Mas a observação além de ser o ponto de partida das pesquisas sociais é ainda o instrumento mantido no decorrer de toda a investigação, que, neste caso, foi a aplicação do questionário e da entrevista.

Praticou-se a observação desde o contato inicial – momento de solicitar a colaboração dos respondentes –, durante a aplicação dos instrumentos, até a despedida do pesquisador (questionário e entrevista). Em todo esse itinerário procurou-se examinar fatos e fenômenos sob a ótica científica, isto é, tentando captar quaisquer outros vestígios de constatação das informações ou de incoerência das respostas assinaladas no questionário e das falas dos respondentes registradas nas entrevistas.

Nesta pesquisa, foram investigados quinze pacientes submetidos à cirurgia bariátrica num município do estado do Rio de Janeiro, num hospital que realiza esse procedimento há mais de 10 anos, tendo já feito uma média de 100 cirurgias bariátricas por ano – sendo, portanto, uma referência nacional na área da Saúde.

Antes, porém, da aplicação dos instrumentos, foi esclarecido a cada um dos respondentes o porquê da pesquisa e lhes foi solicitada a sua colaboração. Respeitando a ética, suas identidades foram preservadas – o que lhes possibilitou maior tranquilidade e conforto, pois cada um foi representado como R (respondente), seguido de um número, respeitando a ordem em que foram pesquisados (por exemplo: R¹, R², R³).

Optou-se por aplicar o questionário com questões fechadas deixando as questões abertas para a entrevista estruturada. Na aplicação do questionário, esclarecem Manzoto e Santos: “o informante não poderá contar com explicações adicionais do pesquisador. Por este motivo, as perguntas devem ser muito claras e

²¹³ LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos da metodologia científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991, p. 190.

²¹⁴ LAKATOS; MARCONI, 1991, p. 191.

objetivas, para evitar interpretações errôneas, e não devem ser invasivas”²¹⁵, mas referentes a seu conhecimento e atitudes.

Utilizou-se para a coleta e análise dos dados a representação escrita em quadros “definidos como arranjo predominante de palavras dispostas em linhas e colunas, com ou sem indicação de dados numéricos. Diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico”²¹⁶. Neles, os dados são representados mediante um sistema de códigos para facilitar, sempre que necessário, a visualização tanto do todo do *corpus* quanto de cada parte em particular. Os dados são categorizados por um sistema de codificação seguido de legenda.

Propondo aprofundar no cerne do problema, a pesquisadora aplicou uma entrevista, fundamentando-se em Rudio, para quem esse instrumento permite um contato próximo entre entrevistador/entrevistado e é “de grande importância para motivar e preparar o informante, a fim de que suas respostas sejam realmente sinceras e adequadas”²¹⁷. Diferentemente de uma simples conversa, quando estruturada, a entrevista é orientada, com questões previamente pensadas, definidas, formuladas com finalidade específica a cada pesquisa. As perguntas são uma espécie de roteiro que atende a exatamente aquilo que o pesquisador quer saber, por isso “as perguntas devem ser padronizadas na medida do possível a fim de que as informações obtidas possam ser comparadas entre si”²¹⁸.

As entrevistas foram gravadas no áudio do celular e posteriormente transcritas literalmente para assim se coletar um discurso fluido e espontâneo, possibilitando a extração de uma gama de informações em contraponto ao número reduzido de perguntas. O tratamento dispensado aos dados daí emersos foram submetidos ao processamento da *análise de conteúdo* por ser esta uma abordagem que se afina às pesquisas qualitativas e cujo desenvolvimento se opera em três domínios de esclarecimento: categorização, descrição e interpretação – chegando, portanto, pela indução e intuição, a significados transcendentais à rasa leitura, uma vez que atinge “níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos que se propõe a investigar”²¹⁹. Ocorre

²¹⁵ MANZOTO; SANTOS, 2017, p. 11.

²¹⁶ CUENCA, Angela Maria Belloni et al. *Guia de apresentação de teses*. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca, 2008, p. 44.

²¹⁷ RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 1992, p. 28.

²¹⁸ GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 124.

²¹⁹ MORAES, Roque. Análise de conteúdo, p. 7-32. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999, p. 2.

[...] uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados. Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura se constitui numa interpretação. Esta questão de múltiplos significados de uma mensagem e das múltiplas possibilidades de análise que possibilita está muito intimamente relacionada ao contexto em que a comunicação se verifica²²⁰.

Com a posse dos dados brutos, a pesquisadora procurou descortinar aspectos referentes ao problema e aos objetivos traçados pela análise do conteúdo, processando-os e assim possibilitando a compreensão, interpretação e inferência deles emanados. Nesse momento, foi preciso estar bem atento aos pressupostos “como suporte de captação dos sentidos simbólicos, os quais não raro manifestam-se opacos e ambíguos”²²¹.

3.2 Caracterização dos sujeitos e itinerário da pesquisa

Antecedendo o início da pesquisa empírica, a pesquisadora preocupou-se com a seleção dos sujeitos informantes. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e na área das Ciências das Religiões, optou-se por abranger 3 tipos de religião (cristã, espírita e de matriz africana) totalizando 15 respondentes (5 de cada tipo). Convém esclarecer que numa pesquisa qualitativa não é conveniente se trabalhar com um número significativo de informantes, porque a análise realizada demanda um aprofundamento interpretativo que, se feito com um contingente numeroso, exaure o pesquisador tendo como consequência queda na qualidade da análise. Aliás, uma das grandes diferenças dessa pesquisa da quantitativa, como explica Guilhoto, fundamentando-se no teórico metodológico Platoon, é a amostragem, pois

Enquanto os estudos qualitativos se preocupam, basicamente, com o estudo em profundidade de amostras pequenas e até únicas (n=1) selecionadas intencionalmente, os estudos quantitativos dependem de grandes amostras selecionadas aleatoriamente que possibilitem inferências e generalizações para toda a população (Grifos nossos)²²².

²²⁰ MORAES, 1999, p. 3.

²²¹ MORAES, 1999, p. 3.

²²² GUILHOTO, Lúcia de Fátima Martins. Cap. IV – Metodologia e método de pesquisa, p. 149-162. In: *O uso da internet para a oferta diferenciada de serviços a clientes corporativos: um estudo exploratório no setor de telecomunicações*. Administração. São Paulo, 2012, p. 162.

Embora qualitativa, recorre-se a números nesta pesquisa, não com finalidade estatística, mas para indicar recorrência de certos aspectos caracterizadores de um ou outro quesito evidenciado.

Isto posto, a pesquisa iniciou-se com a aplicação do questionário para que se pudesse caracterizar os sujeitos dos quais o que já se sabia é que eram pessoas obesas submetidas à cirurgia bariátrica.

O local de contato com elas foi a sala de recepção do hospital onde aguardavam para serem atendidas. Naquele momento, a pesquisadora apresentava-se como mestranda e lhes perguntava há quanto tempo haviam operado (sendo mais de dois anos, encerrava-se ali a fala) e se elas se importavam de conceder uma entrevista. Nessa ocasião ninguém se recusou – o que possibilitou a anotação do telefone e endereço dessas pessoas.

A partir daí, procedeu-se aos telefonemas para agendar a aplicação dos instrumentos. Não foi uma tarefa fácil, pois muitos estranhavam a situação. A pesquisadora iniciava o diálogo dizendo que seria preservada sua identidade e esclarecendo melhor que a finalidade da pesquisa (que contava com uma parte empírica) era a elaboração de uma dissertação na área das Ciências das Religiões, por isso a primeira pergunta (antes mesmo da aplicação do questionário) era o tipo de religião deles. Isso foi imprescindível, nesse momento, para a formação dos 3 grupos priorizando, como já se disse, a data de submissão à cirurgia. Nesse processo de triagem, 15 foram selecionados e 12 descartados, pelo fato de não se ter conseguido contato com 3 deles, apesar de várias tentativas telefônicas.

Feita a seleção, num período de 12 dias, deu-se início à aplicação dos instrumentos: 7 na residência deles e 13, antes ou depois de alguma consulta (ao médico ou ao nutricionista). Esse processo se deu em 42 dias, um tempo maior do que o que estava estabelecido no cronograma (30 dias) – ora por conta da agenda da pesquisadora, ora pela alteração de data da consulta.

Após o encontro com cada um deles, a pesquisadora (num primeiro momento oportuno) registrava como ocorrera o evento, como fora recebida, como se comportava o informante durante o processo da aplicação dos instrumentos. Vários dos dados dessa observação foram úteis na complementação de alguns pontos da análise interpretativa dos dados.

O questionário foi aplicado primeiro. Lembra-se que suas questões foram fechadas – o que é muito apropriado para pesquisas quantitativas. Mas, neste caso,

as questões abertas vieram em seguida na entrevista enriquecendo o acervo das informações necessárias a encontrar respostas ao problema em foco. O primeiro bloco de questões do questionário teve a finalidade de, tão somente, caracterização do perfil dos informantes e sua representação no Quadro 1, seguido das devidas descrições.

Quadro 1 – Perfil dos respondentes desta pesquisa

Respondentes	R ¹	R ²	R ³	R ⁴	R ⁵	R ⁶	R ⁷	R ⁸	R ⁹	R ¹⁰	R ¹¹	R ¹²	R ¹³	R ¹⁴	R ¹⁵
1 Sexo F); (M)	F	M	F	M	M	F	F	M	M	M	F	M	M	F	M
2 Idade	37	30	38	48	54	37	24	42	34	21	37	57	55	39	43
3 Estado civil ¹	S	C	C	C	V	O	C	S	C	S	S	C	C	C	C
4 Nível de escolaridade ²	M	M	M	M	I	S	M	I	I	M	S	I	S	S	S
5 Profissão ³	A ^c	P ^d	S ^g	G ^e	A ^c	A ^d	P ^r	P ^r	C ^z	E ^s	I ^b	E ^m	M ^a	D ^l	A ^r
6 Religião ⁴	E	E	E	E	A	A	A	A	A	E	C	C	C	C	C

Fonte: Produção do pesquisador

Legendas:

¹ Solteiro (S); Casado (C); Viúvo (V); Outros (O)

² Ensino Médio (M); Ensino Médio Incompleto (I); Ensino Superior (S)

³ Auxiliar de Cozinha (A^c); Pedreiro (P^d); Serviços Gerais (S^g); Gerente (G^e); Advogada (A^d); Professor (P^r); Cozinheiro (C^z); Estudante (E^s); Instrutor de Beleza (I^b); Empresário (E^m); Manicuro (M^a); Do lar (D^l); Arquiteto (A^r).

⁴ Cristã (C); Matriz Africana (A); Outras (O)

Exceto a obesidade e suas complicações, o que caracteriza superficialmente o perfil do grupo de 15 pesquisados é exatamente não ter perfil definido. Trata-se de um conjunto (6 mulheres e 9 homens) essencialmente heterogêneo. Entretanto, não há entre eles uma discrepância considerável de idade: o mais novo com 21 anos e o mais idoso com 57 (A média de idade deles é 39.8). Também, a despeito de serem pessoas maduras, ainda são jovens, isto é, não fazem parte da condição conhecida como *terceira idade*.

Exceto esse dado, o grupo se compõe de muitas variações. Por exemplo:

1 Estado civil: 1 viúvo, 4 solteiros, 9 casados, 1 não definido.

2 Nível de escolaridade: 4 não completaram o ensino médio, 6 o completaram e 5 têm nível superior.

3 Profissão: 2 auxiliares de cozinha e 2 professores. As demais não se repetem: pedreiro, serviços gerais, gerente, advogada, cozinheiro, instrutor de beleza, empresário, manicuro, do lar, estudante, arquiteto.

4 Religião: 5 cristãos, 5 de matriz africana e 5 espíritas.

Essas características provam que a obesidade não escolhe pessoas, atinge qualquer idade, gênero, estado civil, nível de escolaridade, profissão, religião. O que identifica o obeso são, conforme Araújo, Pena e Freitas, relatos de entrevistados que ficam circulando em torno de “constrangimento e estigma, culpa e sofrimento por não ‘caber’ na sociedade”²²³, sem contar o *bullying* que sofre.

Delineado o perfil dos informantes, passa-se à análise interpretativa e discutida dos dados provenientes dos outros dois blocos do questionário e da entrevista.

3.3 Análise, interpretação e discussão dos resultados dos dados

O Quadro 2, correspondente ao segundo bloco do questionário, representa o perfil religioso dos respondentes; logo a seguir, vem a descrição analítica e interpretativa destes dados. Pela leitura panorâmica dos códigos do quadro, pode-se detectar bastante homogeneidade no grupo, diferentemente do que se detectou no quadro anterior.

Quadro 2 – Perfil religioso dos respondentes

Respondentes	R ¹	R ²	R ³	R ⁴	R ⁵	R ⁶	R ⁷	R ⁸	R ⁹	R ¹⁰	R ¹¹	R ¹²	R ¹³	R ¹⁴	R ¹⁵
1 Ação da religiosidade na lida com estresse e problemas de saúde	S	S	S	S	±	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2 Crença de cura pela religiosidade/espiritualidade	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N	S	S	S
3 Ação da religiosidade afetando decisões médicas e/ou tratamento	N	N	N	N	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N
4 Influência da religiosidade no processo pós-cirúrgico	S	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	S	S	S	N
5 Influência de religiosidade do nutricionista	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N

Fonte: Produção do pesquisador

Legenda: Sim (S); Não (N); Mais ou menos (±)

²²³ ARAÚJO; PENA; FREITAS, 2014, p. 2789.

No tocante ao perfil religioso dos respondentes, pode-se dizer que todos eles demonstraram ter religiosidade. Foram quase unânimes em dizerem acreditar na interveniência da religiosidade em situações de estresse e problemas de saúde – o que se coaduna com o que diz Koenig: “os aspectos psicológicos, sociais e religiosos da vida humana podem afetar o corpo físico”²²⁴. Assim, apenas 1 disse crer *mais ou menos*²²⁵ nisso. Essas respostas têm ponto de contato com a crença na cura pela religiosidade/espiritualidade, pois 11 creem nesse poder.

O plano físico pode interferir de modo contundente no espiritual – motivo que leva muitos à busca de uma religião. Nesse sentido, “sonhar é uma atividade saudável e necessária, e mesmo ‘curativa’”²²⁶, segundo Erikson. Este autor ainda diz que a religiosidade faz uso de “um processo análogo ao do sonho, reforçado em determinados momentos e contextos culturais pelo gênio coletivo de poesia e arte, que fornecem ‘sonhos cerimoniais’ de grande poder curativo”²²⁷.

Também Tânia Valente afirma que

Estudos de metanálise mostram que pessoas com alto índice de religiosidade/espiritualidade apresentam uma redução de 18% em suas taxas de mortalidade, muito semelhante ao impacto do consumo de frutas e vegetais para evitar doenças cardiovasculares, ou ao uso de estatinas para controlar dislipidemias²²⁸.

O nível intelectual dos respondentes não apresentou qualquer relação com o fato de se apegar mais ou se apegar menos a questões religiosas. Dos 4 que se declararam menos apegados, 3 deles não têm o ensino médio e 1 tem curso superior; portanto, o nível intelectual não tem relação com maior/menor inclinação religiosa.

A investigação revelou que a religiosidade/espiritualidade não os envolve a ponto de se desviarem de tratamentos e prescrições médicas. Ela é importante sim em suas vidas, em seu bem-estar, na superação de problemas cotidianos e até eventuais. A propósito, não é só isso:

Estudos recentes demonstram que pessoas com maior religiosidade ou espiritualidade possuem maior bem-estar geral, menor prevalência de depressão, menor abuso de drogas ilícitas e lícitas, menor incidência de

²²⁴ KOENIG, 2017, p. 4.

²²⁵ Sublinha-se que não havia essa opção para assinalar no questionário. Mas R⁵, escreveu ao lado: *mais ou menos*.

²²⁶ Interpretado por DALGALARRONDO, 2008, p. 64.

²²⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 64.

²²⁸ VALENTE, 2016, p. 92.

suicídio, melhor qualidade de vida, maior sobrevida e menor tempo de internação, dentre outras associações²²⁹.

Mais uma vez, o nível de escolaridade não teve influência sobre o elo à religiosidade, pois dos 5 discordantes, 3 têm curso superior, mas 2 sequer tem o ensino médio. Reiterando: a religiosidade do grupo é um fenômeno recorrente, mas não o suficiente para afetar decisões médicas e/ou tratamentos, como confirmaram 10 respondentes. Esses dados diferem do que afirma Tânia Valente. Para ela,

A dimensão da religião/espiritualidade na vida do paciente e dos profissionais de saúde também intervêm nos desfechos clínicos: crenças e conceitos dessa natureza influenciam na tomada de decisões em saúde, onde podem ocorrer situações conflitantes, como procedimentos clínicos que podem ir contra os princípios morais/religiosos de uma das partes (ex.: aborto, uso de anticoncepcionais). Tais eventos lembram que nem toda relação espiritualidade/religião/religiosidade-saúde caminha de forma harmônica e dialógica, sendo evidente que nos processos que envolvem o diálogo entre esses campos, surja o confronto e a discussão diante de questões existenciais como a morte, o luto, as decisões diante dos dilemas bioéticos relacionados à ortotanásia e à distanásia, a comunicação de notícias difíceis, entre outros²³⁰.

A propósito esclarece-se que, quando os pesquisados foram selecionados para formarem 3 grupos de 5 respondentes – cada grupo com pessoas se declarando com um tipo de religião (cristã, espírita e de matriz africana) –, esta seleção foi feita acreditando-se que as respostas dos grupos fossem coincidentes no que tocasse à religiosidade, caracterizando-os em algum(ns) ponto(s) – o que não ocorreu. Não houve, entre os elementos de cada grupo, similaridade em suas respostas.

Já que “a religião se define como um sistema de crenças, caracterizada por rituais e valores a serem adotados por uma comunidade”²³¹, esperava-se que as pessoas de um mesmo credo tivessem certa similaridade em seu modo de pensar e em suas atitudes. Entretanto, nesta pesquisa, o pertencimento a um credo não influenciou num modo parecido de pensar, não foi relevante para determinar qualquer categoria. Por esse motivo, não se tocará mais nesse particular (tipo de religião).

Sublinha-se que a única questão do segundo bloco que dividiu opiniões foi a de número 4, acerca da influência da religiosidade nos embates do processo pós-

²²⁹ SOUZA TOMASSO, Cláudia de; BELTRAME, Ideraldo Luiz; LUCCHETTI, Giancarlo. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde, p. 1-8. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 5, out. Universidade de São Paulo São Paulo, 2011, p. 2.

²³⁰ VALENTE, 2016, p. 92-93.

²³¹ VALENTE, 2016, p. 86.

cirúrgico: 7 são influenciados e 8 não se deixam influenciar. Sobre esse aspecto, é muito recorrente os teóricos dizerem que é muito comum em situações de fragilidade, vulnerabilidade as pessoas recorrerem a algo transcendente, o que ocorre amiúde quando se trata de problema de saúde.

Com efeito, os pacientes portadores de doenças crônicas e muitas vezes incuráveis apegam-se à fé, à espiritualidade ou religiosidade como forma de encontrar um apoio, um fortalecimento para o confronto com a enfermidade e até mesmo um alívio para sua dor. Daí a busca pela espiritualidade, isto é, por “um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal”²³², ou pela religiosidade (envolvimento sistemático “de culto e doutrina compartilhados por um grupo”²³³). Ambas são buscadas como suporte terapêutico. Foi quase uma unanimidade as respostas que não atribuíram consideração à religiosidade do nutricionista. Só 2 acharam importante a influência dela por parte desse profissional. Sob esse aspecto, o ponto de vista de muitos teóricos é discordante destes. Segundo o estudioso Koenig,

[...] as descobertas de pesquisa têm implicações para os profissionais da saúde, sobretudo no reconhecimento das muitas formas em que crenças religiosas podem influenciar a assistência médica, a adesão do paciente e as decisões médicas. São motivos importantes para que os profissionais da saúde prestem atenção às necessidades espirituais de pacientes e estejam cientes dos limites e das limitações nessa área²³⁴.

E, assim, volta-se, agora, ao terceiro bloco do questionário, aos dados mais específicos envolvendo a cirurgia bariátrica, seguindo a mesma padronização, isto é, apresentando na sequência o Quadro 3 com as respectivas descrições analíticas e interpretativas.

Quadro 3 – Os respondentes e a cirurgia bariátrica

Respondentes	R ¹	R ²	R ³	R ⁴	R ⁵	R ⁶	R ⁷	R ⁸	R ⁹	R ¹⁰	R ¹¹	R ¹²	R ¹³	R ¹⁴	R ¹⁵
1 Ciência antes da cirurgia sobre mudanças de imagem corporal e hábitos alimentares ¹	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
2 Motivo da cirurgia ²	S	O	SB	S	S	S	SE	S	SB	SE	SB	S	S	SB	S
3 Diagnóstico de indicação ³	O	D	O	D	DAS	HD AS	HD	HD AS	D	HA	O	HDA	HD	HD	HS

²³² GUIMARÃES, Hélio Penna.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física, p. 88-94. Revista *Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1, 2007, p. 89.

²³³ GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p. 89.

²³⁴ KOENING, 2017, p. 6-7.

4 Tempo pós-cirúrgico ⁴	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+
5 Significado da cirurgia ⁵	S	C	SC	S	U	SU	S	S	SU	S	S	S	SU	S	S
6 Peso atual	57	60	50	62,5	89	73	63	59	83	75	76	77	76	67	67
7 Doenças após a cirurgia ⁶	A	H	A	A	A	A	A	A	D	A	A	-	AD	A	-

Fonte: Produção do pesquisador

- Legendas:
- ¹ Sim (S); Não (N)
 - ² Saúde (S); Estética (E); Baixa autoestima (B); Outras (O)
 - ³ Hipertenso arterial (H); Diabetes (D); Ansiedade (A); Apneia do Sono (S); Outros (O)
 - ⁴ Mais de 1 ano (+); Menos de 1 ano (-)
 - ⁵ Saúde (S); Escolha certa (C); Opção Única (U)
 - ⁶ Hipertensão leve (H); Anemias (A); Desnutrição (D); Outras (O)

Por uma leitura mais horizontal do Quadro 3, pode-se antecipar que há mais aspectos convergentes que divergentes dos dados acima, a começar pela primeira questão do terceiro bloco, sendo este exclusivo sobre a cirurgia bariátrica e o processo pós-cirúrgico. O paciente deve ser orientado antes da cirurgia acerca da pós-cirurgia sobre riscos muito frequente como, por exemplo, a alopecia (“deficiência de zinco, proteínas ou ácidos graxos essenciais”²³⁵). O paciente fica propenso ao vômito ao sair da dieta e retornar aos hábitos anteriores ingerindo grande quantidade de alimentos em intervalos curtos de tempo, doces concentrados, alimentos gordurosos, pouca mastigação. Isso e muito mais é passado para ele antes da cirurgia.

Já em decorrência do excesso de consumo “de carboidratos simples (resultado da síndrome de *dumping*) e alimentos gordurosos, devido à exclusão do duodeno e maior parte do jejuno proximal”²³⁶ vem a diarreia. Pode ainda ocorrer intolerância a certos alimentos mais pesados, como a carne vermelha, por exemplo. “A intolerância da carne é esperada devido à gastrectomia parcial com consequente alteração na produção de pepsina principal responsável pela digestão das proteínas”²³⁷.

Dos 15 respondentes 2 apenas disseram não ter tomado conhecimento antes da cirurgia sobre mudanças de imagem corporal e hábitos alimentares. Fato realmente estranho, considerando-se que não se trata de uma intervenção trivial, mas um procedimento invasivo, de grandes riscos e, portanto, difícil de entender, pelo menos

²³⁵ SILVA et al., 2014, p. 37.

²³⁶ SILVA et al., 2014, p. 37.

²³⁷ SILVA et al., 2014, p. 37.

à primeira vista. Talvez o que possa explicar isso é levando em consideração o perfil de cada um (R⁵ e R¹³), ambos de idade acima da média do grupo. R¹³, porém, na observação da pesquisadora, após ter respondido ao questionário e a entrevista, deixou escapar de sua fala – com outras pessoas com quem conversava – que sabia das mudanças pelas quais seu corpo passaria, mas não na intensidade e celeridade ocorridas. *Foi um susto*, disse ele.

De fato, parece que houve aí certa despreocupação com o corpo e suas complexidades. Hoje, e principalmente para quem está em processo de recuperação de uma cirurgia tão invasiva quanto à bariátrica, é preciso cuidar do corpo.

Valorizar o corpo significou ampliar o seu conceito, compreendendo-o para além de um mero espaço físico ocupado por um conjunto de órgãos, pois passa a ser nele o lugar em que se dá, se realiza e se manifesta não só as suas aptidões e contingências físicas, mas também e sobretudo o conjunto complexo de reciprocidade e inter-relações entre as emoções, a sexualidade, sentimentos, os pensamentos e os desejos humanos, tornando assim a noção ou mesmo o conceito de 'corpo' em algo eminentemente rico e complexo²³⁸.

Já sobre outro aspecto, a pesquisa apenas sustentou o que outras pesquisas na área já apontaram: o porquê que leva a grande maioria das pessoas a se submeter a essa cirurgia é a saúde, em razão da péssima QV de muitos obesos. Acompanhando esse motivo vem a baixa autoestima, por não conseguirem se encaixar na sociedade que cultua o corpo delgado, enxuto, esguio; e, nesse mesmo campo semântico, está a questão da estética. Prova disso é que dos 15 respondentes só 1 assinalou outros motivos que não fosse a saúde; 4 associaram a ela a baixa autoestima e 2 a estética.

A expectativa de melhoria na QV representa um dos principais motivos para pacientes que procuram o controle da obesidade por intermédio da cirurgia bariátrica.

Entre os obesos mórbidos, há a expectativa de que a redução do peso e o desaparecimento ou a diminuição dos sintomas associados à obesidade após a cirurgia bariátrica poderão resultar em melhora da qualidade de vida, manifestada no desempenho do trabalho, no relacionamento social e na rotina diária, como, por exemplo, vestir uma roupa ou ser visualizado por outrem²³⁹.

O diagnóstico médico recorrente e indicativo da necessidade da referida cirurgia nos pacientes pesquisados foi, em primeiro lugar, a diabetes (10 assim o informaram); em segundo, foi a hipertensão (8 assinalaram); depois, a ansiedade (5);

²³⁸ LIMA, 2013. p. 3.

²³⁹ BARROS et al., 2015, p. 313.

por fim, a apneia do sono (4). Frisa-se que R⁶ e R⁸ assinalaram o conjunto dessas quatro doenças; R⁵ e R¹² assinalaram três delas; R⁷, R¹³ e R¹⁴ marcaram duas doenças.

A despeito do sonho do corpo perfeito ou, pelo menos, “normal”, sem exageros, discreto, o que mais incomoda os pesquisados é, primeiramente, a busca pela saúde. Com isso, crescem vertiginosamente setores profissionais pertinentes ao corpo, desde a estética, que vão de cursos técnicos a cursos superiores, com uma gama de profissionais no mercado de áreas específicas da estética – até as específicas da saúde: “nutricionistas, esteticistas, *personal trainer*, dermatologistas, cirurgiões plásticos, massagistas, *personal stylist* e terapeutas corporais”²⁴⁰, formando um rol de especialistas em rejuvenescimento, embelezamento e QV.

“Sabe-se que algumas comorbidades são preditoras para complicações e mesmo óbito em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica”²⁴¹, por isso tão relevante é conhecer seu “perfil antropométrico e de comorbidades”²⁴², uma vez que a confluência de comorbidades concomitantes aumenta sobremaneira o risco de mortalidade pós-cirúrgica.

Surpreenderam as respostas de R¹ e R³, os quais não assinalaram nem uma dessas doenças tão recorrentes no processo de recuperação dessa cirurgia, mas marcaram o item *outras*. Esclarece-se que os respondentes ainda estão em processo de tratamento/recuperação: 9 ainda não completaram um ano de pós-operatório, portanto ainda correm muitos riscos.

Buchwald et al. descreveram comorbidades associadas significativamente à mortalidade pós-operatória e incluíram hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, doença cardíaca isquêmica, diabetes, hiperlipidemia, síndrome de hipoventilação, hipertensão pulmonar, doenças hepáticas, comprometimento psicossocial, hérnia abdominal e estado funcional comprometido. Outros autores, em estudos menores, corroboraram esses achados. Hipertensão e diabetes também foram destacados como fatores de risco por Morino et al.²⁴³.

Infere-se que as expectativas dos respondentes foram atingidas pelas respostas assinaladas sobre o significado da cirurgia em sua vida, que se relaciona

²⁴⁰ TRINCA, 2008, p. 5.

²⁴¹ KELLES, Silvana Marcia Bruschi et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática, p. 1587-1601. Cad. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(8), ago. 2015, p. 1588.

²⁴² KELLES, 2015, p. 1588.

²⁴³ KELLES, 2015, p. 1597.

primeiramente à saúde. Só 2 não assinalaram *saúde*, mas sim *escolha certa e opção única* – o que não deixa de subtender aí a saúde. Também, a saúde pode estar representada na média de peso do grupo: 68.9 Kg. Não que isso seja suficiente para tal consideração. Mas é um indicativo positivo.

Verificou-se que, após a cirurgia, outras doenças surgiram. As mais recorrentes são as anemias declaradas por 11 respondentes. Só não registraram anemias estes respondentes: R² (apresentou hipertensão leve); R⁸ e R¹³ (registraram desnutrição); R¹² e R¹⁵ (nada assinalaram nesta questão).

Como se vê, o pós-operatório também pode trazer complicações nutricionais “devido à redução do consumo alimentar e menor absorção dos nutrientes”²⁴⁴. Instaura-se a “desnutrição proteica e deficiência de vitaminas e minerais”²⁴⁵. O paciente perde rapidamente de 50 a 60% de seu peso entre um ano e meio e dois anos – uma alteração abrupta.

Em contrapartida, “a cirurgia bariátrica favorece o aumento da percepção dos indivíduos sobre o seu estado de bem-estar e a melhora da qualidade de vida”²⁴⁶. E, mais que isso, “Além da perda ponderal, os indivíduos que se submetem à cirurgia bariátrica apresentam mudanças no estilo de vida e melhora na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relação social”²⁴⁷. Essa mudança inclui a prática de exercícios físicos colaborando substancialmente na “melhora no desempenho físico”²⁴⁸.

Após a análise de dados do questionário, em que foram trabalhadas apenas as questões fechadas, parte-se para a análise dos dados da entrevista semiestruturada. Ela fora gravada. Constou tão somente de duas questões: 1 *Que importância tem a religiosidade/espiritualidade na sua vida?* 2 *Como gostaria que o profissional da saúde (em especial o nutricionista) considerasse a questão da religiosidade/espiritualidade no seu tratamento pós-cirúrgico?*

²⁴⁴ SILVA, Paulo Roberto Bezerra da et al. Estado nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, p. 35-38. *ABCD Arq Bras Cir Dig*; 27 (Suplemento 1): 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00035.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017, p. 36.

²⁴⁵ SILVA et al., 2014, p. 36.

²⁴⁶ BARROS et al., Lívia Moreira et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, p. 312-321. *A Revista Eletrônica de Enfermagem*. 17 (2) abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017, p. 321.

²⁴⁷ SILVA et al., 2014, p. 36.

²⁴⁸ SEGURA, Dora de Castro Agulhon et al. Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e hábitos de atividade física pós-cirurgia, p. 12-19. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*. v.9, n.1, dez. 2014/fev. 2015, p. 18.

Primeiramente, convém reiterar que a pesquisadora fez uso da observação enquanto aplicava os instrumentos (questionário e entrevista) a cada pesquisado. Nesse empenho, foi sempre bem recebida pelos respondentes, mas notou que uma grande maioria se sentia inibida, não tanto em responder o questionário, mas sim a entrevista.

Pediu-se a permissão para fazer a gravação em áudio por celular. Ainda que se trate de um aparelho tão comum hoje, muitos se inibiram e falaram muito pouco. Os mais falantes foram R⁶, R¹¹, R¹⁴ e R¹⁵. O que há de semelhante entre eles é todos terem curso superior, a mesma faixa etária (37; 37; 39, 43 anos), 3 serem mulheres. O R² mostrou-se apressado dizendo que teria que sair. R¹⁰ manifestou ter dificuldade para se expressar e demonstrou no olhar um ar de tristeza, desânimo. Apesar da postura de R² e R¹⁰, em momento algum foram indelicados.

Fazendo uso da metodologia da análise do conteúdo sobre o discurso da entrevista, mas associando-o com as respostas do questionário e com o que se descortinara por meio da técnica da observação, foi possível desvelar estas categorias:

- a) *A religiosidade/espiritualidade é um apoio para o obeso enfrentar a cirurgia bariátrica e lidar com a complexidade do processo de recuperação pós-cirúrgica.*
- b) *O obeso busca a cirurgia bariátrica muito mais em razão da QV do que por questões estéticas, criando expectativas muitas vezes decorrentes do apego à religiosidade/espiritualidade.*
- c) *Problemas estressantes, de saúde e de baixa autoestima do obeso são aliviados quando recorre à religiosidade/espiritualidade.*
- d) *A religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista ou outros profissionais da saúde não interfere no tratamento para com o obeso.*

Essas categorias estão intertextualizadas no discurso abaixo, sendo fácil detectá-las nas argumentações do restante desta subseção.

Adentrando no conteúdo das questões, logo se percebe que o grupo como um todo não distingue fé, religião, religiosidade, espiritualidade. R⁸ diz: *A fé e a religião são uma coisa só.* Apenas 2 respondentes não consideraram fé sinônimo de religiosidade/espiritualidade.

Interessante pontuar que não havia a palavra *fé* nas perguntas, mesmo assim muitos as respondiam utilizando o referido termo. De fato, “Repetidamente temos visto

os conceitos Religião, Religiosidade e Espiritualidade serem utilizados de forma equivalente”²⁴⁹.

Dos entrevistados, apenas R⁵ não manifestou ser importante em sua vida a religiosidade/espiritualidade. Disse que *não tem tanta importância a religião e a fé*, mas nem por isso ele é insensível a esse lado religioso e espiritual, pois tem uma religião, ainda que nem sempre a ela recorra, nem mesmo ao lidar com estresse, problemas de saúde nem no processo de recuperação da cirurgia. Este, entretanto, é um caso isolado no grupo, o que leva à inferência de que os demais tomam a espiritualidade (experiência da religiosidade) como norte em suas vidas, pois, quando a ela referiam o faziam com expressividade (mas utilizando o termo fé).

Eis alguns fragmentos de suas respostas:

R1: A fé faz termos a esperança de conseguirmos as coisas.

R2: É importante a fé para dias melhores.

R3: A fé me faz ser um ser humano bom, correto, honesto e cumprir os meus deveres de acordo com os propósitos de Deus.

R4: A religiosidade tem completa importância na minha vida. Sem ela nada sou.

R5: Religião é a base de tudo. Ela está me ajudando muito neste momento.

R6: Sem fé não há como ser nada nem ninguém nem como enfrentar essa batalha.

R7: O ser humano tem que ter fé e religião.

R8: Fé é a base de tudo na vida. Ela me deu força antes e agora depois da cirurgia.

R9: Minha crença é de fundamental importância, pois sem Deus não sou nada, é como o ar que respiro.

R10: A fé em Deus é essencial. Me sinto renovada e restaurada todos os dias.

R11: A fé me faz ter a certeza de que coisas melhores virão.

R12: Não tem como viver sem fé e sem Deus. Como ia enfrentar todos esses problemas?

R13: Ajuda nas decisões certas da vida e suas consequências, como está me ajudando agora e sempre.

No grupo estudado, a religiosidade/espiritualidade é essencial na vida dos respondentes. Entretanto, triangulando esses dados com o que se observou *in locu* e com o que foi assinalado no questionário, essa religiosidade não é o bastante para que os respondentes, em sua maioria, deixem de seguir orientação/prescrição/tratamento médico por conta de que essa religiosidade possa sozinha curá-los, recuperá-los no processo de recuperação pós-cirúrgica.

²⁴⁹ VALENTE, 2016, p. 86.

Ainda que se trate de um grupo que está sempre lançando mão do poder da religiosidade, sobre a questão 2²⁵⁰, ficou evidente que, em sua maioria, os entrevistados (9) não fazem questão de que o profissional da saúde (como o nutricionista, por exemplo) seja alguém religioso:

- R1: *Para mim, cada um deve ficar na sua. Não acho que isso tem importância.*
 R2: *Nunca pensei nisso. Independente, indiferente.*
 R3: *O médico tem que agir normal. Nada de religião.*
 R4: *Pra mim o médico tem que exercer bem a sua especialidade. E só.*
 R5: *Sei lá, tanto faz.*
 R6: *Não vejo importância, mas sim que ele tenha capacitação e sabedoria na atuação de sua profissão.*
 R7: *Não tem nada a ver.*
 R8: *Ah, isso eu não sei não.*
 R9: *Não tem influência.*

Inversamente, coletou-se de 6 entrevistados fragmentos como:

- R10: *Gostaria sim que olhasse o outro além da matéria, olhasse a alma.*
 R11: *Nunca pensei por esse lado, mas deve ser importante.*
 R12: *Como mais uma ajuda extra nessa caminhada.*
 R13: *Uma fé constante em Deus, pois é Deus que capacita os profissionais.*
 R14: *Como palavras de motivação.*
 R15: *Orando por mim.*

Há uma incoerência na resposta de parte destes 6 em relação ao que assinalaram no questionário, pois apenas 2 deles valorizaram a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista. Daí se depreende que, de modo geral, eles não haviam (antes da pesquisa) refletido sobre esse aspecto do profissional da saúde. Diferente do que apresenta Tânia Valente:

A partir dos anos 80 [século XX] a temática religião/espiritualidade (R/E) começa a ocupar espaço na área da saúde. Os esforços bem sucedidos de Puchalski nos anos 90 para inclusão da espiritualidade no currículo das escolas médicas americanas, divulgando sua experiência de ensino na George Washington University contribuíram para o aumento do interesse no assunto²⁵¹.

Apesar da idealização de um corpo que não chame a atenção (não necessariamente *perfeito*), o que prioritariamente inquieta os obesos é uma saúde de qualidade, conforme se verifica no grupo estudado de pacientes submetidos à cirurgia

²⁵⁰ Relembrando: *Como gostaria que o profissional da saúde (em especial o nutricionista) considerasse a questão da religiosidade no seu tratamento pós-cirúrgico?*

²⁵¹ VALENTE, 2016, p. 92.

bariátrica em que dos 15 respondentes apenas 1 se manifestou se tratar de outros problemas, e não tendo a saúde como prioritária.

Associado à saúde, 1 respondeu que a estética também o motivou à busca ao procedimento cirúrgico e 3 associaram a saúde à questão da baixa autoestima, o que significa também não gostar do corpo obeso. Entretanto evidencia-se a sobreposição da saúde em detrimento das demais razões motivadoras para tal atitude.

A obesidade mórbida, de fato, gera uma conjuntura com elevada morbidade e mortalidade agregadas à deterioração da qualidade de vida, resultando no frequente desenvolvimento de comorbidade, na perda da expectativa de vida, sem contar a vulnerabilidade a tratamentos menos invasivos fracassados.

Assim, a cirurgia bariátrica emerge como única alternativa que promete eficácia e, por conseguinte, QV:

[...] produto da interação entre as expectativas e realizações de uma pessoa e só pode ser descrita e medida em termos individuais. Assim, quanto menor for a capacidade de um indivíduo para realizar suas expectativas, mais pobre será sua QV²⁵².

Enfim, a pesquisa empírica demonstrou o quanto as expectativas do portador de obesidade mórbida encontram na religiosidade/espiritualidade coragem para se submeterem à cirurgia bariátrica a despeito de todas as suas complexidades pós-cirúrgicas que podem até levar a óbito o paciente. Mas, vale a pena tentar salvaguardar a saúde, conquistar a QV e deixar de se ver como alguém com o corpo fora dos parâmetros *impostos* pela sociedade, mas sim dentro do padrão que funciona como passaporte para a sua inclusão social.

²⁵² SINZATO, 2007, p. 41.

CONCLUSÃO

Sendo o ser humano simultaneamente pluridimensional, se afetado em algum(ns) de seus aspectos, o todo desequilibra-se propiciando, muitas vezes, a busca pela religiosidade como alternativa de aliviar a sua desarmonia. No caso de pessoas com obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica, pôde-se observar essa situação. De fato, a religiosidade/espiritualidade foi uma constante em suas vidas desde o padecimento por que passavam socialmente, não encontrando na sociedade um espaço para viver em plenitude, até o enfrentamento com as complicações de saúde, inclusive os riscos pós cirúrgicos. E, assim, a pesquisa comprovou a hipótese inicialmente levantada.

Para se chegar a tal constatação, foi importante entender *a priori* o real significado de saúde (que não é simplesmente a falta de doença) como também distinguir os conceitos de religião, fé, religiosidade, espiritualidade para se definir com qual deles se iria investigar os informantes. Decidiu-se, então, que o de religiosidade como experiência da espiritualidade seria o complemento para o objetivo da pesquisa. Não se quer dizer com isso que se tenha descartado fé e religião. Esses termos se entremeavam ao discurso argumentativo da pesquisadora e até mesmo dos teóricos porque, na verdade, não há uma fronteira manifesta entre tais conceitos. Eles quase sempre se confundem e se mesclam porque fazem parte do mesmo campo semântico. Nesse sentido, os entrevistados utilizavam o termo fé quase todas as vezes que lhes era perguntado algo sobre religiosidade/espiritualidade.

Outra revelação da pesquisa foi o fato de que não houve similaridade em suas respostas que os pudesse agrupá-los nos devidos tipos de religião: cristã, espírita ou de origem africana. Talvez, conforme a observação da pesquisadora, não se tenha evidenciado entre eles um fervor religioso desmedido que os levasse a abonar tratamento e prescrições médicas por questões religiosas.

Ao se caracterizar QV e obesidade, percebeu-se nitidamente as dificuldades por que passa o obeso nessa investida. É muito esforço diante da morosidade de resultados satisfatórios, por isso ele corre o risco da cirurgia bariátrica. Ocorre que a batalha continua exigindo um esforço incessante para escapar das anemias e demais complicações pós-cirúrgicas. É a dieta (medida e cautelosa); são os exercícios físicos (para sempre em sua jornada de vida).

Mas a pesquisa certificou que vale a pena passar por essa prova severa e contínua. Tudo isso compensa por não ter mais que conviver com um corpo desproporcionado às cobranças da sociedade contemporânea, sociedade do consumo – ainda que para o grupo de pesquisados a necessidade premente e suas expectativas fossem relacionadas à saúde e, por consequência a QV, a qual, por sua vez, tem interferência no bem-estar como um todo, incluindo-se aí o lado emocional e psicológico do homem – o que não descarta sua imagem corporal.

E, nessa investida, a contribuição da religiosidade/espiritualidade se fez notável, correspondendo ao nível de satisfação e expectativas do obeso, dando-lhe forças para a reabilitação da saúde no processo de pós-cirurgia. É a vida que continua sem o embargo de preconceitos criados pela sociedade contemporânea.

Outrossim, a pesquisa sinalizou que, diferentemente do que se esperava e do que alguns teóricos pontuaram, muitos respondentes não se importam com a religiosidade/espiritualidade do nutricionista (ou outro profissional da saúde) no trato para com eles (os obesos). O que a maioria deles visa é o lado profissional, mas demonstraram querer ser bem tratados.

Isto posto, pode-se afirmar que os objetivos propostos na introdução deste trabalho foram atendidos a contento, quer seja pela fundamentação teórica, quer seja pela pesquisa empírica, ou melhor, pelo entrosamento entre ambas. Nesse sentido, a ferramenta e os procedimentos adotados (observação, questionário, entrevista) permitiram uma abundância de dados brutos, os quais foram refinados com o apoio da técnica metodológica análise de conteúdo, a partir da qual se conseguiu extrair as quatro categorias da investigação, a saber: *a religiosidade/espiritualidade é um apoio para o obeso enfrentar a cirurgia bariátrica e lidar com a complexidade do processo de recuperação pós-cirúrgica; o obeso busca a cirurgia bariátrica muito mais em razão da QV do que por questões estéticas, criando expectativas muitas vezes decorrentes do apego à religiosidade/espiritualidade; problemas estressantes, de saúde e de baixa autoestima do obeso são aliviados quando recorre à religiosidade/espiritualidade; a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista ou outros profissionais da saúde não interfere no tratamento para com o obeso.*

E, assim, este trabalho chega ao fim, não com um ponto final, como já se estivesse de posse de uma verdade científica. Ele, apenas certifica um ângulo de uma problemática de dimensão limitada, num determinado contexto, com determinado grupo. Ainda que seja um aspecto tão minúsculo diante da grandiosidade da ciência,

ele pode colaborar cientificamente para com aqueles que desejam se inserir em tal abordagem, iluminando-os de alguma forma nesta incursão.

Por fim, voltando à abertura desta dissertação, retoma-se a epígrafe utilizada, simplesmente para fechar o problema da pesquisa – o de que o obeso se agarra à religiosidade para lidar com um emaranhado de complicações de saúde. Convém, porém, que se acrescente, fazendo coro a Sêneca: *É parte da cura o desejo de ser curado.*



REFERÊNCIAS

- 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, Rubem. *O que é religião?* 9 ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- 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; 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), 2011.
- BARROS, Lívia Moreira et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, p. 312-321. *A Revista Eletrônica de Enfermagem*. 17 (2) abr.jun. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- 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.
- CASSIMIRO, 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.
- CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- 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.

CUENCA, Angela Maria Belloni et al. *Guia de apresentação de teses*. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Artmed, 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 2017.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

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.

FERRAZ, Álvaro Antonio Bandeira et al. Tratamento cirúrgico da obesidade, mórbida, p. 98-105. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 30, n. 2, mar./abr. 2003.

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. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalheite. 38. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

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.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde, p. 11-34. *Psicologia*. USP, v. 24, n. 1, jan./abr., 2013, Instituto de Psicologia São Paulo, Brasil, 2013.

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.

GOMES, Nilvete; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(2), 2014.

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: <<https://goo.gl/Ceq3EN>> Acesso em: 17 maio 2015.

GUIMARÃES, Hélio Penna.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física, p. 88-94. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1, 2007.

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*, v. 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, Idalina Shiraishi; ALMEIDA, Sebastião Souza de. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem 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).

KELLES, Silvana Marcia Bruschi et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática, p. 1587-1601. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(8), ago. 2015.

KOENING, Harold G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Trad. Iuri Abreu. LPM. Disponível em: <http://lpm-editores.com.br/livros/Imagens/medicina_religiao_saude_trecho.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos da metodologia científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

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

LOPES, Marcelo; ALVES, Robson Medeiros. A cura nas religiões: uma visão histórica panorâmica, p. 296-316, *Religare*, v. 11, n. 2, set. 2014.

LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. 375p. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

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. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 45(6), 2001.

MANZOTO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa Santos. *A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa*, 17p. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

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.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo, p. 7-32. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999.

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.

OLIVEIRA, José Lisboa Moreira de. *Antropologia da Religião*. 17p. Disponível em: <<http://www.ucb.br/sites/000/14/PDF/antropologiadareligiao.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013.

PASSOS, João Décio. A influência do helenismo e a pós-modernidade na reflexão teológica atual: panorama, processos e identidades, p. 35-64. *Revista de Cultura Teológica*, v. 12, n. 46, jan./mar 2004.

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.

PETRIBÚ, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo, p. 17-20. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23 (Supl. II), 2001.

PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino et al. Influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar, p. 19--24. *Arquivos Médicos. Hospital e Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa*, 57(1). São Paulo, 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.

REDAÇÃO. Saúde. *Veja.com*. 21 ago. 2015. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/saude/ibge-mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso/>>. Acesso em: 19 set. 2017.

RESENDE, Carolina Siqueira. *O corpo perfeito e seu processo de construção psicossócio-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.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 1992.

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. (Grifos do autor).09-2787.pdf.> 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.

SCHIAVO, Luigi. Conceitos e interpretações da religião, p. 63-78. In: LAGO, Lorenzo; REIMER, Haroldo; SILVA, Volmor da (Orgs.). *O Sagrado e as construções de mundo*. Roteiro para as aulas de introdução à teologia na Universidade.

SCHMITT, Sabrine. A mídia e a ilusão do portal desejado. 9p. *Psicologia: o portal dos psicólogos*, 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0693.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

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

SEGURA, Dora de Castro Agulhon et al. Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e hábitos de atividade física pós-cirurgia, p.12-19. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*. v. 9, n. 1, dez. 2014/fev. 2015, p. 18.

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.

SILVA, Paulo Roberto Bezerra da et al. Estado nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, p. 35-38. *ABCD Arq Bras Cir Dig*; 27 (Suplemento 1): 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00035.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

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.

SOUZA TOMASSO, Cláudia de; BELTRAME, Ideraldo Luiz; LUCCHETTI, Giancarlo. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde, p. 1-8. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 5, out. Universidade de São Paulo São Paulo, 2011.

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.

USARSKI, Frank. Os enganos sobre o sagrado: uma síntese da crítica ao ramo "clássico" da Fenomenologia da Religião e seus conceitos-chave, p. 78-95. *Rever*, Revista de Estudos da Religião. n. 4, 2004.

VALENTE, Tânia C. O. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas, p. 85-97 *Interações: cultura e comunidade*, Belo Horizonte, Brasil, v. 11, n. 20, jul./dez. 2016.

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

VASCONCELOS, Eymard Mourão et al. 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.

WANDERMUREM, Marli. O corpo na fronteira do sagrado e profano: a construção ética da corporeidade através da história, p. 177-195. *Maiêutica digital*. Religião. Filosofia. Ciências. Afins, Salvador, v. 1, n. 2/3, set. 2006/abr. 2007, p. 177. Disponível em:

<http://www.fbb.br/media/Publica%C3%A7%C3%B5es/Mai%C3%AAutica%202006-2007/maieutica_v1_n23_a3.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

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

ZOBOLI, Fabio; SILVA, Renato Izidoro da; BORDAS, Miguel Angel Garcia. Corpo e alteridade nos complexos de (in)exclusão, p. 211-224. DÍAZ, Félix et al. (Orgs). *Educação inclusiva: questões contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, 2009.

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo</u>: Masculino (<input type="checkbox"/>); Feminino (<input type="checkbox"/>)</p> <p><u>Idade</u>: _____ anos</p> <p><u>Estado Civil</u>: Casado (<input type="checkbox"/>); Solteiro (<input type="checkbox"/>); Viúvo (<input type="checkbox"/>); Outros (<input type="checkbox"/>)</p> <p><u>Nível de escolaridade</u>: Ensino Médio Incompleto (<input type="checkbox"/>); Ensino Médio (<input type="checkbox"/>); Curso Superior (<input type="checkbox"/>)</p> <p><u>Profissão</u>: _____</p> <p><u>Religião</u>: Cristã (<input type="checkbox"/>); Espírita (<input type="checkbox"/>); De matriz africana (<input type="checkbox"/>); Outra (<input type="checkbox"/>).</p>

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p>
--

III DADOS REFERENTES À CIRURGIA BARIÁTRICA E PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

1 antes da cirurgia, você estava ciente sobre mudanças de sua imagem corporal e de necessidade de mudança de hábitos alimentares?
Sim (); Não ()

2 Que motivos o levou a submeter-se à essa cirurgia?
Saúde (); Estética (); Baixa autoestima (); Outras ()

3 Qual foi o diagnóstico de indicação para a cirurgia?
Hipertenso arterial (); Diabetes (); Ansiedade (); Apneia do Sono ();
Outros ()

4 Há quanto tempo você foi submetido à cirurgia?
Mais de 1 ano (); Menos de 1 ano ()

5 O que representou para você essa cirurgia?
Saúde (); Escolha certa (); Opção Única ()

6 Qual o seu peso atual? _____Kg

7 Assinale abaixo se você apresentou, após a cirurgia alguma(s) desta(s) doença(s):
Hipertensão leve (); Anemias (); Desnutrição (); Outras ()

ANEXOS

R₁

94

APÊNDICE
QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino (x)

Idade: 37 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (x); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (x); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Auxiliar de cozinha

Religião: Cristã (); Espírita (x); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (x); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (x); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (x)

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (x); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (x)

**APÊNDICE
QUESTIONÁRIO**

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino ()

Idade: 30 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Pedreiro

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não ()

R31

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo</u>: Masculino (); Feminino (x)</p> <p><u>Idade</u>: <u>38</u> anos</p> <p><u>Estado Civil</u>: Casado (x); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()</p> <p><u>Nível de escolaridade</u>: Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (x); Curso Superior ()</p> <p><u>Profissão</u>: <u>Personal Trainer</u></p> <p><u>Religião</u>: Cristã (); Espírita (x); De matriz africana (); Outra ().</p>
--

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (x); Não ()</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (x); Não ()</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (x)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (x)</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (x)</p>
--

R4

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (X); Feminino ()

Idade: 48 anos

Estado Civil: Casado (X); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (X); Curso Superior ()

Profissão: Gerente

Religião: Cristã (); Espírita (X); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (X); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (X); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (X)

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (X); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (X)

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (x); Feminino ()

Idade: 54 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (x); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (x); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Aux de Cozinha

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (x); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (); Não (x)

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (); Não (x)

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (x); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (x)

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (x)

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R6

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino (X)

Idade: 37 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (); Outros (X)

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior (X)

Profissão: Advogada

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (X); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (X); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (X); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (X); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (X)

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (X)

R7

94

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo</u>: Masculino (); Feminino (X)</p> <p><u>Idade</u>: 24 anos</p> <p><u>Estado Civil</u>: Casado (X); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()</p> <p><u>Nível de escolaridade</u>: Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (X); Curso Superior ()</p> <p><u>Profissão</u>: <u>Professora</u></p> <p><u>Religião</u>: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (X); Outra ().</p>

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (X); Não ()</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (X); Não ()</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (X)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (X); Não ()</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (X)</p>
--

R2

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino ()

Idade: 42 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Professora

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?
Sim (); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?
Sim (); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não ()

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R9

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo</u>: Masculino (<input checked="" type="checkbox"/>); Feminino ()</p> <p><u>Idade</u>: <u>34</u> anos</p> <p><u>Estado Civil</u>: Casado (<input checked="" type="checkbox"/>); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()</p> <p><u>Nível de escolaridade</u>: Ensino Médio Incompleto (<input checked="" type="checkbox"/>); Ensino Médio (); Curso Superior ()</p> <p><u>Profissão</u>: <u>Cozinheiro</u></p> <p><u>Religião</u>: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (<input checked="" type="checkbox"/>); Outra ().</p>
--

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não ()</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p>
--

R₁₀

94

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (x); Feminino ()

Idade: 21 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (x); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (x); Curso Superior ()

Profissão: Estudante

Religião: Cristã (); Espírita (x); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (x); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (x); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (x)

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (x)

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (x)

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R10

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo:</u> Masculino (); Feminino (X)</p> <p><u>Idade:</u> <u>37</u> anos</p> <p><u>Estado Civil:</u> Casado (); Solteiro (X); Viúvo (); Outros ()</p> <p><u>Nível de escolaridade:</u> Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior (X)</p> <p><u>Profissão:</u> <u>Inst. Beleza</u></p> <p><u>Religião:</u> Cristã (X); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().</p>
--

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (X); Não ()</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (); Não (X)</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não (X)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não (X)</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (X); Não ()</p>
--

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R12

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino ()

Idade: 57 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Empresário

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não ()

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R13

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo</u>: Masculino (<input checked="" type="checkbox"/>); Feminino ()</p> <p><u>Idade</u>: <u>55</u> anos</p> <p><u>Estado Civil</u>: Casado (<input checked="" type="checkbox"/>); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()</p> <p><u>Nível de escolaridade</u>: Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><u>Profissão</u>: <u>Mãe solteira</u></p> <p><u>Religião</u>: Cristã (<input checked="" type="checkbox"/>); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().</p>
--

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não ()</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não ()</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não ()</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não ()</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p>
--

R14

94

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

<p><u>Sexo:</u> Masculino (<input type="checkbox"/>); Feminino (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><u>Idade:</u> <u>39</u> anos</p> <p><u>Estado Civil:</u> Casado (<input checked="" type="checkbox"/>); Solteiro (<input type="checkbox"/>); Viúvo (<input type="checkbox"/>); Outros (<input type="checkbox"/>)</p> <p><u>Nível de escolaridade:</u> Ensino Médio Incompleto (<input type="checkbox"/>); Ensino Médio (<input type="checkbox"/>); Curso Superior (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><u>Profissão:</u> <u>Loja Lar</u></p> <p><u>Religião:</u> Cristã (<input checked="" type="checkbox"/>); Espírita (<input type="checkbox"/>); De matriz africana (<input type="checkbox"/>); Outra (<input type="checkbox"/>).</p>

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

<p>1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (<input checked="" type="checkbox"/>); Não (<input type="checkbox"/>)</p> <p>5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (<input type="checkbox"/>); Não (<input checked="" type="checkbox"/>)</p>

APÊNDICE QUESTIONÁRIO

R15

Este instrumento de avaliação consiste numa contribuição para a dissertação de mestrado cujo objetivo principal é avaliar a influência da religião nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, especialmente no processo de recuperação.

I DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino (); Feminino ()

Idade: 43 anos

Estado Civil: Casado (); Solteiro (); Viúvo (); Outros ()

Nível de escolaridade:

Ensino Médio Incompleto (); Ensino Médio (); Curso Superior ()

Profissão: Arquiteta

Religião: Cristã (); Espírita (); De matriz africana (); Outra ().

II DADOS REFERENTES À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

1 Você crê no poder da ação da religiosidade/espiritualidade em situações de estresse e/ou de problemas de saúde?

Sim (); Não ()

2 Você crê na cura pela religiosidade/espiritualidade?

Sim (); Não ()

3 Sua crença no poder da religiosidade/espiritualidade chega ao ponto de afetar o descumprimento de decisões médicas e/ou relativas ao tratamento? Sim (); Não ()

4 A religiosidade/espiritualidade influenciou no processo de recuperação pós-cirúrgica? Sim (); Não ()

5 Você considera importante a religiosidade/espiritualidade por parte do nutricionista que o atende? Sim (); Não ()

Termo de Autorização

EU: J. B. S.Portador (a) do Doc. de identidade: 905880 I.P.F.Domiciliado/residente em: ITAPERUVA-RUA JOSÉ DE ASSIS BARBOSA N.º 1.110 CEHAB

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado

RODRIGUINO DOS SANTOS

Data

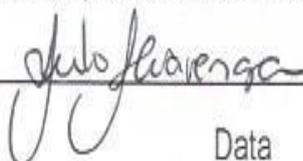
21/10/16

Termo de Autorização

EU: AMSAPortador (a) do Doc. de identidade: 09572211-6 - Detran-RJDomiciliado/residente em: Rua Caetano Alves, 350,
Vinhosa, Itaperuna - RJ

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado



Data

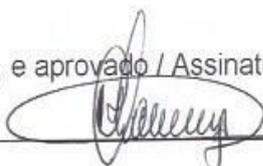
13/10/16

Termo de Autorização

EU: W.A.A.Portador (a) do Doc. de identidade: 06928016-7 IFPDomiciliado/residente em: RUA- VIVITOSA, 283 - B-VIVITOSA
ITAPERUNA-RJ.

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado



Data

13/10/17

Termo de Autorização

EU: ICMSPortador (a) do Doc. de identidade: 27.767.691-2 Dorian - RS.Domiciliado/residente em: Rua Fox de Lima Viana nº 23, Cid. Hab. Itapiranga - RS.

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado



Data

13/10/16

Termo de Autorização

EU: Edmar Corrêa GonçalvesPortador (a) do Doc. de identidade: 042726190 IEP RJDomiciliado/residente em: Ytopeluma

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado



Data

30/09/16

Termo de Autorização

EU: K.S.L.EPortador (a) do Doc. de identidade: 10964692-7Domiciliado/residente em: R. Licurgo Rodrigues Rocha, nº 357
B. Pirubí - Itapicuma RJ.

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado

K. S. L. E.

Data

15/11/16

Termo de Autorização

EU: Guilherme Aguiar da Silva LimaPortador (a) do Doc. de identidade: 24195208-3Domiciliado/residente em: Rua: Manoel Herculano de Faria,
nº 146/pt. 202, Bairro: Madalena

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado

Guilherme Aguiar da Silva Lima

Data

24/10/2017

Termo de Autorização

EU: p.l.Portador (a) do Doc. de identidade: 3385.344Domiciliado/residente em: R: Carlos Fernandes, 1582B: F. Kune - Itapiruma - RJ.

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado

Silvania LOPES

Data

28/10/16

Termo de Autorização

EU: K.S.G.S.Portador (a) do Doc. de identidade: 13.081.558-2Domiciliado/residente em: Rua Thiago Rodrigues Rocha
nº 173, Bairro Cidade Nova, Itapiruna RJ.

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES. utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado

Santana

Data

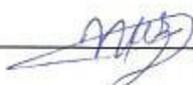
24/10/17

Termo de Autorização

EU: Mania Nilza da SilvaPortador (a) do Doc. de identidade: 10.020.269-6Domiciliado/residente em: Rua Paulo Albu Lúcio - nº 17B: Cidade Nova - Ilheusópolis RJ

Venho por meio autorizar a aluna da Faculdade Unida Bruna da Silva Lopes, portadora do CPF: 055.224.667-07, a realizar sua pesquisa para contribuição e conclusão do Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória-ES, utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e pesquisa científica, no todo ou parte, das entrevistas, relativo à sua pesquisa de mestrado cujo o tema proposto, ***A religião na construção da imagem corporal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica***

Ciente, e aprovado / Assinatura do Entrevistado



Data

15/11/16