

## **Envolvimento religioso, comportamentos saudáveis e depressão entre adultos com sobrepeso e obesidade**

### **Religious involvement, healthy behavior and depression among overweight and obese adults**

DOI:10.34119/bjhrv5n4-013

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

#### **Élida Mara Carneiro**

Doutora em Ciências da Saúde pela Instituição (UNIFESP)

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Associação Médico Espirita de Uberaba (AMEUBE)

Endereço: Rua José Pimenta Camargo, 141, Bairro Parque do Mirante, Uberaba - MG,  
CEP: 38081-230

E-mail: elidamc16@gmail.com

#### **Helia Nomelini Morais de Assis**

Doutoranda em Atenção à Saúde pela Instituição (UFTM)

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440

E-mail: heliamassis@gmail.com

#### **Livia Figueira Avezum Oliveira**

Mestre em Medicina Tropical e Infectologia pela Instituição (UFTM)

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Núcleo de Estudos Clínicos

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440

E-mail: livia.oliveira@ebserh.gov.br

#### **Maria de Fátima Borges**

Doutora em Endocrinologia e Metabologia pela Instituição (UNIFESP)

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Associação Médico Espirita de Uberaba (AMEUBE)

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440

E-mail: borgmf@uol.com.br

#### **Adriana Paula da Silva**

Doutora em Ciências da Saúde pela Instituição (UFTM)

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Associação Médico Espirita de Uberaba (AMEUBE)

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440

E-mail: adrianapaulanutri@gmail.com

**Marisa Borges**

Doutora em Ciências da Saúde pela Instituição (UFTM)  
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440  
E-mail: marisaborges.uftm@gmail.com

**Alzira Maria Cussi Brasileiro Dias**

Mestranda em Ciências da Saúde pela (UFTM)  
Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Associação Médico Espirita de  
Uberaba (AMEUBE)  
Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440  
E-mail: amcbd@terra.com.br

**Eduardo Crema**

Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Instituição (UNIFESP)  
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 130, Bairro Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG,  
CEP: 38025-440  
E-mail: cremauftm@mednet.com.br

**RESUMO**

Religiosidade/Espiritualidade são consideradas construtos determinantes da saúde, embora a associação entre envolvimento religioso, comportamentos saudáveis e depressão entre os obesos e sobrepesos não foi bem estudada. Este estudo examinou a relação entre características sociodemográficas da religiosidade, hábitos comportamentais (tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e atividade física) e sintomas de depressão. A religiosidade foi mensurada pelo Duke University Religion Index (DUREL) e sintomas depressivos pelo Índice de Depressão de Beck em 322 pessoas com sobrepeso e obesidade. Os resultados da regressão de Poisson indicam que pacientes com alta ORA praticam atividade física (RP = 1,27; IC 95%: 1,02-1,59), alta NORA são menos propensos a manifestar depressão (RP = 1,28; IC 95%: 1,02-1,61), e quem não fuma apresenta maior probabilidade de alta RI comparado com quem fuma (RP = 1,11; IC 95%: 1,01-1,22). Neste estudo, adultos com sobrepeso e obesidade com alto envolvimento religioso está associado com comportamentos mais saudáveis (praticar atividade física e não fumar) e menos sintomas depressivos. A inclusão de estratégias voltadas à religião/espiritualidade pode ser importante para intervenções durante a perda de peso entre obesos e sobrepesos.

**Palavras-chave:** religiosidade, espiritualidade, depressão, sobrepeso, obesidade.

**ABSTRACT**

Religiosity/Spirituality has been considered a determinant of health, although the association between religious involvement, healthy behaviors and depression among overweight and obese adults has not been well studied. This study examined the relationship between religiosity sociodemographic characteristics, behavioral habits (smoking, use of alcoholic beverages and physical activity), and depression symptoms. The religiosity was measured by Duke University Religion Index (DUREL) in 322 overweight and obese. The results of Poisson's regression indicate that patients with high ORA practice physical activity (RP = 1.27; 95% CI: 1.02-1.59), those with high NORA are less likely to manifest depression (RP = 1.28; 95% CI: 1.02-1.61), and those with high IR are less likely to smoke (RP = 1.11; 95% CI: 1.01-1.22). In this study,

overweight and obese adults with high religious involvement seems to be associated with healthier behaviors (practice physical activity and not smoke) and less depressive symptoms. The inclusion of religion/spirituality-oriented strategies may be important for interventions during weight loss among overweight and obese adults.

**Keywords:** religiosity, spirituality, depression, overweight, obesity.

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência mundial de sobrepeso e obesidade tem crescido rapidamente nas últimas décadas representando, cerca de, 39% da população mundial de adultos (ZHANG et al., 2018). No Brasil, de acordo com dados do IBGE em 2019, cerca de 96 milhões de pessoas estão em sobrepeso e 41 milhões apresentam obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Estima-se que, em 2030, haja um aumento na prevalência de obesidade e obesidade grave para 33% e 130%, respectivamente (FINKELSTEIN et al., 2012).

O excesso de peso tem sido considerado como importante fator de risco para a morbimortalidade de populações adultas (NG et al., 2014; KOLIAKI; LIATIS; KOKKINOS, 2019). Além disso, o IMC elevado ( $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) é um fator de risco para deficiente cicatrização de feridas operatórias (SCHLOSSHAUER et al., 2021; LEAL et al., 2022). De acordo com a *World Health Organization* (WHO), mais de 4 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado do excesso de peso, quase 63% do total global de mortes (NG et al., 2014).

Diversos estudos referem os construtos religiosidade e espiritualidade (R/E) como fatores de proteção para melhores condições de saúde física e mental. Ademais, apontam maior apoio social, comportamentos mais saudáveis, melhores estilo de vida e, por conseguinte, fatores psicológicos e bioquímicos mais adequados como possíveis mecanismos (KOENIG et al., 2001; BRUCE et al, 2016). No entanto, a associação entre envolvimento religioso, comportamentos saudáveis e obesidade ainda não está clara.

Nossa hipótese é que maior envolvimento religioso está associado a comportamentos mais saudáveis e menos depressão em pacientes com sobrepeso e obesidade. O objetivo deste estudo foi examinar a relação entre envolvimento religioso, hábitos comportamentais (práticas de atividade física, tabagismo e uso de bebidas alcoólicas) e depressão de indivíduos com sobrepeso e obesidade.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal envolvendo pacientes com sobrepeso e obesidade assistidos no Ambulatório Maria da Glória (AMG) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Esse hospital público é referência no atendimento a 27 municípios com atendimento mensal em torno de 11.918 indivíduos.

### 2.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo pacientes em atendimento nos ambulatórios de tratamento de obesidade e cirurgia bariátrica no AMG num período de 3 anos. A amostra foi composta por pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, índice de massa corporal (IMC)  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>. Foram excluídos os indivíduos com dificuldades em responder os questionários por deficiências auditivas sem correção, fonativas ou mentais.

### 2.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 13, considerando a variável de desfecho principal religiosidade e coeficiente de determinação apriorístico,  $R^2 = 0,1$ , em um modelo de regressão linear com 5 preditores, tendo como erro do tipo I de  $\alpha = 0,01$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,1$ , poder estatístico apriorístico de 90%, a amostra mínima foi de 206 sujeitos.

### 2.4 INSTRUMENTOS

O instrumento aplicado constou das seguintes variáveis independentes: a) sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele autodeclarada, estado civil, situação laboral, escolaridade e religião); b) hábitos e costumes (prática de atividade física, uso de bebida alcoólica e tabagismo); c) história médica progressiva - dados coletados do prontuário - presença de doenças crônicas.

### 2.5 MEDIÇÃO DA RELIGIOSIDADE – ENVOLVIMENTO RELIGIOSO

O Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) foi usado para medir o envolvimento religioso. O DUREL é uma medida de cinco itens que avalia as três principais dimensões da religiosidade: atividade religiosa organizacional (ORA), não-organizacional (NORA) e subjetiva ou religiosidade intrínseca (IR) (KOENIG et al, 2010; LUCCHETTI et al,

2012). Os pacientes foram considerados com "alto envolvimento religioso" quando o seu envolvimento foi considerado alto em pelo menos uma das três dimensões, isto é, ORA e NORA, 4 ou mais; RI pela soma dos itens, 10 ou mais. (KOENIG et al., 1997; AZORIN et al., 2013; ABDELGAWAD et al., 2017).

## 2.6 AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

O Índice de Depressão de Beck (BDI) (BDI; BECK et al, 1961; GORESTEIN et al, 2000) é um questionário de autoavaliação para depressão, composta por 21 itens. O ponto de corte para sintomas depressivos foi de 11 (GORESTEIN et al, 2000).

## 2.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0. Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio das frequências simples, média e desvio-padrão. Na análise bivariada, as variáveis nominais foram recategorizadas, tornando-se dicotômicas: estado conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (até 8 anos ou acima de 8 anos), renda (com ou sem), profissão (empregado ou desempregado), tabagismo (sim ou não) e uso de álcool (sim ou não). Em seguida, foi aplicado regressão de Poisson incluindo no modelo ajustado as variáveis com valores de  $p < 0,20$ . Nível de significância considerado foi  $p < 0,05$ .

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o parecer N° 1.692.927.

## 3 RESULTADOS

A distribuição das características selecionadas dos adultos com sobrepeso e obesidade é mostrada na Tabela 1. Dos 322 participantes, 79,5% eram do sexo feminino. A média de idade foi de  $40 \pm 10,96$  anos, IMC médio  $45,3 \pm 9,1$  Kg/m<sup>2</sup>, sendo que a maioria (52,5%) completou ensino fundamental. A maior parte (97,8%) relatou ter afiliação religiosa; 41,6% eram católicos, 23,3% evangélicos e 22,4% espíritas.

Tabela 1 Características sociodemográficas e afiliação religiosa da amostra (N = 322).

| Variáveis                     | n   | %    |
|-------------------------------|-----|------|
| <b>Sexo</b>                   |     |      |
| Feminino                      | 256 | 79,5 |
| Masculino                     | 66  | 20,5 |
| <b>Faixa etária (em anos)</b> |     |      |
| 18+30                         | 65  | 20,2 |
| 31+50                         | 194 | 60,2 |
| ≥51                           | 63  | 19,6 |
| <b>Situação profissional</b>  |     |      |
| Aposentado(a)                 | 24  | 7,5  |
| Do lar                        | 64  | 19,8 |
| Funcionário(a)                | 154 | 47,8 |
| Autônomo(a)                   | 58  | 18,0 |
| Desempregado(a)               | 14  | 4,4  |
| Estudante                     | 8   | 2,5  |
| <b>Situação conjugal</b>      |     |      |
| Sem companheiro(a)            | 158 | 49,1 |
| Com companheiro(a)            | 164 | 50,9 |
| <b>Escolaridade</b>           |     |      |
| <8 anos de estudo             | 153 | 47,5 |
| 8+12 anos de estudo           | 123 | 38,2 |
| Graduação e/ou pós-graduação  | 46  | 14,3 |
| <b>Afiliação religiosa</b>    |     |      |
| Católica                      | 134 | 41,6 |
| Protestante                   | 73  | 23,3 |
| Espírita                      | 72  | 22,4 |
| Outra                         | 10  | 3,1  |
| Duas religiões                | 8   | 2,5  |
| Ateu                          | 7   | 2,2  |
| Recusaram responder           | 16  | 5,0  |

Fonte: Dados do estudo, 2020.

### 3.1 COMPORTAMENTOS

Quanto ao uso ou à dependência de substâncias psicoativas, 23% foram considerados em relação ao tabaco e 33% ingerem bebidas alcoólicas. Apenas 32% dos participantes praticam atividade física.

### 3.2 DEPRESSÃO

No que concerne ao escore de depressão, 59,4% dos participantes apresentaram indicativo de sintomas depressivos (Tabela 2).

### 3.3 ENVOLVIMENTO RELIGIOSO

Quando questionados com relação à frequência com que vão a uma igreja, templo ou outro encontro religioso, 42,7% dos pacientes responderam que frequentam uma ou mais vezes por semana; 15,3% duas ou três vezes por mês; 23,1% algumas vezes por ano ou menos; 10,6% uma vez ao ano ou menos e 8,4% não frequentaram no último ano.

Em relação à frequência de atividades religiosas individuais, 55,9% realizam uma ou mais vezes por dia; 11,2% duas ou mais vezes por semana; 7,8% uma vez por semana; 12,4% poucas vezes por mês e 12,7% raramente ou nunca.

Concernente à avaliação da RI, 77% relataram ser “totalmente verdade” que “em minha vida, sinto a presença de Deus” (ou do Espírito Santo). Em relação a frase “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”, 53,7% relataram ser “totalmente verdade para mim”. No que diz respeito à frase “eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, 50,6% dos participantes relataram ser “totalmente verdade” e 9% responderam “não é verdade”. Em relação à análise dos escores das dimensões de religiosidade (ORA, NORA e IR de 57,8%, 67,1% e 87,3%, respectivamente), foram altos em sua maioria (Tabela 2).

Tabela 2 Caracterização da amostra segundo o envolvimento religioso nas dimensões de religiosidade, hábitos comportamentais e sintomas depressivos.

| Variáveis                               | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Religiosidade/Espiritualidade</b>    |     |      |
| <b>Religiosidade organizacional</b>     |     |      |
| Baixa ( $\leq 3$ )                      | 136 | 42,2 |
| Alta ( $\geq 4$ )                       | 186 | 57,8 |
| <b>Religiosidade não-organizacional</b> |     |      |
| Baixa ( $\leq 3$ )                      | 106 | 32,9 |
| Alta ( $\geq 4$ )                       | 216 | 67,1 |
| <b>Religiosidade intrínseca</b>         |     |      |
| Baixa ( $\leq 9$ )                      | 41  | 12,7 |
| Alta ( $\geq 10$ )                      | 281 | 87,3 |
| <b>Hábitos comportamentais</b>          |     |      |
| <b>Tabagismo</b>                        |     |      |
| Não                                     | 246 | 76,4 |
| Sim                                     | 76  | 23,6 |
| <b>Uso de bebidas alcoólicas</b>        |     |      |
| Não                                     | 215 | 66,7 |
| Sim                                     | 107 | 33,3 |
| <b>Atividade física</b>                 |     |      |
| Não                                     | 218 | 67,7 |
| Sim                                     | 104 | 32,3 |
| <b>Sintomas depressivos</b>             |     |      |
| <b>Depressão</b>                        |     |      |
| Não                                     | 131 | 40,6 |
| Sim                                     | 191 | 59,4 |

No modelo ajustado da análise de ORA foram inseridas as variáveis etilismo, atividade física e depressão com valores de  $p < 0,20$ . Quando ajustados, obtivemos como resultado apenas atividade física. Quem pratica atividade física apresenta maior probabilidade de alta RO quando comparado àqueles que não praticam (RP = 1,27; IC 95%: 1,02-1,59). Os resultados são mostrados na tabela 3.

Tabela 3 Relação entre o domínio de religiosidade organizacional segundo as variáveis

| Variável                            | Religiosidade Organizacional |               |         |                  |               |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------|---------|------------------|---------------|
|                                     | Análise Bruta                |               | P valor | Análise Ajustada |               |
|                                     | RP                           | IC (95%)      |         | RP               | IC (95%)      |
| Gênero                              |                              |               | 0,804   |                  |               |
| <b>Feminino</b>                     | 1                            |               |         |                  |               |
| <b>Masculino</b>                    | 1,03                         | (0,82 - 1,29) |         |                  |               |
| Faixa etária                        |                              |               | 0,663   |                  |               |
| <b>18-30</b>                        | 1                            |               |         |                  |               |
| <b>31-50</b>                        | 1,08                         | (0,84 - 1,38) |         |                  |               |
| <b>≥51</b>                          | 0,97                         | (0,71 - 1,34) |         |                  |               |
| Situação conjugal                   |                              |               | 0,237   |                  |               |
| <b>Sem companheiro</b>              | 1,12                         | (0,93 - 1,35) |         |                  |               |
| <b>Com companheiro</b>              | 1                            |               |         |                  |               |
| Escolaridade (anos de estudo)       |                              |               | 0,361   |                  |               |
| <b>&lt;8</b>                        | 1,14                         | (0,83 - 1,57) |         |                  |               |
| <b>8-12</b>                         | 1,25                         | (0,90 - 1,72) |         |                  |               |
| <b>Graduação e/ou pós-graduação</b> | 1                            |               |         |                  |               |
| Tabagismo                           |                              |               | 0,632   |                  |               |
| <b>Não</b>                          | 1,06                         | (0,84 - 1,33) |         |                  |               |
| <b>Sim</b>                          | 1                            |               |         |                  |               |
| Uso de bebidas alcólicas            |                              |               | 0,157   |                  |               |
| <b>Não</b>                          | 1,16                         | (0,94 - 1,44) |         | 1,22             | (0,95 - 1,57) |
| <b>Sim</b>                          | 1                            |               |         |                  | 0,120         |
| Atividade física                    |                              |               | 0,119   |                  |               |
| <b>Não</b>                          | 1                            |               |         | 1                | <b>0,036</b>  |
| <b>Sim</b>                          | 1,17                         | (0,96 - 1,42) |         | 1,27             | (1,02 - 1,59) |
| Depressão                           |                              |               | 0,079   |                  | 0,784         |
| <b>Não</b>                          | 1,18                         | (0,98 - 1,43) |         | 1,04             | (1,79 - 1,37) |
| <b>Sim</b>                          | 1                            |               |         |                  |               |

Na análise de regressão de domínio NORA, foram inseridas as variáveis escolaridade, etilismo e depressão com valores de  $p < 0,20$ . Após a análise ajustada, verificamos que pacientes com sobrepeso e obesos que não possuem indicativo de depressão, apresentam maior probabilidade de alta NORA quando comparados àqueles com depressão (RP = 1,28; IC 95%: 1,02-1,61). Os resultados são mostrados na tabela 4.



Tabela 4 Relação entre o domínio de religiosidade não organizacional segundo as variáveis em estudo

| Variável                             | Religiosidade Não Organizacional |               |         |                  |               |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------|---------|------------------|---------------|
|                                      | Análise Bruta                    |               | P valor | Análise Ajustada |               |
|                                      | RP                               | IC (95%)      |         | RP               | IC (95%)      |
| <b>Sexo</b>                          |                                  |               | 0,714   |                  |               |
| Feminino                             | 1,03                             | (0,85 - 1,26) |         |                  |               |
| Masculino                            | 1                                |               |         |                  |               |
| <b>Faixa etária</b>                  |                                  |               | 0,881   |                  |               |
| 18+30                                | 1                                |               |         |                  |               |
| 31+50                                | 1,05                             | (0,86 - 1,30) |         |                  |               |
| ≥51                                  | 1,03                             | (0,80 - 1,33) |         |                  |               |
| <b>Situação conjugal</b>             |                                  |               | 0,282   |                  |               |
| Sem companheiro                      | 1,09                             | (0,93 - 1,27) |         |                  |               |
| Com companheiro                      | 1                                |               |         |                  |               |
| <b>Escolaridade (anos de estudo)</b> |                                  |               | 0,194   |                  | 0,648         |
| Até 8                                | 0,95                             | (0,74 - 1,22) |         | 1,06             | (0,78 - 1,43) |
| 8+12                                 | 1,11                             | (0,87 - 1,41) |         | 1,14             | (0,83 - 1,55) |
| Graduação e pós-graduação            | 1                                |               |         | 1                |               |
| <b>Tabagismo</b>                     |                                  |               | 0,850   |                  |               |
| Não                                  | 1,02                             | (0,85 - 1,22) |         |                  |               |
| Sim                                  | 1                                |               |         |                  |               |
| <b>Uso de bebidas alcóolicas</b>     |                                  |               | 0,057   |                  | 0,111         |
| Não                                  | 1,19                             | (0,99 - 1,43) |         | 1,19             | (0,96 - 1,48) |
| Sim                                  | 1                                |               |         | 1                |               |
| <b>Atividade física</b>              |                                  |               | 0,625   |                  |               |
| Não                                  | 1                                |               |         |                  |               |
| Sim                                  | 1,04                             | (0,88 - 1,24) |         |                  |               |
| <b>Depressão</b>                     |                                  |               | 0,030   |                  | <b>0,034</b>  |
| Não                                  | 1,18                             | (1,02 - 1,38) |         | 1,28             | (1,02 - 1,61) |
| Sim                                  | 1                                |               |         | 1                |               |

Na análise de regressão de Poisson, foram inseridas as variáveis faixa etária, situação conjugal, escolaridade e tabagismo com valores de  $p < 0,20$ . No modelo ajustado, encontramos que quem não fuma apresenta maior probabilidade de alta RI comparado com quem fuma (RP = 1,11; IC 95%: 1,01-1,22). Os resultados estão na tabela 5.

Tabela 5. Relação entre a dimensão religiosidade intrínseca segundo as variáveis predictoras.

| Variável                             | Religiosidade Intrínseca |               |         |                  |               |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------|---------|------------------|---------------|
|                                      | Análise Bruta            |               | P valor | Análise Ajustada |               |
|                                      | RP                       | IC (95%)      |         | RP               | IC (95%)      |
| <b>Sexo</b>                          |                          |               | 0,810   |                  |               |
| Feminino                             | 1,01                     | (0,91 - 1,13) |         |                  |               |
| Masculino                            | 1                        |               |         |                  |               |
| <b>Faixa etária</b>                  |                          |               | 0,102   |                  | 0,436         |
| 18+30                                | 1                        |               |         | 1                |               |
| 31+50                                | 0,99                     | (0,89 - 1,11) |         | 0,99             | (0,88 - 1,11) |
| ≥51                                  | 1,09                     | (0,97 - 1,22) |         | 1,06             | (0,93 - 1,22) |
| <b>Situação conjugal</b>             |                          |               | 0,052   |                  | 0,116         |
| Sem companheiro                      | 1,09                     | (1,00 - 1,18) |         | 1,08             | (0,98 - 1,18) |
| Com companheiro                      | 1                        |               |         | 1                |               |
| <b>Escolaridade (anos de estudo)</b> |                          |               | 0,041   |                  | 0,117         |

|                                  |                    |       |                    |              |
|----------------------------------|--------------------|-------|--------------------|--------------|
| Até 8                            | 1,14 (0,96 - 1,36) |       | 1,50 (0,94 - 1,40) |              |
| 8+12                             | 1,22 (1,03 - 1,45) |       | 1,22 (1,00 - 1,48) |              |
| Graduação e pós-graduação        | 1                  |       | 1                  |              |
| <b>Tabagismo</b>                 |                    | 0,105 |                    | <b>0,039</b> |
| Não                              | 1,07 (0,98 - 1,17) |       | 1,11 (1,01 - 1,22) |              |
| Sim                              | 1                  |       | 1                  |              |
| <b>Uso de bebidas alcóolicas</b> |                    | 0,847 |                    |              |
| Não                              | 1,01 (0,92 - 1,10) |       |                    |              |
| Sim                              | 1                  |       |                    |              |
| <b>Atividade física</b>          |                    | 0,265 |                    |              |
| Não                              | 1                  |       |                    |              |
| Sim                              | 1,05 (0,96 - 1,14) |       |                    |              |
| <b>Depressão</b>                 |                    | 0,250 |                    |              |
| Não                              | 1,05 (0,97 - 1,14) |       |                    |              |
| Sim                              | 1                  |       |                    |              |

#### 4 DISCUSSÃO

A obesidade tem sido considerada um problema de grande magnitude para a população internacional tornando-se necessário o desenvolvimento de intervenções de prevenção e de auxílio com respeito a perda de peso. As descobertas, neste estudo, indicam que os indivíduos com alta ORA praticam mais atividade física, alta NORA apresenta maior probabilidade de não ter indicativo de depressão e quem não fuma apresenta maior probabilidade de alta RI.

Observamos que, os indivíduos que têm maior frequência religiosa aderem mais a prática de atividade física na tentativa de perder peso. Em revisão sistemática investigando a relação da religião e peso corporal, os autores encontraram evidências sugerindo que comportamentos de saúde e fatores psicossociais mediam as relações entre religião e peso (YEARY et al., 2017). Ademais, Powell et al (2003) sugerem que a prática semanal da religiosidade pode ser fator protetor contra doenças cardiovasculares, por promover melhor controle de ansiedade/estresse e hábitos saudáveis.

Em nosso estudo, a religiosidade intrínseca foi significativamente associada a um menor risco de ser fumante corroborando com achados de recente estudo entre imigrantes poloneses (MORAWA et al., 2018). Em recente revisão sistemática de obesos afro-americanos, os autores relatam que muitos estudos demonstram o impacto positivo da religiosidade no abuso de substâncias e obesidade (DODOR et al., 2018).

Os participantes com alta prática de atividades religiosas individuais apresentam maior probabilidade de não ter sintomas depressivos. Estes achados são compatíveis com estudo incluindo idosos hospitalizados (KOENIG, 2007). Koenig (2007) observou que a combinação frequente de assistência religiosa, oração, estudo bíblico e alta religiosidade intrínseca propicia remissão mais rápida do transtorno depressivo. Em revisão de artigos e descrição de pesquisas

conduzidas no Brasil, Moreira-Almeida et al. (2006) evidenciaram que maior envolvimento religioso está associado à melhor saúde mental.

A influência da R/E tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. Evidências apontam que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25% (GUIMARÃES et al., 2007). Portanto, as instituições religiosas possuem potencial papel de abordarem a obesidade e estimularem melhores comportamentos de saúde incluindo tanto a prevenção quanto incentivo à perda de peso (AYRES et al., 2010; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006).

Os pontos fortes deste estudo incluem o exame de ferramentas que podem estar relacionadas a hábitos comportamentais mais saudáveis e principalmente com menos depressão no processo da perda de peso de adultos com sobrepeso e obesidade. Este estudo é importante diante do elevado risco de desenvolvimento de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardiometabólicas. Ademais, esses achados são críticos para a construção dessa linha de pesquisa, em estudos longitudinais, envolvendo os construtos de religiosidade e espiritualidade pertinentes a perda e manutenção de peso, bem como na prevenção de obesidade.

Algumas limitações são dignas de nota. O modelo transversal não nos permitiu o seguimento longitudinal dos participantes que estavam em acompanhamento no ambulatório e a aplicação de uma única medida de religiosidade autorreferida.

Em virtude da influência que o envolvimento religioso pode ter nos comportamentos e na depressão de adultos com sobrepeso e obesidade, é de suma importância que os profissionais de saúde abordem as crenças religiosas desses pacientes, explorando esta ferramenta para auxiliar nos comportamentos saudáveis durante a perda de peso.

## **5 CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo indicam que o alto envolvimento religioso está associado com melhores hábitos de saúde (menos uso tabagístico e maior prática de atividade física) e menos depressão.

**REFERÊNCIAS**

- ABDELGAWAD, N. et al. Religiosity in acute psychiatric inpatients relationship with demographics, clinical features, and length of stay. **J Nerv Ment Dis.** v. 205, n. 6, p. 448-452, 2017.
- AZORIN, J.M. et al. Religious involvement in major depression: Protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. **J Affect Disord.** v. 150, n. 3, p. 753-759, 2013.
- AYRES, J.W. et al. Can Religion Help Prevent Obesity?: Religious Messages and the Prevalence of Being Overweight or Obese among Korean Women in California. **J Sc Study Relig.,** v. 49, n. 3, p. 536-549, 2010.
- BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry.** v. 4, p. 561-571, 1961.
- BRUCE, M. A. et al. Spirituality, Religiosity, and Weight Management Among African American Adolescent Males: The Jackson Heart KIDS Pilot Study. **Behavioral Med.** v. 42, n. 3, p. 183-189, 2016.
- DODOR, B.A. et al. The Impact of Religiosity on Substance Abuse and Obesity in African Americans. **J Relig Health,** v. 57, n. 4, p. 1315-1328, 2018.
- FINKELSTEIN, E.A. et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. **American J Preventive Medicine.** v. 42, n. 6, p. 563-570, 2012.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. (1996). Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res,** v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.
- GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiquiatr Clín.** v. 34, p. 88-94, 2007.
- KIM, K. H. et al. Religion and body weight. **Int J Obes Relat Metab Disord.** v. 27, n. 4, p. 469-477, 2003.
- KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. **New York: Oxford University Press.** 2001.
- KOENIG, H.G.; PARKERSON, G.R. JR; MEADOR, K.G. Religion index for psychiatric research. **Am J Psychiatry,** 154, 885-886, 1997.
- KOENIG, H.G. Religion and depression in older medical inpatients. **Am J Geriatr Psychiatry.** v. 15, n. 4, p. 282-291, 2007.
- KOENIG, H.G. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. **J Nerv Ment Dis.** v. 195, n. 5, p. 389-395, 2007.
- KOENIG, H.G.; BUSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions.** v. 1, p. 78-85, 2010.
- KOLIAKI C, LIATIS S, KOKKINOS A. Obesity and cardiovascular disease: revisiting an old relationship. **Metabolism.** vol. 92, p. 98-107, 2019.

LEAL, C.R. et al. Principais complicações clínicas em pacientes submetidos à abdominoplastia pós-bariátrica. **Braz J Health Review**. vol. 5, n. 3, p. 8074-8084, 2022.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Index: DUREL (portuguese version). **J Relig Health**. v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

MORAWA, E.; ERIM, Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. **Int J Environ Res Public**. v. 15, n. 11, p. 2545, 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A.L.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**. v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

POWELL, L.H., SHAHABI, L.; THORESEN, C.E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychologist**, 58, 36-52, 2003.

SCHLOSSHAUER, T. et al. Post-Bariatric Abdominoplasty: Analysis of 406 Cases With Focus on Risk Factors and Complications. **Aesthetic Surgery Journal**. v. 41, n. 1, p. 59-71, 2021.

STRAWBRIDGE, W.J. et al. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. **Am J Public Health**. v. 87, n. 6, p. 957-961, 1997.

ZHANG, K. et al. (2018). Acupuncture on obesity: clinical evidence and possible neuroendocrine mechanisms. **Evid Based Complement Alternat Med**. 2018, 6409389.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Obesity and overweight. Retrieved May 8, 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Obesity. Retrieved May 8, 2020 from [https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global status report on noncommunicable diseases, 2010 Retrieved May 8, 2020 from [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)

YEARY, K.H.K., SOBAL, J.; WETHINGTON, E. Religion and body weight: a review of quantitative studies. **Obes Rev**. v. 18, n. 10, p. 1210-1222, 2017.