

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



**Dissertação de mestrado**

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DE  
PELOTAS –RS.**

**Léo Dutra Cabistany**

**Pelotas, RS**

**2014**

**Léo Dutra Cabistany**

**Dissertação**

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DE  
PELOTAS –RS.**

Dissertação de mestrado  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Educação Física da  
Universidade Federal de Pelotas,  
como requisito parcial à obtenção  
do título de Mestre em Educação  
Física.

Orientador: Felipe Fossati Reichert

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

C115r Cabistany, Léo Dutra

Religiosidade e saúde em adventistas do sétimo dia de Pelotas -RS : comportamentos relacionados à saúde dos adventistas do sétimo dia de Pelotas, RS / Léo Dutra Cabistany ; Felipe Fossati Reichert, orientador. — Pelotas, 2014.

91 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Religião. 2. Saúde. 3. Atividade física. 4. Alimentação. I. Reichert, Felipe Fossati, orient. II. Título.

CDD : 796

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert (Orientador)  
Escola Superior de Educação Física/ UFPEL

Prof. Dr. Airton José Rombaldi  
Escola Superior de Educação Física/ UFPEL

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Moraes Bielemann  
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPEl.

## SUMÁRIO

<b>1. PROJETO DE PESQUISA</b>	<b>09</b>
<b>2. MODIFICAÇÕES NO PROJETO ORIGINAL</b>	<b>53</b>
<b>3. RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO</b>	<b>55</b>
<b>4. ARTIGO</b>	<b>60</b>
<b>5. PRESS- RELEASE</b>	<b>81</b>

## **APRESENTAÇÃO GERAL**

A presente dissertação de mestrado atende ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. O volume final contém as seguintes seções:

- 1- PROJETO DE PESQUISA: apresentado e defendido no dia 07/06/2013, com a incorporação das sugestões dos revisores professores Airton José Rombaldi e Samuel de Carvalho Dumith;
- 2- MODIFICAÇÕES NO PROJETO INICIAL: alterações no projeto executado e artigo apresentado em relação ao proposto anteriormente;
- 3- RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO: descrição das atividades realizadas durante a realização da pesquisa;
- 4- ARTIGO: Perfil de saúde em Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas, RS. O artigo será submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva.

# **1. PROJETO DE PESQUISA**

*(Dissertação de Léo Dutra Cabistany)*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



**Projeto de Pesquisa**

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DE  
PELOTAS –RS.**

**Léo Dutra Cabistany**

**Pelotas, RS**

**2013**

**Léo Dutra Cabistany**

**RELIGIOSIDADE E SAÚDE EM ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DE  
PELOTAS –RS.**

Projeto de pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Felipe Fossati Reichert

Pelotas, 2013

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert (Orientador)  
Escola Superior de Educação Física/ UFPEL

Prof. Dr. Airton José Rombaldi  
Escola Superior de Educação Física/ UFPEL

Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith  
Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

## Sumário Projeto

1.	Introdução	10
2.	Justificativa	13
3.	Objetivos	14
4.	Revisão de literatura	15
5.	Materiais e Métodos	30
6.	Cronograma	38
7.	Orçamento	39
8.	Alterações no Projeto inicial	40
9.	Referências Bibliográficas	42
10.	Anexo	46

## 1. Introdução

O Brasil é um país com cerca de 197 milhões de habitantes (Ibge, 2010b). Destes, aproximadamente 90% professam crença religiosa. No Rio Grande do Sul há próximo de 10 milhões de pessoas, e dentre as religiões mais praticadas está a Adventista do Sétimo Dia (IASD), que tem 70.514 membros no estado. Em Pelotas o número de habitantes é de em torno de 325 mil (Ibge, 2010a) e destes aproximadamente 1800 são Adventistas (Sul-Rio-Grandense, 2013).

A IASD tem sua base doutrinária em 28 pontos, chamados crenças fundamentais (IASD, 2012). Além deste existem outros preceitos que norteiam o viver dos fiéis, um destes é o que discorre sobre cuidados com a saúde física. Para estimular boas práticas quanto a um viver saudável, a IASD tem um ministério que se preocupa em estimular práticas que favoreçam a boa saúde de seus membros. Esse ministério preconiza os ensinamentos bíblicos relacionados à saúde, e estimula comportamentos como consumo de água em quantidade adequada, exposição apropriada à luz solar, ar puro e boa respiração, abstinência de substâncias prejudiciais, repouso suficiente, prática regular de exercício/atividade física, regime conveniente, além da crença de confiança em Deus, são o alicerce das crenças sobre saúde que os Adventistas creem e pregam.

Estudos com Adventistas têm demonstrado que, os indivíduos que aceitam e seguem as doutrinas Adventistas em relação ao viver saudável, como os residentes em Loma Linda, um dos maiores bolsões de longevidade no mundo, apresentam comportamentos favoráveis à saúde, como, alimentação adequada, regularidade na prática de exercícios físicos, abstenção do uso de bebidas alcoólicas e tabaco, entre outros fatores. Entre essa população há diminuição do risco para cânceres, doenças cardíacas e diabetes, proporcionando uma longevidade de em média 5,85 anos a mais quando comparados com os demais residentes da Califórnia, essa diferença é maior quando comparado com o restante da população mundial. (Lee, Morton *et al.*, 2009).

Aspectos relacionados à IASD têm sido relacionados a melhores condições de saúde e menor índice de morbidades (Beeson, Abbey *et al.*, 1998; Herring,

Butler *et al.*, 2010; Bes-Rastrollo, Sabate *et al.*, 2011; Jo, Maxwell *et al.*, 2012; Kyulo, Knutsen *et al.*, 2012). Contudo não foram encontrados estudos que avancem indagando essa população quanto a outros aspectos comportamentais de saúde ou com instrumentos mais robustos e validados tampouco trabalhos realizados no Brasil.

Dessa forma este trabalho verificará alguns comportamentos relacionados à saúde dos Adventistas do Sétimo Dia residentes na cidade de Pelotas, comparando-os com indivíduos não-adventistas de mesmo sexo, idade e nível econômico similares.

## **2. Justificativa:**

A IASD mundial tem preocupação com a saúde dos indivíduos, razão pela qual promove, implanta e colabora com diversas ações ligadas a qualidade de vida das pessoas. Na cidade americana de Loma Linda, a maioria dos moradores é Adventista, e a população possui alta longevidade e boa condição de saúde (Botelho, 2010). A IASD no Brasil também fomenta ações em diversos estados brasileiros disponibilizando atendimento médico, odontológico, psicológico, albergue noturno para os desabrigados, alfabetização, alimentação, educação básica, auxilia através de palestras sobre prevenção de doenças crônicas, de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Dessa forma, acredita-se que os congregantes Adventistas do Sétimo Dia apresentam hábitos em saúde distintos da população geral.

Na literatura, com exceção de um estudo em São Paulo, há ausência de estudos brasileiros que envolvam a população ASD, apesar de a religião ser bastante abrangente e possuir muitos congregantes. O estudo se faz relevante também para podermos descrever quem são e como se comportam e compararmos essa população com indivíduos de uma amostra da população de não-praticantes da religião, em termos de aspectos sócio demográficos e comportamentos relacionados à saúde. Pelotas é uma cidade com vários estudos populacionais sobre comportamentos em saúde, porém nenhum estudo investigou o papel da religiosidade sobre adoção de comportamentos saudáveis.

### **3. Objetivos:**

#### **Objetivo Geral:**

- Descrever o perfil dos ASD da cidade de Pelotas;
- Comparar comportamentos relacionados à saúde, qualidade de vida, estado nutricional e presença de morbidades de Adventistas do Sétimo Dia da cidade de Pelotas com uma amostra da população de não praticantes da religião.

#### **Objetivos específicos:**

Caracterizar a amostra quanto a fatores:

- a) sócio demográficos: sexo, cor da pele, idade, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar.
- b) comportamentais: atividade física, dieta, horas de sono, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo;
- c) Além disso, serão investigadas as seguintes variáveis:
  - qualidade de vida
  - estado nutricional (índice de massa corporal)
  - nível de religiosidade desta população, estima o quanto a religião está presente e influencia no cotidiano dos sujeitos;
  - presença de morbidades, tais como as de aparelho locomotor (artrite, artrose, reumatismo, dor lombar, tendinite, tenossinovite), metabólicas (hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca), câncer, bronquite ou asma, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, e cirrose.

## **4. Revisão de Literatura**

A revisão de literatura visa abordar as questões referentes a dois conjuntos de informações: a) Aspectos relacionados religião e sua influência sobre aspectos de saúde populacional; b) a religião Adventista e sua relação com a saúde de seus membros.

Para tal, foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicas, a fim de obter literatura, para embasamento científico para o trabalho. Foram consultadas as bases de dados PubMed e Scielo, além do Google Acadêmico. Outros sete artigos foram identificado na lista de referências dos outros estudos já captados.

### **4.1 Religião e Saúde**

Em relação ao tópico religião e sua influência sobre aspectos de saúde, abordamos o tema sob a perspectiva de como a religião pode associar-se com o estilo de vida dos indivíduos.

A adoção e manutenção de hábitos saudáveis são condutas relevantes para manutenção da saúde, (Pinto Guedes e Viezzer Grondin, 2008), pois, doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 63% das 57 milhões de óbitos que ocorreram no ano de 2008. Dentre estas, destacam-se as mortes por doença cardiovascular, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer (Organization, 2011), sendo que todas estas estão fortemente relacionadas com estilo de vida.

A religião ou fato de participar de grupo religioso atua em muitos casos, como estímulo para condutas adequadas em saúde, além de proporcionar condições de convívio que podem ter relevância para melhora na qualidade de vida. Há também casos em que o fato de participar de determinados grupos religiosos, leva os indivíduos a determinadas condutas, que podem ser benéficas à sua saúde física e mental.

Estudo realizado em Israel mostrou diferenças entre o estilo de vida de indivíduos que foram classificados como 'secular', atento (aos princípios religiosos) ou religioso (ortodoxo). Este estudo, com amostra final de 3056 indivíduos que foram entrevistados por telefone, mostrou que diversos

comportamentos de risco são minimizados e/ou desaparecem, por influência da religiosidade (Shmueli e Tamir, 2007).

### **Atividade Física e Religião**

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a falta de atividade física é o quarto fator de risco para a mortalidade. Ela é a principal causa para cerca de 25% dos cânceres de mama e de cólon, 27% de diabetes e 30% dos casos de cardiopatia isquêmica (WHO 2010).

Há baixa aderência à prática regular de atividade física, por diversos fatores, dentre eles alegação de falta de tempo e de espaços adequados para prática, falta de dinheiro, falta de companhia para a prática, medo de lesão, ou mesmo não gostar de praticar atividades físicas (Reichert, Barros *et al.*, 2007). A prática de atividades físicas contribui para prevenção e controle de inúmeras doenças tais como: cardiopatias, acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, hipertensão, câncer de cólon e de mama e depressão (Organization, 2010a). É bem provado pela literatura, o fato de que a atividade física atua também no tratamento pra doenças da síndrome metabólica (Dutheil, Lac *et al.*, 2012). Quanto a atividades como caminhadas no tempo livre, 21% da população de Pelotas relatou praticar, e apenas 6% alcançam as recomendações para prática em atividades de lazer (Angélica N. Adamoli, 2010). Em se tratando de atividades físicas no deslocamento 66% entre adultos e 74% dos idosos do Brasil apresentam nível de atividade física insuficiente nesse domínio (Madeira, Siqueira *et al.*, 2013).

Outro ponto importante e que merece consideração é a opinião dos líderes religiosos e seu posicionamento em relação a atividades físicas. A partir dessa inquietação foi realizado estudo com líderes de cinco congregações cristãs. Foram abordado sobre sua posição, e dessa forma também, da igreja a qual representam, sobre como avaliam o papel das atividades físicas como fator promotor de saúde, além de investigar se eles ofereciam atividades físicas para os membros e se havia alguma oposição por parte da igreja quanto a alguma prática. Os líderes se mostraram favoráveis à prática de atividades físicas, por vezes promovendo tais práticas. (Juliana Guimarães Saneto, 2007).

## **Religião e hábitos alimentares**

Documento da Organização Mundial da Saúde traz alguns pontos relevantes quanto à prática alimentar saudável, como aumentar o consumo de frutas, verduras, vegetais e cereais integrais, diminuir a ingestão de açúcares, sal (sódio) e gorduras saturadas, atingir balanço energético equilibrado e peso saudável (Organization, 2004). Em 2008, a OMS constatou que no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis eram causa de 74% de todos os óbitos. Grande parte dessas doenças tem origem em uma alimentação inadequada (Organization, 2010b).

O Ministério da Saúde do governo brasileiro elaborou uma lista de procedimentos para alimentação adequada, o qual chamou de dez passos da alimentação saudável, que são:

1- Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e faz bem à saúde.

2- Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

3- Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

4- Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação.

5- Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

6- Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

7- Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

8- Faça pelo menos três refeições (café-da-manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

9- Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos em sua forma mais natural.

10- Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches. (Brasil, 2013). Um estudo com adultos de Pelotas avaliou a adesão a esses 10 passos e encontrou baixa prevalência de hábitos alimentares adequados. Apenas 1,1% da população seguiu todos os passos (Vinholes, Assunção *et al.*, 2009).

Em relação ao consumo alimentar há evidência de que a religião pode contribuir para uma alimentação mais adequada, como por exemplo, redução da hiperfagia, do consumo de alimentos não saudáveis através de práticas religiosas, mostrando que principalmente em datas especiais, como a quaresma entre os católicos, há um processo de reeducação alimentar influenciado pela religião. Entende-se dessa forma que a religião e seus dogmas podem contribuir de forma positiva para condutas alimentares mais adequadas (Rodrigues e Boog, 2006; Lucchetti, Lucchetti *et al.*, 2011).

### **Qualidade de Vida**

A qualidade de vida (QV) de um indivíduo é dependente de diversos fatores sendo alguns deles internos e outros dependentes do meio em que o indivíduo está inserido, devem ser considerados ao analisar a qualidade de vida de um sujeito os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000).

Fator que contribui de forma relevante para que indivíduos relatem QV são os ligados ao preenchimento de suas expectativas e necessidades, tais como componentes da vida social, que diversas vezes são completados por aspectos advindos da religiosidade e possivelmente do convívio que é oferecido em comunidades de crenças (Barricelli, Sakumoto *et al.*, 2012). Além destes aspectos atividades físicas como fazendo parte das atividades diárias também parecem ter importante papel na QV dos indivíduos.

Segundo Stroppa e Almeida em 2008, a religião tem papel importante na prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, pelo fato de desestimular práticas nocivas à saúde. Além de fatores advindos de atividades religiosas e voluntárias e do convívio em comunidade, que parecem ter influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos (Moreira-Almeida, 2008).

Dentre as muitas formas pelas quais se pode incentivar a adoção de hábitos saudáveis em comunidades religiosas, as mensagens explanadas por seus líderes, é um meio bastante recorrente e eficaz. A fim de investigar a importância dessa forma de estímulo foi realizado um inquérito telefônico com coreanas residentes na Califórnia, (n=591), em que foram autorrelatadas medidas de peso e estatura. O estudo questionou sobre a frequência que recebiam estímulo quanto a práticas saudáveis, incluindo alimentação e atividade física, advindo de seus líderes religiosos em um mês típico. As participantes descreveram a quantidade de atividades físicas realizadas durante cada semana. Quanto à constância de instrução a variável foi dividida em três: não recebe atendimento, atendimento esporádico e atendimentos repetidos. A prevalência média de mensagens sobre saúde explanada por líder religioso foi de 0,967 por mês, já as que foram proferidas por outros congregantes e que faziam referência aos temas Dieta/Exercícios, foi de 2,5 ao mês. Além disso, os resultados mostraram que quanto maior a quantidade de mensagens sobre saúde, especificamente dieta/obesidade, menor a probabilidade dos congregantes apresentarem sobrepeso/obesidade. Isso foi demonstrado pelo fato de que o risco para desenvolver sobrepeso/obesidade foi reduzido quanto maior o número de mensagens referentes à saúde (Ayers, Hofstetter *et al.*, 2010).

Há por parte de algumas instituições religiosas preocupação quanto a estruturação de programas que visem o estado geral de saúde de seus membros. Exemplo disso é encontrado em estudo realizado com membros da Igreja Episcopal Metodista Africana (AME). A AME tem um ministério de saúde ativo, este visa sete pontos especiais que são: 1- ajudar os membros a compreender que uma boa saúde é parte integrante da fé e do cristianismo; 2- promover a saúde de todos os congregantes; 3- advogar que acesso a cuidados de saúde é um direito de todos e não um privilégio de alguns; 4- trabalhar a fim de reformar a estrutura do sistema de saúde; 5- procurar fazer a denominação restaurar a fé na comunidade; 6- colaborar com organizações comunitárias para implementar um sistema de cuidado à saúde; 7- encorajar a conexão organizacional para incluir a saúde como componente de vida e no trabalho. Ministérios, como são chamados pelos líderes religiosos, podem

servir como grande auxílio na promoção de saúde da população em geral (Wilcox, Laken *et al.*, 2010).

Além dos benefícios advindos de admoestações quanto ao zelo que se deve ter quanto à saúde física, há indícios de que a convivência em comunidades cristãs pode favorecer os congregantes (Alves, Alves Hda *et al.*, 2010). Percebe-se que há forte ligação entre participação em grupo religioso, e tratamento para diversas doenças, tanto as de cunho psicológico como as que envolvem a saúde física. Os resultados evidenciam os benefícios que a religião pode exercer na prevenção de doenças (Matthews, Wien *et al.*, 2011).

### **A Igreja Adventista**

A IASD é uma denominação religiosa fundada nos Estados Unidos no século XIX. Segundo site da IASD, o número de crentes que fazem parte da denominação somam 16,6 milhões em todo o mundo (Portaladventista, 2010) Sua taxa de crescimento é de quase um milhão de crentes a cada ano. (Adventists, 2013b) Além de abrigar instituições de ensino, desde a pré-escola até pós-graduações, editoras, centros de mídia e ministérios de cuidado à saúde (hospitais, clínicas, etc.) (Adventists, 2013a) mantém também uma organização não governamental (ONG) denominada Agência Solidária Adventista (ASA). Esses religiosos têm seu estilo de vida norteado pela Bíblia e são mundialmente conhecidos como pessoas que se dedicam ao estudo das escrituras e que mantêm forte preocupação com princípios de saúde. (Oficial, 2013)

A estrutura administrativa da IASD se dá de forma piramidal, tendo no topo a Associação Geral, dividindo o território mundial em Divisões, Uniões e Associações/Missões.



A IASD percebe seus fiéis de modo absoluto, portanto suas doutrinas visam abarcar todas as facetas do comportamento de seus seguidores, por isso a igreja insta seus fiéis a que vivam em comunidades, tenham relações familiares harmoniosas, sejam cidadãos responsáveis, motiva-os a buscar educação formal, os instiga para que cuidem de sua saúde espiritual e também da saúde física. Para cada um desses enfoques há áreas específicas, chamados ministérios. Esses ministérios são liderados por membros da igreja e são responsáveis por dar suporte e motivar os outros fiéis, para que se mantenham em acordo com os preceitos que a religião adota como princípios. Existem na IASD os seguintes ministérios:

ASA (Agência Solidária Adventista)
Desbravadores
Educação
Escola Sabatina
Evangelismo
Ministério da Criança e Adolescente
Ministério da Mulher
Ministério da Família
Ministério Pessoal

Missão Global
<u>Ministério da saúde</u>
Ministério da Mordomia Cristã
Publicações
Voluntários
Ministério da secretaria
Tesouraria

Quadro1. IASD e seus Ministérios

A Igreja Adventista do Sétimo Dia é a instituição religiosa com presença em duzentos e cinco dos duzentos e trinta países reconhecidos pela ONU. O Quadro 2 dá um vislumbre da abrangência desta instituição. A IASD no Brasil é dividida da seguinte forma: União Central Brasileira, União Centro-Oeste Brasileira, União Sudeste Brasileira, União Nordeste Brasileira, União Noroeste Brasileira, União Norte Brasileira e União Sul Brasileira. A união Sul Brasileira envolve os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O Rio Grande do Sul, teve seu território desmembrado em três partes; Associação central Sul Riograndense, Missão Ocidental Sul Riograndense e a Associação Sul Riograndense,

Quadro 2 Resumo de aspectos estruturais da IASD:

<b>Igrejas, Membros e Empregados</b> Igrejas (congregações) – 44.888 Total de membros da Igreja – 10.163.414 Batismos e profissões de fé – 818.754 Pastores ordenados ativos – 13.432 Total de empregados ativos – 165.213	<b>Missão no Mundo</b> Países e áreas reconhecidos pelas Nações Unidas - 230 Países onde a IASD se encontra estabelecida - 205 Áreas consideradas - 13 464 Áreas penetradas - 5 760 Divisões - 12 Uniões - 90 Associações, missões e campos- 483
<b>Programa Educacional</b> Escolas primárias - 4 450 Escolas secundárias - 1 014 Instituições superiores - 90 Total de escolas - 5 590 Alunos matriculados nas escolas primárias - 723 473 Alunos matriculados nas escolas secundárias - 208 486 Alunos matriculados nas escolas superiores - 60 632 Número total de alunos - 996 249	<b>Rádio, Televisão e Cursos de Bíblia</b> Estações de rádio utilizadas semanalmente - 2 283 Estações de televisão utilizadas semanalmente - 1 681 Inscrições nos Cursos da Bíblia - 455 750 Alunos que terminam os Cursos da Bíblia - 201 318
<b>Saúde e Assistência</b> Hospitais e sanatórios - 162 Clínicas e dispensários - 361 Creches, lares de idosos e orfanatos - 127 Aviões, lanchas de serviço médico - 5 Consultas a doentes externos- 9 299 792 Ativo das instituições de saúde (dólares) - 4 908 790 417	<b>Publicações</b> Casas publicadoras e sucursais- 57 Colportores-evangelistas regulares - 7 584 Línguas utilizadas em publicações e oralmente - 748 Línguas em que existe literatura publicada - 272
<b>Escola Sabatina</b> Escolas sabatinas - 107 224 Membros da Escola Sabatina - 11 785 918	<b>Indústria Alimentar</b> Indústrias de alimentos saudáveis - 27

Os Adventistas organizaram suas crenças em um livro denominado “Nisto Cremos”, que contém vinte e oito doutrinas básicas que norteiam o estilo de vida da Igreja Adventista do Sétimo Dia, e a aceitação dessas, que se dá de forma pública no momento do batismo, é pré-requisito para tornar-se membro. Essas vinte e oito doutrinas têm base Bíblica. Dentre os preceitos fundamentais que professam, encontra-se o que diz respeito à Mordomia Cristã. Este discorre sobre quatro princípios, conhecidos como os quatro T’s da Mordomia Cristã Adventista, são eles: Tempo, Talentos, Tesouro, Templo. Este último item (templo) se refere a como o indivíduo cuida do corpo que Deus lhe confiou. Diz a bíblia que o corpo é templo do Espírito Santo (I Coríntios 3:16), e que cada fiel deve cuidar desse santuário de forma adequada. No livro crenças fundamentais Nisto Cremos encontramos a seguinte informação:

“ [...] sendo o nosso corpo o templo do Espírito Santo, devemos cuidar dele inteligentemente. Junto com adequado exercício e repouso, devemos adotar a alimentação mais saudável possível e abster-nos dos alimentos imundos identificados nas Escrituras. Visto

que as bebidas alcoólicas, o fumo e o uso irresponsável de medicamentos e narcóticos são prejudiciais ao nosso corpo, também devemos abster-nos dessas coisas. Em vez disso, devemos empenhar-nos em tudo que submeta nossos pensamentos e nosso corpo à disciplina de Cristo, o qual deseja nossa integridade, alegria e bem-estar.” (IASD, 2012)

As IASD são organizadas e divididas em departamentos, cada um responsável por algum ramo de interesse da igreja. Existe o departamento do ministério pessoal, de jovens, da escola sabatina, ASA, entre outros. Há também o departamento da saúde, pelo qual a igreja preconiza a adoção de oito princípios a serem seguidos para uma vida saudável:

a) Ar puro; b) Exposição adequada à Luz Solar; c) Descanso apropriado; d) Prática de exercício Físico, e) Consumo suficiente de água, f) Alimentação Adequada, g) Abstinência de substâncias prejudiciais, h) Confiança em Deus.

### Saúde Adventista

#### ✓ A Bíblia e a saúde

A Bíblia é livro que os ASD tomam como guia para sua conduta (IASD, 2013). Neste livro tido como sagrado, estes indivíduos encontram preceitos para as mais diversas áreas da vida, incluindo leis. De forma resumida podemos descrever as leis encontradas na Bíblia como:

Lei Moral;

Lei Cerimonial;

Leis civis e

Leis de saúde.

Quanto às leis de saúde na bíblia, seu contexto é bastante abrangente, pois faz menção ao tipo de alimentação adequada, tipos de carnes que devem ou não ser consumidas, atitudes quanto à prevenção para doenças infecto contagiosas, pois o povo de Israel morava em cabanas com pouca infraestrutura. Por terem características nômades o povo Israelita não possuía casas com instalações adequadas para realização da higiene e necessidades fisiológicas, dessa forma, a Bíblia deixa instruções para procedimento especialmente nos livros de Êxodo e Levítico, ambos no Antigo Testamento.

De fato não havia muitas recomendações para atividades físicas visto que este aspecto não era problema que precisasse de atenção naquele período da história. Havia instruções quanto a convívio em comunidades, pois essa prática é reconhecida na bíblia como fonte de bem estar para os indivíduos como relata o livro de Salmos no capítulo 133 verso 1.

Em relação à saúde física dos indivíduos, dois dos textos mais conhecidos e citados como referencial para indicar que os cristãos devem manter estilo de vida adequado são os que se encontra nos livros de I Coríntios no capítulo 10 e versículo 31 que diz: “Portanto, quer comais quer bebais, ou façais outra qualquer coisa, fazei tudo para gloria de Deus”. e I Coríntios capítulo 6 versos 19 e 20, onde está escrito: “Acaso não sabeis que o vosso corpo é santuário do Espírito Santo que habita em vós, o qual vos foi dado por Deus, e que não sois de vós mesmos? Porque fostes comprados por preço, portanto glorificai a Deus no vosso corpo”. Além do relato da criação no livro de Genesis quando Deus ao criar o reino vegetal disse “Eis que vos tenho dado toda a erva que dê semente, que está sobre a face de toda a terra; e toda a árvore, em que há fruto que dê semente, ser-vos-á para mantimento.” Gênesis 1:29. Há também um capítulo inteiro no livro de Levítico que trata sobre alimentos imundos e próprios para o consumo.

#### ✓ Literatura Adventista

A IASD produz e publica variados títulos referentes à área de saúde. Assuntos voltados ao bem estar geral dos leitores são abordados em livros como: Conselhos sobre Regime Alimentar, A Ciência do Bom Viver, Medicina e Salvação, Remédios de Deus, além de uma revista com tiragem mensal intitulada Vida e Saúde, produzida pela editora Adventista, Casa Publicadora Brasileira. A revista há mais de 70 anos traz em suas páginas conteúdos que visam contribuir para que seus leitores possuam um estilo de vida mais equilibrado e saudável.

Há anualmente uma reunião denominada Capacitação, em que devem participar os líderes de departamentos das Igrejas Adventistas. No ano de 2013 nesse evento foi distribuída aos líderes da igreja em questão uma agenda que contém as atribuições dos líderes para o ano vigente. Quanto aos líderes de saúde é esperado deles que:

1. Cada diretor do ministério da saúde leve uma pessoa ao batismo em 2013;
2. Que incentive a realização de um jejum semestral para que a igreja tenha maior discernimento e aceitação da mensagem de saúde neste tempo;
3. Formar pequenos grupos com intuito de debater temas relacionados à saúde;
4. Promover juntamente com a ASA (Ação solidária Adventista) a Expo Saúde;
5. Estimular a igreja para que leia pelo menos um livro de saúde escrito por Ellen White;
6. Mostrar a igreja semanalmente o DVD Dicas de saúde fornecido pela ASR;
7. Comunicar e incentivar o viver de acordo com os oito remédios naturais propostos por Deus;
8. Em um final de semana ou sábado realizar encontro com temas relacionados com o ministério da saúde. Buscar junto a secretaria da ASR profissionais de saúde adventistas para a realização de seminários e palestras;
9. Ensinar através de cursos ou palestras uma culinária saudável;
10. Participar das capacitações oferecidas pela ASR;
11. Estar cadastrado como líder de saúde no cadastro da ASR;
12. Enviar relatório trimestral sobre atividades realizadas. (Sul-Rio-Grandense, 2013)

Além dos meios já citados há os escritos de uma escritora estadunidense chamada Ellen G. White, que redigiu diversos livros relacionados ao tema, além de conhecimentos científicos atuais, um canal de televisão da IASD (Novo Tempo), que dentre os programas veiculados, alguns discorrem sobre saúde e auxiliam na confecção de culinária saudável, conhecimentos estão a disposição dos membros da IASD também através da revista Vida e saúde. Apesar de não estar disponível gratuitamente, disponibiliza na internet dicas para um viver saudável (Comunicação, 2013).

#### ✓ Pesquisas anteriores

Alguns estudos de caráter científico com a população Adventista do Sétimo Dia já foram conduzidos. Muitas pesquisas são feitas, porém partindo de programas de televisão e outras fontes midiáticas, portanto, não científicos. Dentre os científicos publicados e que tinham como foco o comportamento dessa população, encontram-se estudos publicados através de duas coortes denominadas Adventist Health Study I e II, e alguns outros estudos em diferentes países, sendo um deles aqui no Brasil. Muitas das publicações com

essa população tiveram focos específicos, em determinados agravos descrevendo os métodos do estudo ou visando retratar apenas a influência de dietas sobre a saúde destes indivíduos (Tantamango, Knutsen *et al.*, 2011a), (Tantamango, Knutsen *et al.*, 2011b), (Jaceldo-Siegl, Fan *et al.*, 2011), (Matthews, Wien *et al.*, 2011), (Rizzo, Sabate *et al.*, 2011), (Pettersen, Anousheh *et al.*, 2012), .

A relação entre religiosidade e saúde, foi estudada entre indivíduos que frequentam igrejas Adventistas no ano de 2011 em estudo realizado em São Paulo capital e interior paulista, em que participaram 264 congregantes Adventistas. Cerca de 10% dos indivíduos relataram ser vegetarianos, e 50% consideraram-se fisicamente ativos. A média de IMC foi de 25,8 kg/m<sup>2</sup>, não havendo diferença entre os grupos da capital e do interior paulista. a prevalência de hipertensão arterial foi de 22,7%, valor menor do que a média nacional que está em torno de 30% (Silva, Silva *et al.*, 2012).

O estilo de vida dos ASD tem despertado a curiosidade em diversos locais, como mostra trabalho desenvolvido por pesquisadores na Noruega em 1994, que objetivou comparar fatores de risco para doenças não transmissíveis, desfechos gestacionais, incidência de câncer, morte por causas específicas, e mortalidade total, de ASD e comparar com indivíduos não adventistas, a partir de dados populacionais já registrados pelos centros de saúde do país. Os achados indicaram que os indivíduos Adventistas apresentavam melhores condições de saúde desde o nascimento, os bebês de mães adventistas nasciam em média 99 g mais pesados. O colesterol total e a taxa de mortalidade dos adultos adventistas foi menor do que indivíduos não-adventistas. Os números para óbito por câncer não diferiram entre os grupos (Fonnebo, 1994).

Um estudo de coorte envolvendo 56754 Adventistas do sétimo Dia brancos e negros não hispânicos investigou o estilo de vida dos participantes. As análises para esse trabalho de caráter transversal foram feitas a partir de dados da linha base. Os autores destacaram que indivíduos de pele negra mostraram menor probabilidade de serem vegetarianos, desenvolver infarto, enfisema e cânceres (exceto o câncer de próstata) beber e fumar, além de menores níveis de HDL colesterol e atividade física, maior risco de hipertensão

arterial, diabetes e sobrepeso em comparação com homens brancos adventistas. As discrepâncias encontradas são justificadas pelos autores como sendo causadas pelas políticas de racismo ainda existentes, pois há fatores como segregação habitacional, discriminação no trabalho, menor acesso a educação e cuidados à saúde. Todavia cabe ressaltar que apesar de o estado geral de saúde dos indivíduos negros adventistas, segundo o trabalho, é melhor quando comparado com indivíduos negros não adventistas.

O estudo mostrou ainda que o perfil de saúde dos negros adventistas é melhor que negros da mesma nacionalidade, mas não praticantes da religião Adventista (Montgomery, Herring *et al.*, 2007).

Diversos fatores são considerados fator de risco para doença cardíaca, como viscosidade do sangue, do plasma, hematócrito e esse risco pode ser aumentado pela desidratação. Essa associação entre doença cardíaca e ingestão de água e/ou outros fluidos foi investigada em uma coorte com aproximadamente 20 mil adultos, realizada com membros da igreja Adventista na Califórnia. 246 foram os casos registrados de doença cardíaca durante os seis anos de acompanhamento. Em comparação com as médias nacionais, os participantes do estudo de Saúde Adventista beberam mais água, leite e sucos de frutas e menos café, chá e bebidas gaseificadas e alcoólicas quando comparados com a população em geral. Esta alta ingestão de água (5 ou mais copos/dia) comparado com baixo consumo (2 ou menos copos/dia), esteve associado com risco relativo entre os homens de 0,46 (0,28, 0,75) (Chan, Knutsen *et al.*, 2002).

Estudo prospectivo em que os autores examinaram a relação entre IMC e mortalidade, entre 20346 adultos de cor de pele branca, membros da IASD, entre os anos de 1976-1988. Os indivíduos que compuseram a amostra nunca fumaram e nem apresentavam histórico de doença cardíaca, câncer, e infarto. Os autores relatam que há dificuldade de extrapolação dos resultados para a população em geral, visto que os indivíduos estudados apresentavam pouquíssimos fatores de risco concomitantes, encontraram associação entre IMC e morte por todas as causas, entre homens e mulheres de meia idade e idosos. Os achados identificam o alto risco do fator adiposidade entre adultos,

mesmo que estes indivíduos apresentem menor ingestão de álcool, não fumem e alguns tenham dieta vegetariana (Singh, Lindsted *et al.*, 1999).

Dessa forma há evidências de que participar de grupo religioso pode favorecer a adoção de comportamentos favoráveis à saúde. Há também fortes indícios que a religião adventista contribui e estimula seus membros para que tenham comportamentos que tragam benefícios a sua condição física. Sendo assim com este trabalho pretende-se objetivamente averiguar as atitudes de cuidado físico, e como alguns poucos trabalhos já o fizeram e avançar para questões associadas a qualidade de vida e importância da religião como componente de estímulo a condutas positivas para saúde.

## **4. Materiais e Métodos**

### **4.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional a ser realizado em Pelotas - RS.

### **4.2 População em estudo**

Membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia de Pelotas e indivíduos não-membros desta igreja selecionados a partir de um pareamento por idade, sexo e local de moradia (vizinho ao membro da igreja).

### **4.3 Critérios de inclusão**

Para ser incluído como um Adventista o indivíduo precisa:

- ser batizado na IASD, ter nome no registro de membros da igreja, frequentar semanalmente os cultos religiosos. Os critérios estabelecidos visam que os indivíduos selecionados para compor a amostra, sejam membros comprometidos com as doutrinas da IASD. Essas informações serão acessadas junto à secretaria das igrejas.

Em relação à seleção dos indivíduos não adventistas, os mesmos serão pareados aos membros da igreja por idade ( $\pm 5$ anos), sexo e local de residência. Tal pareamento visa o controle do efeito dessas características (idade, sexo e nível econômico) sobre as variáveis a serem estudadas. Neste contexto, local de moradia será utilizada como uma *proxy* do nível econômico. Ressalta-se ainda que outras variáveis indicadoras do nível econômico também serão estudadas, tal como os anos de escolaridade. Além disso, apenas participarão do estudo indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **4.4 Critérios de exclusão**

Gestantes e aqueles com incapacidade de responder o questionário. As gestantes serão excluídas, visto que em razão de possíveis mudanças no estilo de vida durante a gravidez, houvesse necessidade de encontrar outra gestante, o que dificultaria o pareamento.

#### **4.5 Variáveis dependentes**

Nível de atividade física, hábitos alimentares, qualidade de vida, nível de religiosidade desta população, transtornos psiquiátricos, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, horas de sono e presença de morbididades, tais como de aparelho locomotor (dor lombar), metabólicas (hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca), câncer, insuficiência renal crônica, depressão, e cirrose

#### **4.6 Variáveis independentes**

Sexo, cor da pele, idade, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar, massa corporal, estatura, IMC (índice de massa corporal).

#### **4.7 Processo de amostragem e logística**

Em agosto de 2012 foi realizado um primeiro contato com os líderes da IASD em Pelotas, a fim de obter autorização destes para realização do estudo. Os dados referentes ao número de igrejas do município foram obtidos através de material impresso, disponibilizado pela Associação Sul Riograndense da IASD(Sul-Rio-Grandense, 2013). Esse documento contém uma lista dos três distritos em que a instituição divide a cidade de Pelotas com suas respectivas igrejas e número de membros por igreja. O quadro 2 destaca as igrejas de Pelotas, as quais estão alocadas na Associação Sul Riograndense.

Distritos e respectivas Igrejas					
Fragata	n	Pelotas	n	Santa Terezinha	n
Arroio Grande	9	Areal	69	Cerrito Alegre	51
Capão Do Leão	33	Dunas	23	Monte Bonito	56
Fragata	152	Morro Redondo	13	Pestano	60
Guabiroba	51	Navegantes	83	Santa Teresinha	276
Jaguarão	112	Pelotas (centro)	376	Santos Dumont	36
Jardim	35	Sanga Funda	51	Sítio Floresta	12
Jardim América	87	Vasco Pires	67	Vila Princesa	66
Parque Fragata	28				
Pedro Osório	23				
<b>Total</b>	<b>530</b>		<b>682</b>		<b>548</b>

Quadro 2 Distrito e Igrejas da cidade de Pelotas.

Cada Igreja, inclusive as de Pelotas, possuem secretárias, sendo responsáveis pela lista de membros da igreja local e por mantê-la atualizada. Esta lista contém informações gerais sobre cada indivíduo, nome data de nascimento, estado civil, além de endereço e telefone. Pretende-se através desta lista, encontrar os indivíduos que forem sorteados para fazer parte da amostra.

A lista de membros De posse da lista de membros das IASD's, que será cedida pelo atual presidente de Associação Sul-Riograndense, selecionaremos uma amostra de indivíduos estratificada por distrito e com probabilidade proporcional ao seu tamanho. O tamanho de amostra será de aproximadamente 1400 indivíduos (700 de Adventistas). Este tamanho de amostra permitirá detectar como significativo razão de prevalências de 1,5 ou superior com poder de 80% e nível de confiança de 95%.

Posteriormente será realizado contato telefônico com os sorteados a fim de agendar a data para aplicação do questionário, que será realizado na residência do indivíduo. Após efetivação da entrevista, faremos busca por indivíduo com características de sexo, idade (margem de  $\pm 5$  anos) e local de moradia similar ao indivíduo adventista. Como estratégia para abordagem do par, consultaremos os residentes da casa imediatamente ao lado direito,

considerando a direita do entrevistador chegando ao domicílio, da residência do adventista. Não havendo tal indivíduo a abordagem se dará no próximo domicílio a direita do anterior e assim sucessivamente até encontrar uma pessoa com as características necessárias.

Dentre os adventistas será considerado como recusa, o indivíduo que for localizado e se recusar a responder o questionário por três vezes. O entrevistador deverá após a primeira visita visitar o local mais duas vezes, sendo necessário o pesquisador responsável entrará em contato por telefone com o indivíduo sorteado. Quanto ao não adventista se computará como recusa o indivíduo que se negar a responder o questionário, o procedimento após a recusa deve ser realizar nova abordagem na casa imediatamente a direita da casa em que houve a recusa. Perdas, se houverem, serão contabilizadas.

Os dados serão coletados por alunos da Escola Superior de Educação Física devidamente treinados. O treinamento consistirá em três encontros, nos quais serão devidamente explicados os procedimentos de coleta, o instrumento e método da coleta em campo.

Os dados serão coletados através de questionário investigando dados econômicos e demográficos, atividade física (IPAQ) versão longa, porém apenas os domínios deslocamento e lazer, consumo alimentar (GUIA ALIMENTAR COMO TER UMA ALIMENTAÇÃO), uso de medicamentos, qualidade de vida (WHOQOL Bref.), nível de religiosidade (Escala de Religiosidade de Duke), transtornos psiquiátricos menores (SRQ 20), e questões referentes a presença de morbidades (suplemento saúde da PNAD). A seguir são descritos em detalhes os instrumentos a serem utilizados.

## 4.8 Instrumentos

A aplicação do questionário possibilitará avaliar variáveis antropométricas que serão obtidas de forma autorreferidas, demográficas, econômicas, nutricionais e comportamentais. As demográficas serão idade, sexo e cor da pele, estado civil e ocupação - sendo a idade coletada em anos completos. As antropométricas serão massa corporal em quilogramas e estatura coletada em centímetros; as socioeconômicas serão escolaridade, renda familiar e nível econômico: a escolaridade será coletada em anos completos de estudo. A renda familiar será coletada em reais (variável numérica contínua). O nível econômico será estimado através do instrumento da ABEP adaptado (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2009) que categoriza famílias em níveis econômicos de A (mais elevada) até E.

O cálculo do índice de massa corporal será utilizado para estimar o estado nutricional dos indivíduos. Este indicador é calculado a partir da fórmula que utiliza a massa corporal (kg), dividida pela estatura (metros) ao quadrado ( $\text{kg/m}^2$ ), sendo adultos categorizados em desnutridos  $\text{IMC} \leq 18,4$ , eutrófico  $\text{IMC}$  entre 18,5 e 24,9, com sobrepeso  $\text{IMC}$  entre 25 e 29,9 e obesos  $\text{IMC} \geq 30$  (Organization, 1995).

As variáveis comportamentais serão: i) nível de atividade física, avaliado pelo IPAQ – versão longa, que estima o nível de atividade física nos quatro domínios: trabalho, atividades domésticas, deslocamento e lazer (Craig, Marshall *et al.*, 2003). No presente trabalho, serão considerados apenas os domínios referentes ao deslocamento e lazer, uma vez que existe evidência de superestimação do nível de AF nos demais domínios (Hallal, Gomez *et al.*, 2010).

O ponto de corte para ser considerado fisicamente ativo será de  $\geq 150$  minutos de atividades físicas na semana, sendo que o tempo despendido com atividades vigorosas contará o dobro em relação ao tempo em atividades moderadas. Indivíduos com escore inferior a 150 minutos por semana serão considerados insuficientemente ativos e os que relatarem zero minuto de atividades serão considerados inativos (Services, 2008). Serão exploradas três variáveis: escores ponto de corte 150 minutos de AF/sem em atividades físicas de deslocamento e lazer; escore e ponto de corte apenas para a variável referente a deslocamentos realizados de maneira ativa; escore e ponto de corte

apenas para a variável referente a prática de atividades físicas realizadas no tempo de lazer.

As variáveis nutricionais serão avaliadas com o documento “GUIA ALIMENTAR – COMO TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”, proposto pelo Ministério da Saúde brasileiro o qual visa contribuir para a promoção da alimentação saudável, objetivando orientar a população a fazer escolhas nutricionais adequadas, no formato de “Dez passos para uma alimentação saudável”. Trata-se de questionário contendo dezoito questões, a maior parte delas sendo de múltipla escolha. Dezesesseis perguntas tratam exclusivamente de hábitos alimentares, outras duas versam sobre consumo de bebidas alcoólicas e exercícios físicos (Brasil, 2013). Com uso do Guia Alimentar de Bolso, serão determinadas a frequência do consumo de diferentes alimentos como, frutas, verduras e legumes, atribuindo pontuações para cada uma das opções de resposta, ao término do preenchimento, deve-se somar os ‘pontos’ e a partir daí tem-se um critério de avaliação, pois o instrumento divide os somatórios de respostas em tercias, sendo o menor o que representa a alimentação menos adequada.

Religiosidade será analisada através da escala de Duke Durel, validada para a população brasileira (Taunay, Cristino *et al.*, 2012). Tal instrumento contém cinco questões com múltiplas alternativas de resposta, as quais são dadas a partir de uma escala tipo likert. Para as duas primeiras questões o indivíduo tem seis opções de resposta, que variam de (1) - frequente, até (6), situação em que o respondente afirma que a atitude não faz parte de sua rotina. Para as outras três questões os escores variam de 1 a 5 sendo (1) para afirmativas totalmente verdadeiras e (5) para assertiva não verdadeira na opinião do sujeito. O instrumento avalia a religiosidade segundo três dimensões: i) organizacional (RO), que se refere à frequência em encontros religiosos, ii) não organizacional (RNO), quanto à constância de atitudes religiosas particulares e iii) intrínseca (RI), quando o indivíduo busca internalizar as doutrinas e pô-las como parte de sua rotina. Quanto à forma de análise deste instrumento, é sugerido que os escores das três dimensões sejam analisados separadamente, não oferecendo pontos de corte, e sendo apresentados de modo descritivo (Taunay, Gondim *et al.*, 2012) (Moreira-Almeida, Peres *et al.*, 2008). Adicionalmente, as dimensões estudadas por este

instrumento têm se relacionado a diversos fatores ligados a saúde física, mental e suporte social (Ramos, 2003).

Para as questões relacionadas à qualidade de vida será utilizado o questionário proposto pela Organização Mundial da Saúde, em sua versão resumida (WHOQOL-Bref). Ele é composto por vinte e seis questões, cada uma com cinco opções de resposta, e se propõe a avaliar quatro diferentes domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHO, 2012). O instrumento pede ao entrevistado que, ao responder, leve em conta suas aspirações valores e prazeres e preocupações, tendo como referência as duas semanas imediatamente anteriores, não estabelece um ponto de corte, porém há pontuação dos escores para composição das facetas (Kluthcovsky e Kluthcovsky, 2009). Cada faceta tem determinado número de questões, sendo que a faceta domínio físico tem sete questões, o domínio psicológico tem seis questões, faceta relações pessoais tem três e meio ambiente é composto por oito questões. O instrumento oferece tabela para composição dos resultados, e estabelece que sua apresentação se dê de forma percentual, sendo que quanto mais este se aproximar de 100%, melhor a qualidade de vida do indivíduo no respectivo domínio (Cefid, 2010).

Para o desfecho relacionado a transtornos mentais comuns (TMC) o instrumento utilizado foi o SRQ20 questionário constituído por 20 questões, cada uma com duas opções de resposta (sim ou não), o ponto de corte e adotado no presente trabalho foi de 6 ou mais e 8 ou mais respostas positivas para que respectivamente homens e mulheres sejam classificados como tendo TMC.

Para as questões relacionadas a presença de morbidades, o suplemento saúde do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) será empregado (Travassos, Viacava *et al.*, 2008). Ele é composto por 17 itens, os quais abordam questões relacionadas a auto percepção de saúde e diagnóstico de doença(s) por médico.

Será investigado também o consumo de medicamentos (sim ou não) e, entre aqueles que responderem positivamente, será questionado qual(is) medicamentos são utilizados. Quanto ao uso de medicamentos, serão apresentadas duas questões: Faz uso regular de alguma medicação? Em caso

de resposta afirmativa, o entrevistado deverá responder: Qual (is) o(s) medicamento(s) utiliza? (Bertoldi, Barros *et al.*, 2004)

Informações referentes ao sono decorrerão de duas perguntas, a fim de se estimar a quantidade de horas que o indivíduo costuma dormir: “Que horário o Senhor (a) costuma ir dormir?” e “Qual horário o Sr.(a) costuma acordar?”

#### **4.9 Processamento e análise dos dados**

Os questionários serão duplamente digitados no programa Epidata, para apuração e correção de possíveis erros.

A análise dos dados se dará através de análises descritivas e bivariadas, para comparação dos indivíduos adventistas e população em geral. Análises descritivas serão realizadas por número absoluto e relativo para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis numéricas. Associação entre o desfecho (ser adventista versus não ser adventista) e variáveis categóricas será verificada pelo teste de qui-quadrado. Eventuais diferenças entre o valor médio entre os grupos de comparação, quando desfecho e variáveis forem numéricas serão realizadas pelo teste t de *Student* ou equivalente não paramétrico, caso seja necessário. Todas as análises serão realizadas no pacote estatístico Stata 12.0.

#### **4.10 Aspectos éticos**

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (ESEF/UFPEL).



**6. ORÇAMENTO**

<b>Materiais de apoio (materiais de escritório, impressões, vale-transporte e entrevistadores)</b>	<b>Valor (R\$)</b>	<b>Quantidade necessária (unidades)</b>	<b>Total (R\$)</b>
Caneta esferográfica	34,50 (50 unids.)	50	34,50
Saco plástico A4 p/ questionários	7,10 (100 unids.)	200	14,20
Grampeador para 25 folhas	22,20 (1 unid.)	1	22,20
Grampos de cobre	5,40 (5000 unids.)	270	5,40
Impressões de questionários	0,08 (1 impressão)	1620	160,00
Entrevistadores	0,00	3	0,00
<b>Total de gastos com materiais</b>	-----	-----	<b>240,00</b>

#### 4. Referencias:

ADVENTISTS, G. C. O. S.-D. Seventh-day Adventist World Church Statistics. Silver Spring, 2013a. Disponível em: < <http://www.adventist.org/world-church/facts-and-figures/index.html> >. Acesso em: 19/01/2013.

ALVES, R. R. et al. The influence of religiosity on health. **Cien Saude Colet.**, v. 15, n. 4, p. 2105-11., 2010.

ANGÉLICA N. ADAMOLI, M. C. D. S., MARIO R. AZEVEDO. Prática da caminhada no lazer na população adulta de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 6, 18/12/2010 2010. Disponível em: < <http://www.sbaafs.org.br/artigos/442.pdf> >. Acesso em: 29/05/2013.

AYERS, 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 Sci Study Relig.**, v. 49, n. 3, p. 536-49., 2010.

BARRICELLI, I. D. L. F. O. B. L. et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, p. 505-515, 2012. ISSN 1809-9823. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300011&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300011&nrm=iso) >.

BEESON, W. L.; ABBEY, D. E.; KNUTSEN, S. F. Long-term concentrations of ambient air pollutants and incident lung cancer in California adults: results from the AHSMOG study. Adventist Health Study on Smog. **Environ Health Perspect.**, v. 106, n. 12, p. 813-22., 1998.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 228-238, 2004. ISSN 0034-8910. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000200012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200012&nrm=iso) >.

BES-RASTROLLO, M. et al. Validation of self-reported anthropometrics in the Adventist Health Study 2. **BMC Public Health.**, v. 11:213., n. doi, p. 10.1186/1471-2458-11-213., 2011.

BOTELHO, M. **OS SEGREDOS DA LONGEVIDADE**. Londrina: INESUL: 7 p. 2010.

BRASIL. **GUIA ALIMENTAR COMO TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**. SAÚDE, M. D.: Ministério da saúde 1: 31 p. 2013.

CEFID. **ANÁLISE DO WHOQOL-BREF**. Florianópolis, p.7. 2010

CHAN, J. et al. Water, other fluids, and fatal coronary heart disease: the Adventist Health Study. **Am J Epidemiol.**, v. 155, n. 9, p. 827-33., 2002.

COMUNICAÇÃO, R. N. T. D. Vídeos Vida e Saúde. Jacareí, 2013. Disponível em: < <http://novotempo.com/videos/vidaesaude/> >. Acesso em: 24/04/2013.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 35, n. 8, p. 1381-95., 2003.

DUTHEIL, F. et al. Treatment of metabolic syndrome by combination of physical activity and diet needs an optimal protein intake: a randomized controlled trial. **Nutr J.**, v. 11:72., n. doi, p. 10.1186/1475-2891-11-72., 2012.

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33-38, 2000. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&nrm=iso) >.

FONNEBO, V. The healthy Seventh-Day Adventist lifestyle: what is the Norwegian experience? **Am J Clin Nutr.**, v. 59, n. 5 Suppl, p. 1124S-1129S., 1994.

HALLAL, P. C. et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **J Phys Act Health.**, v. 7, n. Suppl 2, p. S259-64., 2010.

HERRING, R. P. et al. Recruiting black Americans in a large cohort study: the Adventist Health Study-2 (AHS-2) design, methods and participant characteristics. **Ethn Dis.**, v. 20, n. 4, p. 437-43., 2010.

IASD. **Nisto Cremos**. 8. Casa Publicadora Brasileira, 2012.

IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dias). Quem Somos. Brasil, 2013. Disponível em: < <http://www.usb.org.br/anp/quem-somos/> >. Acesso em: 29/05/2013.

IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dias). The World Church. Silver Spring, 2013b. Disponível em: < <http://www.adventist.org/world-church/index.html> >. Acesso em: 17/01/2013.

IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dias). The World Church. Silver Spring, 2013b. Disponível em: < <http://www.adventist.org/world-church/index.html> >. Acesso em: 17/01/2013.

IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dias), 2013. Disponível em: < <http://www.portaladventista.org/portal/> >. Acesso em: 19/01/2013.

IBGE. População residente, por sexo e situação do domicílio, população residente de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de

alfabetização, segundo os Municípios. 2010a. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tip o=31o/tabela13\\_1.shtm&uf=43](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tip o=31o/tabela13_1.shtm&uf=43) >. Acesso em: 26/04/2013.

IBGE. População Total - 1980 - 2010. **Brasil e síntese**, 2010b. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/) >. Acesso em: 26/05/2013.

JACELDO-SIEGL, K. et al. Race-specific validation of food intake obtained from a comprehensive FFQ: the Adventist Health Study-2. **Public Health Nutr.**, v. 14, n. 11, p. 1988-97. doi: 10.1017/S1368980011000735. Epub 2011 May 6., 2011.

JO, A. M. et al. Interest in health promotion among Korean American Seventh-day Adventists attending a religious retreat. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 13, n. 6, p. 2923-30., 2012.

JULIANA GUIMARÃES SANETO, J. L. D. A. Práticas corporais e religiosidade: discursos de líderes religiosos. **Coleção Pesquisa em Educação Física.**, v. 6, n. 2, p. 8, 2007. Disponível em: < <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/099.pdf> >. Acesso em: 29/04/2013.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, p. 0-0, 2009. ISSN 0101-8108. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000400007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&nrm=iso) >.

KYULO, N. L. et al. Effect of weight loss in adults on estimation of risk due to adiposity in a cohort study. **Obesity (Silver Spring)**. v. 20, n. 1, p. 206-13. doi: 10.1038/oby.2011.281. Epub 2011 Sep 22., 2012.

LEE, J. W. et al. Cohort profile: The biopsychosocial religion and health study (BRHS). **Int J Epidemiol**, v. 38, n. 6, p. 1470-8, Dec 2009. ISSN 1464-3685 (Electronic) 0300-5771 (Linking).

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore (NY)**. v. 7, n. 4, p. 234-8. doi: 10.1016/j.explore.2011.04.005., 2011.

MADEIRA, M. C. et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 165-174, 2013. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000100019&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100019&nrm=iso) >.

MATTHEWS, V. L.; WIEN, M.; SABATE, J. The risk of child and adolescent overweight is related to types of food consumed. **Nutr J.**, v. 10:71., n. doi, p. 10.1186/1475-2891-10-71., 2011.

MONTGOMERY, S. et al. Comparing self-reported disease outcomes, diet, and lifestyles in a national cohort of black and white Seventh-day Adventists. **Prev Chronic Dis.**, v. 4, n. 3, p. A62. Epub 2007 Jun 15., 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 31-32, 2008. ISSN 0101-6083. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000100006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100006&nrm=iso) >.

MOREIRA-ALMEIDA, A. S. E. A. Religiosidade e Saúde. In: INEDE (Ed.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire. Belo Horizonte: Inede, v.1, 2008. cap. 20, p.427-443.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 153-165, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100018&nrm=iso) >.

PETTERSEN, B. J. et al. Vegetarian diets and blood pressure among white subjects: results from the Adventist Health Study-2 (AHS-2). **Public Health Nutr.**, v. 15, n. 10, p. 1909-16. doi: 10.1017/S1368980011003454. Epub 2012 Jan 10., 2012.

PINTO GUEDES, D.; VIEZZER GRONDIN, L. M. **PERCEPÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS POR ADOLESCENTES: ASSOCIAÇÃO COM INDICADORES ALIMENTARES, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E CONTROLE DE PESO CORPORAL**. 2008. ISBN 2179-3255. Disponível em: < <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/338> >.

PORTALADVENTISTA. Adventistas somam 16,6 milhões de membros em todo o mundo. 2010. Disponível em: < <http://www.portaladventista.org/portal/asn---portugu/3777-adventistas-somam-166-milhoes-de-membros-em-todo-o-mundo%20acessado%2017%2001%2013> >. Acesso em: 17/01/2013.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 793-797, 2003. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&nrm=iso) >.

REICHERT, F. F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **Am J Public Health.**, v. 97, n. 3, p. 515-9. Epub 2007 Jan 31., 2007.

RIZZO, N. S. et al. Vegetarian dietary patterns are associated with a lower risk of metabolic syndrome: the adventist health study 2. **Diabetes Care.**, v. 34, n. 5, p. 1225-7. doi: 10.2337/dc10-1221. Epub 2011 Mar 16., 2011.

RODRIGUES, É. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 923-931, 2006. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500005&nrm=iso) >.

SERVICES, S. O. H. A. H. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008** SERVICES, D. O. H. A. H. Washington: Office of Public Health and Science 1: 683 p. 2008.

SHMUELI, A.; TAMIR, D. Health behavior and religiosity among Israeli Jews. **Isr Med Assoc J.**, v. 9, n. 10, p. 703-7., 2007.

SILVA, L. B. E. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, p. 329-337, 2012. ISSN 0066-782X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&nrm=iso) >.

SINGH, P. N.; LINDSTED, K. D.; FRASER, G. E. Body weight and mortality among adults who never smoked. **Am J Epidemiol.**, v. 150, n. 11, p. 1152-64., 1999.

SUL-RIO-GRANDENSE, A. **Agenda de atividades. Capacitação para líderes da Igreja Adventista do Sétimo Dia**: Casa Publicadora Brasileira: 77 p. 2013.

TANTAMANGO, Y. M. et al. Association between dietary fiber and incident cases of colon polyps: the adventist health study. **Gastrointest Cancer Res.**, v. 4, n. 5-6, p. 161-7., 2011a.

TANTAMANGO, Y. M.. Foods and food groups associated with the incidence of colorectal polyps: the Adventist Health Study. **Nutr Cancer.**, v. 63, n. 4, p. 565-72. doi: 10.1080/01635581.2011.551988., 2011b.

TAUNAY, T. C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 34, n. 1, p. 76-81., 2012.

TAUNAY, T. C. D. E. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, p. 130-135, 2012. ISSN 0101-6083. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000400003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003&nrm=iso) >.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 98-112, 2008. ISSN 1415-790X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000500010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500010&nrm=iso) >.

VINHOLES, D. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 791-799, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: <  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400010&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400010&nrm=iso) >.

WILCOX, S. et al. The faith, activity, and nutrition (FAN) program: design of a participatory research intervention to increase physical activity and improve dietary habits in African American churches. **Contemp Clin Trials.**, v. 31, n. 4, p. 323-35. doi: 10.1016/j.cct.2010.03.011. Epub 2010 Mar 30., 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry.** Report of a Expert Committee. DATA, W. L. C. I. P. Geneva: WHO. 2013: 47 p. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.** World Health Organization. WHO. Suíça: WHO. 1: 56 p. 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Review of Nutrition Policies.** 128th Session of the Executive Board. ORGANIZATION, W. H. 1: 143 p. 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011.** Country profiles 2011. ORGANIZATION, W. H. France: World Health Organization. 1: 207 p. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-SRPB field-test instrument : WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) field-test instrument : the WHOQOL-100 questions plus 32 SRPB questions.** ORGANIZATION, D. O. M. H. S. D. W. H. Geneva: World Health Organization. 1: 25 p. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.** 57ª Asamblea Mundial de la Salud. WHO. Genebra: WHO. 1: 21 p. 2004.

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA	
Número do Questionário: _____	
Data preenchimento do questionário _____	
Entrevistador _____	
Nome: _____	
Telefone: _____	
Dados socioeconômicos e demográficos	
01. Data de nascimento: ____/____/____	IDADE__
02. Sexo: (0) masculino (1) feminino	SEXO__
03. Qual é o seu estado civil: (0) casado (a) ou vive com companheiro (a) (1) solteiro (a) (2) separado (a) (3) viúvo (a)	ESTCI__
04. Qual é a sua estatura atual: _____ cm (999) IGN	EST__
05. Qual é o seu peso atual: _____ kg (999) IGN	PES__
06. Cor da pele: (0) branca (1) preta ( ) pardo	COR__
07. Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim, quantos? _____ filhos	FIL__
<b>Agora vamos conversar a respeito de seus bens de consumo e serviços existentes em seu domicílio</b>	
08. Qual a sua escolaridade? Ensino Fundamental [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] Ensino Médio [1m] [2m] [3m] Ensino superior incompleta [ ] completa [ ]	ESC__
09. Você ou sua família tem carro? (0) não. Se sim quantos? _____ carros	CAR__
<b>Quais destas utilidades domésticas você tem em casa?</b>	
10. Na tua casa tem televisão? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Se sim: Qual modelo? ( 1 ) LCD ( 2 ) Plasma ( 3 ) LED ( ) Outro	ttv_ tradio_ tbanh_
11. Na tua casa tem rádio? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tgela_
12. Na tua casa tem banheiro? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tmaqlav_
13. Na tua casa tem DVD? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tfreez_
14. Na tua casa tem geladeira? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tmicro_
15. Na tua casa tem máquina de lavar? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tpc_
16. Na tua casa tem freezer? (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tipad_
17. Na tua casa tem microondas? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	tmp4_
18. Na tua casa tem computador? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Se sim: Qual? ( 1 ) De mesa ( 2 ) Notebook ( 3 ) Netbook ( 4 ) Ultrabook ( ) Outro	tar_ tcabo_ tbanda_
19. Tu tens IPHONE, IPAD, TABLET? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	
20. Tu tens MP3, MP4? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	

21. Na tua casa tem ar condicionado? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	Quantidade de Itens ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais	
22. Na tua casa tem televisão a cabo?	( 0 ) Não ( 1 ) Sim	
23. Na tua casa tem internet banda larga?	( 0 ) Não ( 1 ) Sim	
24. Você tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma. <i>Se sim quantas?</i> ____ empregadas		EMPRE__
25. Qual é a sua renda mensal total bruta? R\$ _____ (99999) IGN		RENbrut__
26. Qual é a sua renda familiar mensal total bruta? R\$ _____ (99999) IGN		RENTOT__
27. Atualmente você trabalha fora de casa? ( 0 ) não pule para questão 29 ( 1 )sim		TRABFOR__
28. Quantas horas semanalmente?		TRABFOR2__
29. A casa/ apartamento que você mora é: (0) própria quitada (2) alugada (1) está financiando (3) emprestada (9) IGN		CASAAP__
<b>Vamos falar nas atividades que você faz no seu tempo livre, lazer. Lembre de falar apenas sobre as atividades que você faz em uma semana habitual e que duram pelo menos 10 minutos seguidos.</b>		
30. Quantos dias por semana você faz caminhadas no seu tempo livre? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 32 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		ANDADIALA__
31. SE CAMINHA: Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total duram essas caminhadas por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		ANDALA__
32. Quantos dias por semana você faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre, como correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 34 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		DIASFORLA__
33. SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES: Nos dias em que você faz essas atividades FORTES, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		TEMPORLA__
34. Quantos dias por semana você faz atividades físicas MÉDIAS sem contar as caminhadas no seu tempo livre, como nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 36 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		DIASMEDLA__
35. SE FAZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS: Nos dias em que você faz essas atividades MÉDIAS, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		TEMMEDLA__
<b>Agora eu gostaria que você pensasse como você se desloca de um lugar ao outro. Pode ser a ida e vinda do trabalho, quando vai fazer compras, visitar amigos, ir a faculdade, etc. Lembre de falar apenas das atividades que você faz em uma semana habitual e que duram pelo menos 10 minutos seguidos.</b>		
36. Em uma semana habitual quantos dias você anda de carro, ônibus? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 38 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		DIAVEIC__
37. SE USOU CARRO, ÔNIBUS: Nesses dias, quanto tempo no total você andou de carro e/ou ônibus por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		TEMVEIC__
38. Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 40 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		DIABIC__
39. SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total você pedala por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		TEMBIC__
40. Quantos dias por semana você caminha para ir de um lugar a outro? (0) Nenhum, PULE PARA A QUESTÃO 42 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias		ANDADIADDES —
41. SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total você caminha por dia? ____ horas ____ minutos = ____ minutos		ANDADESLS__
<b>Agora vamos conversar sobre Tabagismo</b>		
42. Alguma vez na vida você já fumou? (cigarro ou cigarro de palha) (0) não, nunca fumou (PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO, QUESTÃO 46) (1) sim já fumou		JAFUM__
43. Você fuma atualmente? (0) não (1) sim (PULE PARA A QUESTÃO 46) (8) NSA		FUMO__
44. Se você não fuma atualmente, há quanto tempo parou de fumar?		PAROUTEM__

____ anos ____ meses = ____ meses (888) NSA (999) IGN	
<b>45. Se fuma atualmente:</b> (0) fuma 1 ou mais cigarro(s) por dia há mais de 1 mês (1) fuma apenas ocasionalmente (1 ou mais cigarro(s) no mês) (8) NSA	FUMAATU__
<b>Agora vamos conversar sobre Ingestão de álcool</b>	
<b>Lembrando que será considerada como uma dose o consumo de 285 ml de cerveja ou 120 ml de vinho ou, aproximadamente, 30 ml de destilados.</b>	
<b>46. Alguma vez na vida você já ingeriu bebida alcoólica?</b> (0) não, nunca bebi (PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO, QUESTÃO 51) (1) sim, já bebi	JABEB__
<b>47. Você ingere bebida alcoólica atualmente?</b> (0) não (1) sim (PULE PARA A QUESTÃO 51) (8) NSA	BEBO__
<b>48. Se você não bebe atualmente, há quanto tempo parou de beber?</b> ____ anos ____ meses = ____ meses (PULE PARA A QUESTÃO 51) (888) NSA (999) IGN	PARBEB__
<b>49. Se bebe atualmente:</b> (0) bebe diariamente (1 dose) (2) bebe esporadicamente (1) bebe diariamente (mais de 1 dose) (8) NSA	BEBEATU__
<b>50. Nos últimos 30 dias, qual o máximo de doses que você bebeu em uma mesma ocasião?</b> ____ doses (888) NSA (999) IGN	MAXDOS__
<b>Agora vamos conversar sobre sua Qualidade de Vida</b>	
<b>Você deverá ter como referência as últimas duas semanas.</b>	
<b>(1º) 51. Em geral você diria que sua saúde é:</b> (1) muito ruim (2) ruim (3) boa (4) muito boa (5) excelente	SF01__
<b>(2º) 52. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b> (1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem boa (4) boa (5) muito boa	AVALQV__
<b>(3º) 53. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATSAUDE__
<b>(4º) 54. Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	IMPdor__
<b>(5º) 55. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	TRATMED__
<b>(6º) 56. O quanto você aproveita a vida?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	APROVIDA__
<b>(7º) 57. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	SENTVIDA__
<b>(8º) 58. O quanto você consegue se concentrar?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	QUANTCON__
<b>(9º) 59. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	SEGVIDA__
<b>(10º) 60. Quão saudável é o seu ambiente físico geral (clima, barulho, poluição, atrativos)?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente	SAUDAF__
<b>(11º) 61. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente	ENERGDIA__
<b>(12º) 62. Você é capaz de aceitar sua aparência física?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente	ACEITAPF__
<b>(13º) 63. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente	DINSUF__
<b>(14º) 64. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente	INFDISPO__
<b>(15º) 65. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?</b> (1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente	OPORTATV__
<b>(16º) 66. Quão bem você é capaz de se locomover?</b> (1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem bom (4) bom (5) muito bom	CAPLOCOM__
<b>Quão satisfeito (a) você está com:</b>	

(17º) <b>67. O seu sono?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATSONO__
(18º) <b>68. Sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATATV__
(19º) <b>69. Sua capacidade para o trabalho?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATRAB__
(20º) <b>70. Consigo mesmo?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATCONS__
(21º) <b>71. Suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATRELA__
(22º) <b>72. Sua vida sexual?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATSEX__
(23º) <b>73. O apoio que você recebe de seus amigos?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATAPOIO__
(24º) <b>74. As condições do local onde mora?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATMORA__
(25º) <b>75. O seu acesso aos serviços de saúde?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATSERV__
(26º) <b>76. O seu meio de transporte?</b> (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	SATRANSP__
(27º) <b>77. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b> (1) nunca (2) algumas vezes (3) frequentemente (4) muito frequentemente (5) sempre	FREQNEG__
<b>Agora vamos conversar sobre outros problemas de saúde</b>	
<b>78. Você tem dores de cabeça frequentes?</b>	(0) não (1) sim DORCAB__
<b>79. Tem falta de apetite?</b>	(0) não (1) sim APETITE__
<b>80. Dorme mal?</b>	(0) não (1) sim INSOSRQ__
<b>81. Se assusta com facilidade?</b>	(0) não (1) sim SUSTOSRQ__
<b>82. Tem tremores de mão?</b>	(0) não (1) sim TREMSRQ__
<b>83. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)</b>	(0) não (1) sim NERVSRQ__
<b>84. Tem má digestão?</b>	(0) não (1) sim DIGESRQ__
<b>85. Tem dificuldade de pensar com clareza?</b>	(0) não (1) sim IDEBSRQ__
<b>86. Tem se sentido triste ultimamente?</b>	(0) não (1) sim TRISTSRQ__
<b>87. Tem chorado mais do que de costume?</b>	(0) não (1) sim CHORSRQ__
<b>88. Consegue sentir algum prazer nas atividades diárias?</b>	(0) não (1) sim PRAZESRQ__
<b>89. Tem dificuldades para tomar decisões?</b>	(0) não (1) sim DECISRQ__
<b>90. Você acha que seu trabalho é penoso, te causa sofrimento?</b>	(0) não (1) sim PENOSRQ__
<b>91. Você acha que tem um papel útil na sua vida?</b>	(0) não (1) sim UTILSRQ__
<b>92. Tem perdido o interesse pelas coisas?</b>	(0) não (1) sim INTERSRQ__
<b>93. Você se sente uma pessoa sem valor?</b>	(0) não (1) sim INUTSRQ__
<b>94. Você alguma vez pensou em acabar com a sua vida?</b>	(0) não (1) sim MORTSRQ__
<b>95. Sente-se cansado(a) o tempo todo?</b>	(0) não (1) sim CANSSRQ__
<b>96. Tem sensações desagradáveis no estômago?</b>	(0) não (1) sim ESTOMSRQ__
<b>97. Você se cansa com facilidade?</b>	(0) não (1) sim FACANSRQ__
<b>98. Já apresentou algum quadro de desvio de comportamento como se sentir deprimido constantemente, ou falta de interesse pela maioria das coisas em sua vida?</b> (0) não (1) sim (9) IGN	DESVCOMP__
<b>Agora vamos conversar sobre seus hábitos alimentares</b>	
<b>99. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/peça/copo de suco natural) que você come por dia?</b>	FRUT__

<p>(1) Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias  (2) 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural  (3) 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural  (4) 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural</p>	
<p><b>100 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?</b>  <b>Atenção!</b> Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes.  (1) Não como legumes, nem verduras todos os dias  (2) 3 ou menos colheres de sopa (4) 6 a 7 colheres de sopa  (3) 4 a 5 colheres de sopa (5) 8 ou mais colheres de sopa</p>	VERD_
<p><b>101– Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?</b>  (1) Não consumo (3) Consumo menos de 5 vezes por semana  (2) 2 ou mais colheres de sopa por dia (4) 1 colher de sopa ou menos por dia</p>	LEGU_
<p><b>102. Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?</b>  <b>1. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandiocinha:</b> colheres de sopa _____  <b>2. Pães:</b> _____ unidades/fatias  <b>3. Bolos sem cobertura e/ou recheio :</b> _____ fatias  <b>4. Biscoito ou bolacha sem recheio:</b> _____ unidades</p>	CARB_
<p><b>103. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?</b>  (1) Não consumo nenhum tipo de carne  (2) 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo  (3) 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos  (4) Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos</p>	CARN_
<p><b>104. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?</b>  (1) Sim (2) Não (3) Não como carne vermelha ou frango</p>	GORD_
<p><b>105. Você costuma comer peixes com qual frequência?</b>  (1) Não consumo (3) 2 ou mais vezes por semana  (2) Somente algumas vezes no ano (4) De 1 a 4 vezes por mês</p>	PEIX_
<p><b>106. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?</b>  Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.  (1) Não consumo leite, nem derivados  (2) 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções  (3) 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções  (4) 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções</p>	DERI_
<p><b>107. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?</b>  (1) Integral  (2) Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light)</p>	TIPDERI_
<p><b>108. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?</b>  (1) Raramente ou nunca (4) De 4 a 5 vezes por semana  (2) Todos os dias (5) Menos que 2 vezes por semana  (3) De 2 a 3 vezes por semana</p>	INDU_
<p><b>109. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?</b>  (1) Raramente ou nunca  (2) Menos que 2 vezes por semana (4) De 4 a 5 vezes por semana  (3) De 2 a 3 vezes por semana (5) Todos os dias</p>	AÇUC_
<p><b>110. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?</b>  (1) Banha animal ou manteiga  (2) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola  (3) Margarina ou gordura vegetal</p>	GORD_
<p><b>111. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	SAL_

<b>112. Quais refeições você costuma fazer durante o dia?</b> <b>Café da manhã</b> (0) não (1) sim <b>Lanche da manhã</b> (0) não (1) sim <b>Almoço</b> (0) não (1) sim <b>Lanche da tarde</b> (0) não (1) sim <b>Jantar</b> (0) não (1) sim <b>Lanche da noite</b> (0) não (1) sim	CAFÉ__ LANMA__ ALMOÇO__ LANTA__ JANTAR__ LANNO__
<b>113. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).</b> (1) Menos de 4 copos (3) 4 a 5 copos (2) 8 copos ou mais (4) 6 a 8 copos	AGUA__
<b>Índice de Religiosidade da Universidade Duke</b>	
<b>114. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?</b> (1). Mais do que uma vez por semana (4). Algumas vezes por ano (2). Uma vez por semana (5). Uma vez por ano ou menos (3). Duas a três vezes por mês (6). Nunca	ROCULT__
<b>115. Com que frequência você dedica o seu tempo atividades religiosas individuais, como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?</b> (1). Mais do que uma vez ao dia (4). Uma vez por semana (2). Diariamente (5). Poucas vezes por mês (3). Duas ou mais vezes por semana (6). Raramente ou nunca	RNOIND__
<b>116. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).</b> (1). Totalmente verdade para mim (4). Em geral não é verdade (2). Em geral é verdade (5). Não é verdade (3). Não estou certo	RIDEUS__
<b>117. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.</b> (1). Totalmente verdade para mim (4). Em geral não é verdade (2). Em geral é verdade (5). Não é verdade (3). Não estou certo	RIVIV__
<b>118. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.</b> (1). Totalmente verdade para mim (4). Em geral não é verdade (2). Em geral é verdade (5). Não é verdade (3). Não estou certo	RIESF__
<b>119. VOCÊ TEM ALGUMA RELIGIÃO? SE SIM, QUAL? ( ) não pule para questão 121</b> <b>Qual?</b> _____	REL__
<b>120. Há quanto tempo consecutivo você pratica esta religião? _____ meses</b>	TMPREL_____
<b>Suplemento Saúde PNAD</b>	
<b>121. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem doença de coluna ou costas?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADCOL__
<b>122. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem câncer?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADCAN__
<b>123. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem diabetes?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADDIA__
<b>124. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem hipertensão (pressão alta)?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADHIP__
<b>125. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem doença do coração?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADCOR__
<b>126. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem insuficiência renal crônica?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADRIM__
<b>127. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem depressão?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADDEP__
<b>128. Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem cirrose?</b> ( 0 ) não ( 1 )sim	PNADCIR__
<b>Uso de Medicamentos</b>	
<b>129. Faz uso regular de alguma medicação? (0) não (1) sim</b>	REGMED__
<b>130. Qual (is) o(s) medicamento(s) que utiliza?</b>	QUALMED__

<b>131. A que horas normalmente o senhor (a) costuma ir dormir?</b>	<b>DORME__</b>
<b>132. A que horas normalmente o senhor (a) costuma acordar (levantar)?</b>	<b>ACORD__</b>

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

Pesquisador responsável: Felipe Fossati Reichert  
 Instituição: Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas  
 Endereço: Rua Luís de Camões, 625.  
 Telefone: [\(53\) 3273 2752](tel:5332732752)

---

Concordo em participar do estudo **“Religiosidade e saúde em adventistas do Sétimo dia de PELOTAS –RS.”**

Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado de que o objetivo geral será descrever o perfil dos Adventistas do Sétimo Dia da cidade de Pelotas, quanto a características sócio demográficas, comportamentais e algumas relacionadas à saúde, como tabagismo, qualidade de vida, presença de morbididades; além de comparar comportamentos relacionados à saúde, qualidade de vida, estado nutricional e presença de morbididades de Adventistas do Sétimo Dia da cidade de Pelotas com uma amostra de indivíduos não praticantes da religião, cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa. Estou ciente de que a minha participação envolverá responder a um questionário estruturado pelos pesquisadores.

**RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES:** Fui informado que os riscos são mínimos. Na ocorrência de alguma lesão mais grave, a SAMU 192 será imediatamente comunicada para proceder às devidas providências.

**BENEFÍCIOS:** O benefício de participar da pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR:** Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

## ***2. Alterações no Projeto inicial***

*(Dissertação de Léo Dutra Cabistany)*

Este capítulo visa elucidar as questões referentes a mudanças ocorridas no projeto inicial, visto algumas impossibilidades que se apresentaram durante o processo de coleta de dados.

O Projeto inicial previa um estudo pareado, ou seja, para cada indivíduo Adventista do Sétimo Dia (ASD) deveria ser entrevistado outro sujeito com características semelhantes em relação à idade, sexo, e local de moradia. Esta proposta não foi exequível devido principalmente a lista de membros obtida junto às Igrejas ASD estarem. Primeiramente quando apresentado o projeto aos líderes de Associação Sul Riograndense, estes se mostraram solícitos com a pesquisa, porém alegaram não poder fornecer lista contendo endereço dos membros sem a autorização dos pastores locais, de Pelotas. Entramos então em contato com os pastores distritais de Pelotas e estes explicaram que, em outro momento, a liberação da lista de membros contendo endereços dos membros foi requisitada e o solicitante fez uso indevido desta, gerando alguns transtornos para a igreja. O fato de não possuir a lista de membros impossibilitou o acesso aos endereços dos membros da igreja.

Vale ressaltar que estas listas ficam sob responsabilidade de membros da igreja que em uma comissão nomeiam um dos congregantes como secretário(a). Tivemos acesso à lista de um dos três distritos em que a IASD divide a cidade de Pelotas. Ao tentarmos contato com os indivíduos nos endereços que a lista indicava, encontramos endereços errados e desatualizados há pelo menos quatro anos. Além disso, alguns nomes que constavam nestes registros não frequentavam mais a igreja.

Dessa forma o pareamento como havíamos previsto se tornou inviável. Desta forma entendemos que por ainda não ter sido realizado, mesmo um estudo somente com a população de ASD seria relevante.

### **3. Relatório do trabalho de campo** (Dissertação de Léo Dutra Cabistany)

## Relatório do trabalho de campo

O presente trabalho teve como objetivo averiguar os comportamentos relacionados à saúde dos membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) da cidade de Pelotas.

Para isso elaborou-se um questionário, composto por 132 questões. Foi realizado um projeto piloto em uma igreja evangélica de Pelotas com o intuito de estimar o tempo aproximado que os indivíduos levariam para preencher o instrumento, além de testar a aplicabilidade de forma auto preenchida. Selecionamos a igreja onde se desejava realizar o piloto, e a escolha se deu após uma reunião da Associação dos Pastores de Pelotas, muitos líderes de diversas igrejas foram procurados, porém a comunidade em questão foi a que prontamente aceitou o convite. Foi feito contato com o responsável pela igreja selecionada e marcado o dia para as entrevistas, estas ocorreram durante o culto, tendo durado aproximadamente quarenta minutos. Nesta ocasião foram preenchidos 20 questionários, sob a coordenação do pesquisador responsável.

O intuito a princípio seria realizar um estudo com uma amostra representativa, dos Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas (ASD), com o decorrer do curso mais especificamente em uma aula da disciplina de Prática de Pesquisa, o professor Pedro Hallal sugeriu que ao invés de um estudo descritivo, se fizesse um estudo pareado, ou seja, para cada ASD deveria haver um entrevistado que morasse próximo ao membro do mesmo sexo e com diferença de idade de até cinco anos. As entrevistas deveriam então ser realizadas nos domicílios.

Para que tal fosse possível, foi feito contato com os líderes responsáveis pela IASD da região sul do Rio Grande do Sul, este prontamente atendeu e se colocou a disposição para ajudar. Posteriormente a este importante passo entramos em contato com os pastores locais responsáveis pelos três distritos em que a IASD é dividida em Pelotas. Eles se disponibilizaram a ajudar, porém com o empecilho de disponibilizar a lista de membros contendo o endereço dos membros, visto eventos anteriores em que ao liberarem o endereço, houve complicações. Ainda assim o responsável por um dos distritos concedeu a lista, e começamos os trabalhos com o material que tínhamos. Percebemos então que apesar de termos em mãos a lista esta não refletia a realidade do distrito,

estando bastante desatualizada, tanto em relação, a pessoas (muitos não congregam mais na igreja de interesse), quanto a endereços (o indivíduo não morava mais no endereço indicado pela lista há quatro anos).

Optamos então por retornar a ideia inicial, e com uma amostra representativa, entender quem são e como se comportam os ASD residentes em Pelotas.

Fazendo o trabalho se realizar, utilizamos os cultos regulares da IASD, para que os indivíduos preenchessem os questionários, permitia-se que todos que se enquadrassem nos critérios de inclusão e desejassem preenchessem o instrumento. A coleta de dados ocorreu sempre sob supervisão de entrevistador previamente treinado. Além do mestrando em questão participaram da pesquisa mais três graduandos da UFPel, dois deles alunos da Educação física, além de uma aluna da UFPel bolsista do Professor doutor Felipe Fossati Reichert. Todos passaram por período de treinamento prévio onde o instrumento foi apresentado e esclarecido para os alunos em questão.

As coletas de dados tiveram início no mês de novembro, e se encerraram no mês de janeiro, todas as IASD dos três distritos foram visitadas, (algumas apesar de pertencerem aos distritos de Pelotas se localizam em outra cidade, como é o exemplo de Jaguarão, pertencente ao distrito do Fragata, por isso estas não eram elegíveis). Dentre as 13 igrejas visitadas, cada uma foi visitada pelo menos duas vezes.

Para o preenchimento o mestrando entrava em contato previamente com o líder da igreja local, para que um espaço fosse cedido dentro da programação do sábado.

Os questionários eram então distribuídos, explicados, e auto preenchidos. As coletas ocorreram sempre em dias de sábado, neste dia o culto nas IASD começa às nove horas da manhã e termina próximo do meio dia. O preenchimento dos instrumentos ocorria em torno das dez horas da manhã, pois nesse horário há a passagem do momento chamado de escola sabatina para o culto Divino, neste intervalo os indivíduos eram convidados a participar, eram distribuídos os questionários e o tempo entre esses dois momentos supracitados era aumentado para que todos pudessem preencher. As dúvidas existentes eram sanadas pelos responsáveis presentes. *A posteriori*

*foi* realizado cálculo de poder amostral que indicou a necessidade de 250 indivíduos para haver precisão amostral.

Após os dados coletados, estes foram digitados no programa EpiData 3.1 não houve dupla digitação, mas fez-se minuciosa procura para sanar possíveis erros. Após e digitados as análises foram conduzidas no pacote estatístico Stata 10 onde se aplicou cálculo de proporções.

**4. Artigo**  
(Dissertação de Léo Dutra Cabistany)

O artigo será submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva, e já encontra-se formatado nas normas da mesma.

**Comportamentos relacionados à saúde dos Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas, RS.**

Health behavior of Seventh-day Adventists in Pelotas, RS

**Título corrido:** Saúde dos Adventistas de Pelotas

Léo Dutra Cabistany<sup>1,2</sup>  
Felipe Fossati Reichert<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
<sup>2</sup> Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física - Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Contato: Léo Dutra Cabistany

PPG em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas  
Rua Luis de Camões 625 – CEP: 96055-630  
Fone (fax): (53) 3273-3851  
E-mail: [leocabistany@gmail.com](mailto:leocabistany@gmail.com)

Resumo: Foi conduzido um estudo transversal com o objetivo de descrever os comportamentos relacionados à saúde membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia da cidade de Pelotas. No estudo foram investigadas questões sócio demográficas, como escolaridade, renda, sexo, estatura, massa corporal, além de comportamentais relacionadas à atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo de álcool e transtornos mentais comuns. Responderam o questionário 269 indivíduos, a maioria do sexo feminino e casados. Renda pessoal mostrou que 42,8% recebem entre 2 e 4 salários, e escolaridade 38,7% com ensino fundamental. A variável atividade física total mostrou 56,4% dos indivíduos ativos. Hábitos como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas apresentaram prevalências menores que 3%. Prevalência de transtornos mentais comuns foi de 33%. A religião em questão parece exercer influência positiva sobre os membros dessa comunidade, podendo suas crenças relacionadas à saúde serem mais difundidas com o intuito de contribuir para melhores comportamentos da população pelotense de forma geral.

Palavras chave: religião, saúde, atividade física, alimentação

Summary: A cross sectional study was conducted with the aim of describing the health-related behaviors members of the Seventh Day Adventist Church Pelotas. In the study sociodemographic issues such as education, income, gender, height, body mass, and behavior related to physical activity, dietary habits, smoking, alcohol consumption and common mental disorders were investigated. 269 individuals responded to the questionnaire, most married women and sex. Personal income showed that 42.8% receiving between 2:04 salaries, education and 38.7% with primary school. The total physical activity variable was 56.4% of active individuals. Habits such as smoking and alcohol consumption had lower prevalence than 3%. Prevalence of common mental disorders was 33%. The religion in question appears to have a positive influence on the members of this community, and may their beliefs related to health are more widespread in order to contribute to better behaviors of Pelotas population in general.

Keywords: religion, health, physical activity, nutrition

## Introdução

O Brasil é um país com cerca de 197 milhões de habitantes<sup>1</sup> (Ibge, 2010b). Destes, aproximadamente 90% professam crença religiosa. Há inúmeras evidências de que crenças religiosas estão associadas positivamente a desfechos em saúde, como melhor alimentação<sup>2,3,4</sup>, prática de atividades físicas regulares<sup>5</sup>, e abstinência do tabaco e bebidas alcoólicas<sup>6</sup>.

No Rio Grande do Sul há aproximadamente 10 milhões de pessoas, e dentre as religiões mais praticadas está a Adventista do Sétimo Dia (IASD), que conta com 70.514 membros no estado. A IASD é uma denominação religiosa fundada nos Estados Unidos no século XIX. Segundo site da denominação, o número de crentes que compõem seu corpo de membros soma 16,6 milhões em todo o mundo<sup>7</sup>, em Pelotas o número estimado de membros é de 1800<sup>8</sup>. Os Adventistas do Sétimo Dia (ASD) têm entre suas doutrinas básicas a que versa sobre adoção e prática de comportamentos saudáveis, pois acreditam que seu corpo é templo do Espírito Santo, que são mordomos de Deus e devem, portanto zelar pelo corpo que Deus lhes deu<sup>9</sup>.

O estilo de vida dos ASD tem despertado a curiosidade científica em diversos países, estudos com essa população já foram realizados na Noruega no ano de 1994 com 7285 indivíduos com o objetivo de, através dos registros da igreja caracterizar estes indivíduos, data de nascimento, falecimento e causas de morte<sup>10</sup>. Nos Estados Unidos Montgomery et al. realizaram um trabalho no ano de 2007 com mais de 56 mil indivíduos<sup>11</sup>; o trabalho de Chan e colaboradores, conduzido no ano de 2002, contou com 20 mil indivíduos na amostra, o desfecho estava relacionado a ingestão de água e outros fluídos e sua relação com infarto e doenças cardíacas<sup>12</sup>, todos os trabalhos supra citados mostraram resultados favoráveis aos indivíduos que tinham seus hábitos guiados pelo modo como a IASD os estimula.

No Brasil foi realizado no ano de 2012 um estudo com o intuito de comparar níveis pressóricos de ASD residentes na capital e interior de São Paulo<sup>13</sup>. Trabalhos de coorte investigando variados desfechos relacionados à saúde também aconteceram<sup>14,15,16,17,18</sup>, todos mostrando desfechos favoráveis aos indivíduos cujos costumes relacionavam-se de forma direta com a crença religiosa.

A partir do exposto acima, o presente estudo objetiva investigar hábitos de vida, saúde e religiosidade entre a população de ASD de Pelotas, RS.

## Métodos

Foi conduzido estudo transversal entre a população de ASD em Pelotas/RS.

A cidade de Pelotas é dividida pela IASD em três distritos, cada um abarcando determinado número de igrejas, a saber: Distrito 1, abrange a zona sul da cidade, com em torno de 150 membros; Distrito 2, responsável pela zona norte conta com aproximadamente 450 membros e distrito 3, o maior da cidade que compreende a zona central e tem cerca de 480 membros)<sup>8</sup>. As igrejas que não fazem parte da zona urbana de Pelotas e que fazem parte dos distritos não foram contabilizadas. Todas as demais igrejas foram visitadas e convidadas a participar da pesquisa.

Previamente ao trabalho de campo foi feito contato com os líderes da IASD, onde foi apresentado e proposto o trabalho, e solicitada permissão para que os membros da igreja respondessem ao questionário. Foram solicitadas as permissões do presidente da Associação Sul Riograndense, que é a entidade que gerencia as igrejas na parte sul do Rio Grande do Sul, e posteriormente dos pastores das igrejas locais. Após obter estas autorizações, os diretores das igrejas locais foram contatados sobre a pesquisa. Todas as igrejas da zona urbana dos três distritos foram visitadas, e os membros presentes convidados a participar da pesquisa.

As coletas ocorreram em dias de culto regular, preferencialmente aos sábados, por ser o dia de culto com maior número de participantes. Os instrumentos foram auto preenchidos, junto aos respondentes haviam indivíduos previamente treinados responsáveis por auxiliar o preenchimento e sanar dúvidas.

O questionário continha perguntas sobre renda familiar e pessoal, escolaridade, características demográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos), além disto as variáveis peso e estatura foram autorrelatados para posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC). Este foi utilizado para estimar o estado nutricional dos indivíduos. Este indicador é calculado a partir da fórmula que utiliza a massa corporal (kg), dividida pela estatura (metros) ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), sendo adultos categorizados em desnutridos  $\text{IMC} \leq 18,4$ , eutrófico  $\text{IMC}$  entre 18,5 e 24,9, com sobrepeso  $\text{IMC}$  entre 25 e 29,9 e obesos  $\text{IMC} \geq 30$ <sup>19</sup>.

Atividade física foi medida pelas seções de deslocamento e lazer da versão longa do IPAQ. Foram escolhidos apenas estas duas seções visto haver indicação de superestimação da atividade física habitual ao serem considerados os domínios doméstico e de trabalho<sup>20</sup>. Para facilitar a manipulação da variável, foram criadas três categorias, a saber: 0- indivíduos que não realizam nenhuma atividade física, >10 <150-

insuficientemente ativos, indivíduos que não atingem 150 minutos de atividades físicas por semana e >150 ativos, indivíduos que atingem pelo menos 150 minutos de atividades físicas semanalmente <sup>21</sup>.

O consumo alimentar foi investigado por instrumento disponibilizado no Guia Alimentar para População Brasileira <sup>22</sup>. Este é um questionário elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil, contendo 18 questões, sendo uma delas referente à prática de atividades físicas, que desconsideramos no presente trabalho, as demais versam sobre consumo de frutas, verduras, legumes, carboidratos, carnes e derivados, doces, industrializados, além de inquirir sobre número de refeições realizadas. O instrumento pergunta ainda sobre tipo e quantidade de alimento ingerido, além da frequência de ingestão. O consumo alimentar foi analisado por quantidade de porções ingeridas, conforme sugere o documento utilizado.

Para o desfecho relacionado a transtornos mentais comuns (TMC) o instrumento utilizado foi o SRQ20 <sup>23</sup>, questionário constituído por 20 questões, cada uma com duas opções de resposta (sim ou não). O ponto de corte adotado no presente trabalho foi para homens e mulheres respectivamente de 6 e 8 ou mais respostas positivas para o indivíduo ser classificado como tendo TMC <sup>24</sup>.

Questões relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo foram mensuradas através de instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde. Quanto ao tabagismo foram realizadas quatro questões relacionadas ao uso ou não uso atual e quantidade no último mês <sup>25</sup>, as questões sobre o consumo de álcool foram quatro semelhantes às perguntas relacionadas ao uso de tabaco com acréscimo da que indagava sobre o máximo de doses nos últimos 30 dias <sup>26</sup>.

A religiosidade foi analisada através da escala de Duke Durel, validada para a população brasileira <sup>27</sup>. Tal instrumento contém cinco questões com múltiplas alternativas de resposta, as quais são dadas a partir de uma escala tipo likert. Para as duas primeiras questões o indivíduo tem seis opções de resposta, que variam de (1) - frequente, até (6), situação em que o respondente afirma que a atitude não faz parte de sua rotina. Para as outras três questões os escores variam de 1 a 5 sendo (1) para afirmativas totalmente verdadeiras e (5) para assertiva não verdadeira na opinião do sujeito.

## Análise de dados

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1 e analisados utilizando pacote estatístico STATA 10.0. Foi realizada análise descritiva e os dados são demonstrados através de cálculo de proporções.

## Resultados

A amostra foi composta por 269 indivíduos com idade entre 18 e 86 anos (média de 42,8 anos com desvio padrão de  $\pm 15,9$ ). Houve predomínio do sexo feminino (60,7%) e cor da pele branca (85%). A maioria dos entrevistados relatou ter companheiro (casado) (67,4%) e 44,3% dos pesquisados tem 1 ou 2 filhos. Segundo a variável escolaridade, 12% dos indivíduos concluíram o ensino fundamental e 19,9% o ensino médio. Um pouco mais da metade (58%) possui a renda de até dois salários mínimos mensais e 72,1% dos entrevistados possuem casa própria. Segundo o IMC, a maioria (56,2%) da amostra foi classificada com excesso de peso. A tabela 1 apresenta as características demográficas, econômicas e de estado nutricional dos ASD.

Em relação ao padrão de atividade física, a figura 1 apresenta os escores de atividade física dos indivíduos de acordo com as seções de deslocamento e lazer do IPAQ. São apresentados os valores referentes à média e desvio padrão das seções de deslocamento ativo e atividade física de lazer. 31,5% dos indivíduos se disseram ativos durante seu período de lazer. Enquanto 40,2% são ativos no deslocamento. Quando somados os escores 56,4% dos indivíduos são classificados como suficientemente ativos, ou seja, praticam mais de 150 minutos por semana de atividade física. Percebe-se também um número elevado de sujeitos *outliers*, neste caso com nível de atividade física excedendo os 500 minutos por semana.

A figura 2 aponta os indivíduos fisicamente ativos segundo as seções de lazer e deslocamento do IPAQ, sendo os resultados demonstrados com estratificação para sexo. No escore do deslocamento, os homens são fisicamente mais ativos, enquanto as mulheres se disseram mais ativas nas atividades de lazer. Na soma dos escores apontam-se os homens como fisicamente mais ativos.

A tabela 2 descreve comportamentos referentes a condutas não saudáveis entre os ASD de Pelotas. Foram observadas baixas prevalências para as variáveis tabagismo e consumo de álcool (0,8 e 3,1% respectivamente). O consumo de frutas verduras e legumes menor que 3 colheres de sopa diariamente foi de 17,9%. Além disso, 60% dos indivíduos apresentaram consumo regular de leite integral.

Os dados apresentados na figura 3 são referentes ao instrumento SRQ-20 e este indicou que 31,7% dos homens e 34,4% das mulheres apresentam transtornos mentais comuns, sendo que a variável que mais apresentou resposta positiva foi a sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (52,9%).

No que diz respeito à religiosidade os indivíduos, em sua maioria, frequentam o culto religioso mais de uma vez por semana (50,8%), dedicam tempo diário para devoção pessoal, seja através de orações e estudo da Bíblia ou outros livros religiosos (63,9%), e afirmam que vivem sua religião em todos os momentos em seu cotidiano (80,9%) conforme a tabela 3.

### **Discussão**

Trabalhos científicos investigando a relação entre religiosidade e comportamentos relacionados à saúde não são frequentes, apesar de o tema saúde permear as doutrinas de diversas religiões, como por exemplo, os ASD; no entanto, há um aumento recente da literatura sobre esses assuntos. Neste sentido o objetivo do estudo foi descrever os comportamentos relacionados à saúde de um grupo específico de religiosos, os Adventistas do Sétimo Dia de cidade de Pelotas/RS.

O presente trabalho tem como principais achados a baixa prevalência do consumo de álcool e tabaco, o nível de atividade física relativamente alto quando comparado a outros estudos com a população de Pelotas, baixas prevalências em relação a condutas prejudiciais à saúde, além de elevado nível de religiosidade, segundo instrumento utilizado.

Quanto ao índice de religiosidade (tabela. 3), mensurado através da escala sugerida por Duke, indica que os ASD de Pelotas possuem alto comprometimento com atividades religiosas, como por exemplo, utilizar períodos de dia para leitura de textos de cunho espiritual e oração, se esforçam para viver conforme as doutrinas bíblicas e frequentam o culto religioso com alta regularidade, mostrando que os respondentes tem o componente religioso de sua vida em como algo bastante importante. Assim os dados serão discutidos com outros estudos realizados com a população de Pelotas, e à luz da influência da religião sobre os comportamentos dos indivíduos do presente estudo.

Este estudo mostrou que as características demográficas desta população se assemelham a outros estudos realizados em Pelotas/RS. As variáveis relacionadas à idade, cor de pele branca, estar casado ou viver com companheiro que encontramos são bastante semelhantes aos encontrados em estudos de base populacional<sup>28,29,30</sup>.

Entretanto, a distribuição das variáveis escolaridade e renda se mostra superior em relação a estudos de base populacional com indivíduos pelotenses<sup>28, 29</sup>. As diferenças podem se dar pelo fato de os respondentes serem voluntários e, possivelmente, quem se dispôs a responder são os com escolaridade superior e por consequência os de maior renda.

Em relação ao nível de atividade física total, que no presente trabalho foi considerado a soma das seções de lazer e deslocamento do IPAQ, estudos de base populacional com adultos de Pelotas apontaram prevalência de atividade física inferiores em relação aos encontrados no presente estudo<sup>28, 31, 32, 33</sup>. Por exemplo, o estudo de Adamoli et al.<sup>34</sup> realizado em 2010 com 1697 indivíduos adultos, apontou 21% de indivíduos ativos fisicamente, enquanto o presente estudo apresentou prevalência de 56,4% de ativos. Ambos os estudos utilizaram o mesmo instrumento e o mesmo critério de classificação, o que fortalece o achado e mostra que as diferenças são realmente atribuídas ao comportamento. Em relação aos domínios específicos Hallal et al.<sup>35</sup> encontraram 24,8% de inativos e 14,2% de insuficientemente ativos no lazer. Nossos achados são bastante diferentes, pois a prevalência de inativos, ou seja, que não praticam nenhuma atividade física no lazer é de 51,2%, e 17,3% são insuficientemente ativos. Apesar de haver mais indivíduos inativos, o dobro do encontrado no estudo de Hallal<sup>35</sup>, o número de indivíduos envolvidos em atividades físicas mesmo que ainda não alcançando a recomendação de 150 min./sem. foi superior.

No domínio deslocamento, houve baixa prevalência de uso de bicicletas (6,5% que atingem pelo menos 150 min. sem.). As Prevalências de deslocamento ativo no Brasil ficam entre 44,4%<sup>36</sup> e 8,5%<sup>37</sup>. Nossos achados se assemelham ao de trabalho conduzido por Knuth et al<sup>37</sup> e a explicação pode ser o fato de 71% dos entrevistados possuir carro, além de o deslocamento ativo em uma cidade de médio porte ser menos comum. No domínio do deslocamento 37,8% dos indivíduos não se deslocam de forma ativa, a caminhada como deslocamento foi a variável que indicou maior número de indivíduos envolvidos. Ao somarmos os escores de deslocamento 40,2% se deslocam de forma ativa, atingindo 150 min./sem. Ainda 25% se deslocam de forma ativa, porém não atingem a recomendação de 150 minutos por semana. Este achado de insuficientemente ativos pode se dar em razão do conhecimento que a população em questão tem sobre os benefícios da atividade física regular para a saúde. É possível que os indivíduos saibam da importância, porém sem esclarecimento suficiente de quanto tempo seria recomendado para que de fato obtenham efeito benéfico à saúde. Há

oferecimento de práticas físicas de forma esporádica em acampamentos, contudo pode não haver elucidação satisfatória quanto à forma e tempo de prática. Ainda assim, 56,4% dos indivíduos se mostraram suficientemente ativos quando somados os escores de lazer e deslocamento.

Nossos achados em relação ao consumo de álcool e tabaco foram bastante inferiores aos dos demais estudos realizados com a população pelotense. Houve prevalência de 3,2% para consumo atual de álcool e 0,8% para tabagismo, enquanto que outros estudos apontaram 18,5% e 30%<sup>28</sup> e 30,4 e 79%<sup>29</sup> para tabaco e álcool respectivamente, somando ainda o de Muniz et al.<sup>30</sup> que mostra 21,3% dos entrevistados como tabagistas. As doutrinas da IASD têm como princípio zelar também pela integridade física dos membros, assim os estimula fortemente a que não utilizem nenhum tipo de droga, lícita ou ilícita, dessa forma pode-se entender o baixo percentual descrito acima.

Dado interessante é o de estudo de Muniz et al.<sup>30</sup> realizado em Pelotas no ano de 2010 que contou com 2732 indivíduos que apresenta mais da metade dos indivíduos consumindo a gordura aparente das carnes, enquanto menos de um quinto dos ASD relatou não retirar essa gordura. Há explicação para tal fato pode ser atribuída a orientação bíblica de Levítico no capítulo 7<sup>38</sup>, que alerta contra o consumo de gordura de origem animal.

De forma mais geral ao confrontarmos os dados do presente artigo com o de Neutzeling et al.<sup>39</sup> realizado em 2006 com 972 indivíduos na cidade de Pelotas percebe-se que o consumo de frutas, legumes e verduras dos ASD é bastante superior. Quanto ao consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, comparados com o mesmo estudo citado acima, as prevalências entre os sujeitos da presente pesquisa foram consideravelmente menores. Quando comparados aos dados obtidos no inquérito do VIGITEL<sup>40</sup>, as prevalências encontradas neste trabalho são de 26% entre os homens e 12% entre as mulheres, enquanto as do Vigitel<sup>40</sup> foram 43,2% e 24,3% para homens e mulheres respectivamente. A IASD prega de forma sistemática a importância de hábitos alimentares saudáveis, dentre estes a não ingestão de embutidos e frituras e consumo regular de frutas, verduras, legumes, leguminosas além de uso adequado de água<sup>41</sup>. Em contrapartida o consumo de refrigerantes dos ASD foi superior aos do VIGITEL<sup>39</sup> (27,9%) e inferior aos de Pelotas (59%)<sup>42</sup>. Apesar de o consumo ser maior do que os obtidos nas capitais brasileiras ainda são menores do que os obtidos dentro da

mesma cidade. O consumo de frutas e hortaliças também foi superior ao encontrado no artigo supra citado.

O IMC da presente amostra mostrou 56,2% dos indivíduos com excesso de peso, índice semelhante aos de estudos conduzidos por Castanheira et al.<sup>28</sup> (54,3%), Linhares et al.<sup>43</sup> (60,2%), e Vinholes et al.<sup>42</sup> (51%). Entretanto, os valores são superiores ao encontrado por Gigante et al.<sup>44</sup> (37,1%). Esses dados demonstram que apesar do estímulo religioso às práticas saudáveis os ADS de Pelotas passam pelo mesmo processo de transição nutricional da população em geral<sup>45</sup>.

O consumo de leite integral foi bastante superior principalmente entre os homens, pois estudo conduzido por Muniz et al.<sup>46</sup> mostrou 38,3% contra 65,7% dos ASD. O consumo entre as mulheres foi bastante semelhante, sendo 51,4%<sup>45</sup> e 53,1%. Credita-se este fato ao baixo consumo de carne com gordura aparente, pois dessa forma o consumo deste tipo de gordura de origem animal tem seus riscos diminuídos.

A prevalência de TMC no presente trabalho foi de 31,7% entre os homens e 34,4% entre as mulheres, bastante inferior, ao de outros trabalhos realizados também em Pelotas. Os estudos têm apontado valores indo de 24,5%<sup>47</sup>, até 28%<sup>48, 49</sup>. Resultado que vai na contramão de estudos envolvendo comunidades de crentes que em função do convívio congregacional oferece suporte através da comunidade de crentes e de suas reuniões e atividades sociais<sup>50</sup>.

Sugerimos a realização de outros estudos que avancem ao nosso em relação principalmente na seleção da amostra, entendemos que respondentes voluntários tendem a ser diferentes dos demais da população estudada. Vale ressaltar que este trabalho é um dos primeiros realizados em Pelotas investigando a influência de uma religião específica sobre os comportamentos relacionados à saúde, apurando diversos marcadores importantes para um viver saudável.

Concluindo, nossos achados indicam que os ASD de Pelotas são bastante semelhantes no que diz respeito à idade, cor da pele, estar casado ou viver com companheiro além do IMC, aos resultados encontrados por outros trabalhos feitos em Pelotas. Os fatores em que os ASD de Pelotas se comportam de forma mais adequada que a população de Pelotas em geral, são os relacionados à atividade física, ao tabagismo, consumo de álcool e alimentação, pois os sujeitos estudados neste trabalho apresentaram menor prevalência de inativos, consomem mais frutas, legumes e verduras, menos industrializados e frituras, além de mostrar baixa prevalência para consumo de tabaco e ingestão de álcool.

Dessa forma entendemos que a religião em questão parece exercer influência positiva sobre os membros dessa comunidade, podendo ser suas crenças relacionadas à saúde o que os estimula a adotarem tais comportamentos que se mostram mais adequados quando comparados com outros estudos realizados em Pelotas/RS.

## Referências

1. IBGE. População Total - 1980 - 2010. **Brasil e síntese**, 2010. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/) >. Acesso em: 26/05/2013.
2. FRASER, G. E. Diet and coronary heart disease: beyond dietary fats and low-density-lipoprotein cholesterol. **Am J Clin Nutr** 1994; v. 59, n. 5 (Suppl): 1117-1123S.
3. HARMAN, S. K.; PARNELL, W. R. The nutritional health of New Zealand vegetarian and non-vegetarian Seventh-day Adventists: selected vitamin, mineral and lipid levels. **N Z Med J** 1998 v. 111, n. 1062: 91-4.
4. RIZZO, N. S. et al. Vegetarian dietary patterns are associated with a lower risk of metabolic syndrome: the adventist health study 2. **Diabetes Care** 2011 v. 34, n. 5, p. 1225-7. doi: 10.2337/dc10-1221.
5. WILLETT, W. Lessons from dietary studies in Adventists and questions for the future. **Am J Clin Nutr** 2003 v. 78, n. 3 Suppl, p. 539-543.
6. BEZERRA, J. et al. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Revista Panamericana de Salud Pública** 2009 v. 26, p. 440-446. ISSN 1020-4989. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001100009&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001100009&nrm=iso) >.
7. PORTALADVENTISTA. Adventistas somam 16,6 milhões de membros em todo o mundo. 2010. Disponível em: < <http://www.portaladventista.org/portal/asn---portugu/3777-adventistas-somam-166-milhoes-de-membros-em-todo-o-mundo%20acessado%2017%2001%2013> >. Acesso em: 17/01/2013.
8. ASR. (Associação Sul Riograndense). Agenda de atividades. *issuu.com*. . 2013 Disponível em: [http://issuu.com/mcenterasr/docs/agenda\\_de\\_atividades\\_2013\\_asr](http://issuu.com/mcenterasr/docs/agenda_de_atividades_2013_asr). acessado em 17/02/2014.
9. BIBLIA. Português. 1993. Antigo e Novo Testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. e atual. no Brasil. Bíblia Coríntios 6:19 e 20 São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993
10. FONNEBO, V. The healthy Seventh-Day Adventist lifestyle: what is the Norwegian experience? **Am J Clin Nutr.**, v. 59, n. 5 Suppl, p. 1124S-1129S., 1994.
11. MONTGOMERY, S. et al. Comparing self-reported disease outcomes, diet, and lifestyles in a national cohort of black and white Seventh-day Adventists. **Prev Chronic Dis.**, v. 4, n. 3, p. A62. Epub 2007 Jun 15., 2007.
12. CHAN, J. et al. Water, other fluids, and fatal coronary heart disease: the Adventist Health Study. **Am J Epidemiol.**, v. 155, n. 9, p. 827-33., 2002.
13. SILVA, L. B. E. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, p. 329-337, 2012. ISSN 0066-782X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400007&nrm=iso) >.
14. KYULO, N. L. et al. Validation of recall of body weight over a 26-year period in cohort members of the Adventist Health Study 2. **Ann Epidemiol.**, v. 22, n. 10, p. 744-6. doi: 10.1016/j.annepidem.2012.06.106. Epub 2012 Aug 3., 2012.
15. THYGESEN, L. C. et al. Cancer incidence among Danish Seventh-day Adventists and Baptists. **Cancer Epidemiol.**, v. 36, n. 6, p. 513-8. doi: 10.1016/j.canep.2012.08.001. Epub 2012 Aug 19., 2012.

16. LOUSUEBSAKUL-MATTHEWS, V. et al. Legumes and meat analogues consumption are associated with hip fracture risk independently of meat intake among Caucasian men and women: the Adventist Health Study-2. **Public Health Nutr**, v. 8, p. 1-11, 2013.
17. ORLICH, M. J. et al. Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. **JAMA Intern Med.**, v. 173, n. 13, p. 1230-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.6473., 2013.
18. SINGH, P. N. et al. Obesity and life expectancy among long-lived Black adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 69, n. 1, p. 63-72. doi: 10.1093/gerona/glt049. Epub 2013 May 16., 2014.
19. BRASIL. Orientações básicas para coleta, o processamento, e análise dados e a informação em serviços de saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN. Série A normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
20. HALLAL, P. C. et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **J Phys Act Health.**, v. 7, n. Suppl 2, p. S259-64., 2010
21. CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 35, n. 8, p. 1381-95., 2003.
22. BRASIL. Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo Alimentação Saudável. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
23. GONCALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon and KAPCZINSKI, Flavio. **Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 380-390. ISSN 0102-311X.
24. COSTA, J. S. D. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 164-173, 2002. ISSN 1415-790X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&nrm=iso) >.
25. World Health Organization. **Definitions of smoking.** Global link. Geneva; 2003.
26. World Health Organization. **Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners.** Geneva: Global Road Safety Partnership; 2007.
27. TAUNAY, T. C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 34, n. 1, p. 76-81., 2012.
28. CASTANHEIRA, M. et al. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S55-S65, 2003.
29. COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**; 88(1) : 59-65. 2007
30. MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**;46(3):534-42. 2012
31. AZEVEDO, M. R. et al. Fatores associados ao Sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** ;42(Supl. 2):70-7. 2008
32. SIQUEIRA, F. V. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):39-54, jan, 2008

33. DUMITH, S. C. et al. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**; 12(4 ): 646-58..2009.
34. ADAMOLI, A. N. Prática da caminhada no lazer na população adulta de Pelotas, RS. **Ver. Bras. Ativ. Física Saú.:** 16(2):113-119 2011.
35. HALLAL, P. C. et al. Atividade física em adultos de duas áreas do Brasil: semelhanças e diferenças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):573-580, mar-abr, 2005
36. MADEIRA, MC. et al . Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, Jan. 2013 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100019&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100019>.
37. Knuth AG, et al. Prática de atividade física em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) –. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3697, 2008.
38. BIBLIA. Português. 1993. Antigo e Novo Testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. e atual. no Brasil. Bíblia Levítico no capítulo 7 São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
39. NEUTZELING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2365-2374, nov, 2009
40. ISER, BPM. et al . Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil - 2009.**Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, supl. 1, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500010&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500010>.
41. IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dia). Orientações sobre alimentação em instituições ou programas oficiais da Igreja Adventista. <http://adventistas.org/>. disponível em: <http://adventistas.org/pt/saude/2013/12/16/orientacoes-alimentos-instituicoes-programas-oficiais-igreja-adventista/>. Acesso em: 20/02/2014.2014
42. VINHOLES, D. B. et al. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):791-799, abr, 2009.
43. LINHARES, R. S. et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):438-448, mar, 2012
44. GIGANTE D. P. et al. **Avaliação nutricional de adultos da coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública ;42(Supl. 2):60-9 2008.**
45. BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, 2003.
46. MUNIZ, LC. Et al.. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232013002000008&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200008>.

47. JANSEN. K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):440-448, mar, 2011
48. COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 2, 2002.
49. ANSELMINI, L. et al. **Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS.** *Rev Saúde Pública*;42(Supl. 2):26-33. 2008.
50. MOREIRA-ALMEIDA, A. S. E. A. Religiosidade e Saúde. In: INEDE (Ed.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina.** Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire. Belo Horizonte: Inede, v.1, 2008. cap. 20, p.427-443

Tabela 1: Caracterização dos Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas de acordo com variáveis sociodemográficas N(%). Pelotas-RS, 2014. (n=269)

<b>Variável</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Idade</b>		
20-39 anos	52 (44,1)	66 (55,9)
40-59 anos	36 (36,4)	63 (63,6)
60 anos ou mais	16 (34,0)	31(66,0)
<b>Sexo</b>	105 (39,3)	162 (60,7)
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	74 (41,1)	106 (58,9)
Sem companheiro	31 (35,6)	56 (64,4)
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	39 (39,4)	60 (60,6)
Ensino Médio	29 (38,7)	46 (61,3)
Ensino Superior	37 (40,2)	55 (59,8)
<b>Renda familiar</b>		
Não possui renda familiar	0 (0,0)	1 (100,0)
Até 1 salário	6 (20,0)	24 (80,0)
Entre 1 e 2 salários mínimos	14 (41,2)	20 (58,8)
Entre 2 e 4 salários mínimos	42 (54,6)	35 (45,4)
Entre 4 e 6 salários mínimos	9 (42,9)	12 (57,1)
Mais que 6 salários mínimos	9 (50,0)	9 (50,0)
<b>Casa Própria (sim)</b>	72 (36,6)	123 (63,4)
<b>Cor da pele</b>		
Branca	91 (40,3)	135(59,7)
Negra	7 (31,8)	15(68,2)
Outras	7 (38,9)	11(61,1)

Figura 1. Escore de atividade Física segundo seções de lazer do IPAQ dos Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas – RS 2014. (n=265)

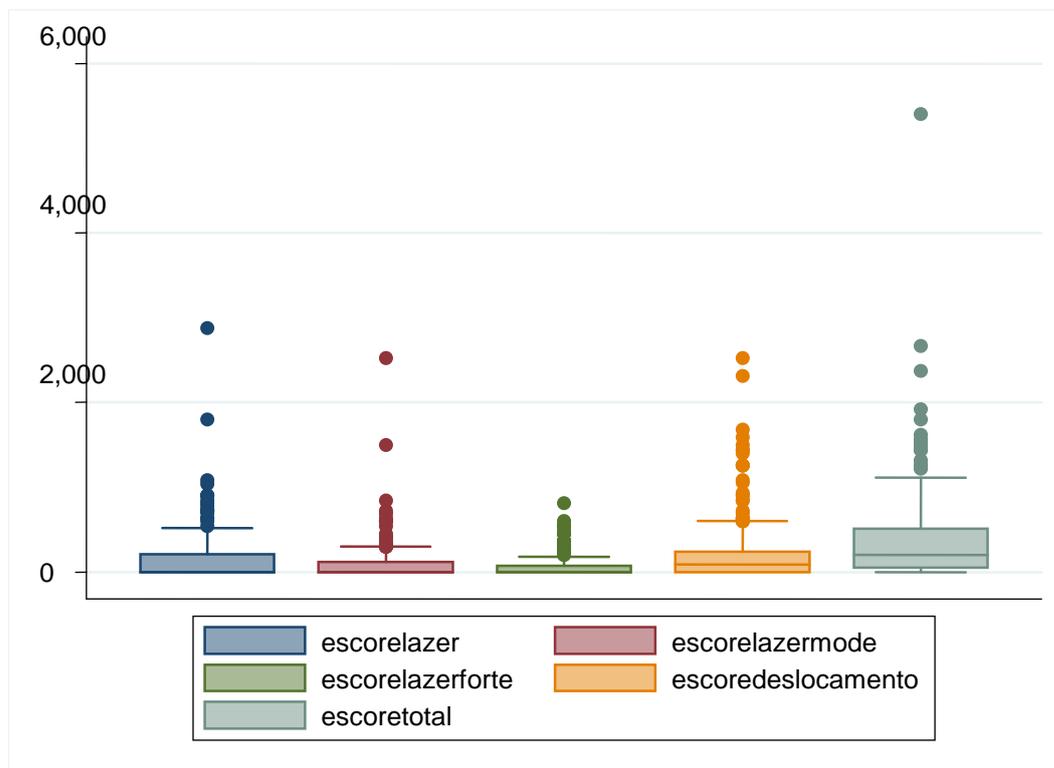


Figura 2. Prevalência de Adventistas do Sétimo Dia fisicamente ativos segundo as seções de lazer e deslocamento do IPAQ

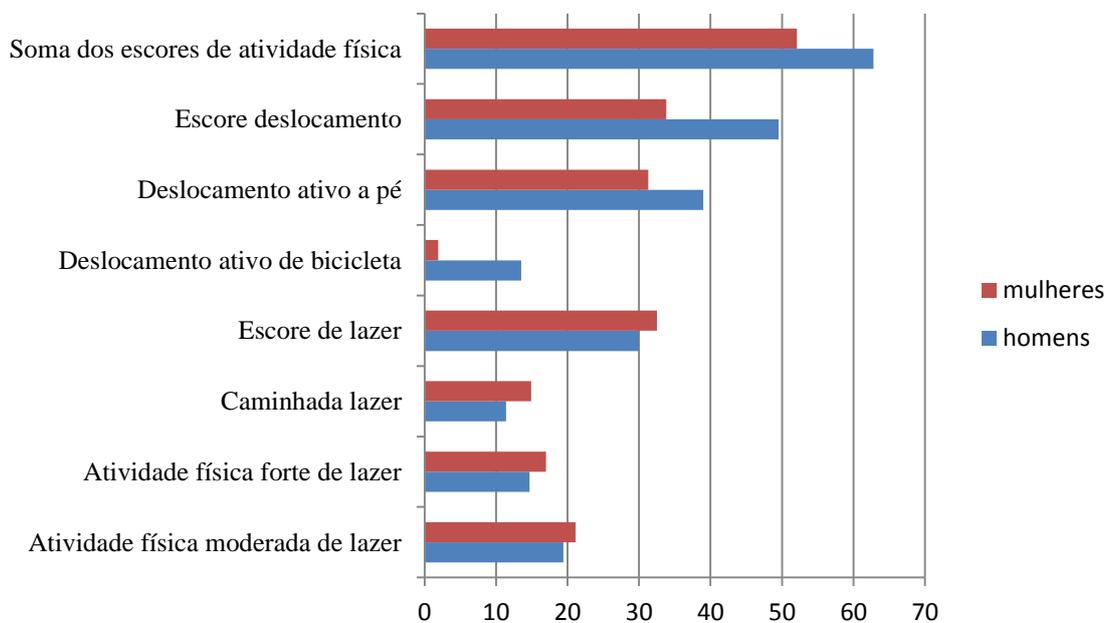


Tabela 2. Comportamentos referentes à conduta não saudável e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre Adventistas do Sétimo Dia da cidade de Pelotas – RS (%)

<b>Variável</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
Tabagismo	3,4	0
Consumo diário de álcool	0,8	2,3
Consumo de carnes com gordura aparente	26,0	12,1
Consumo de refrigerante	38,1	35,1
Adição de sal aos alimentos já prontos	15,1	10,1
Consumo irregular de frutas e hortaliças	15,31	20,5
Indivíduo com sobrepeso	39,2	34,7
Indivíduos obesos	21,6	18,4
Consumo regular de feijão	39,8	38,26
Leite integral	65,7	53,13

Figura 3. Prevalência de TPM entre os ADS de Pelotas de acordo com o SRQ20. Pelotas-RS, 2014.

(n=255)

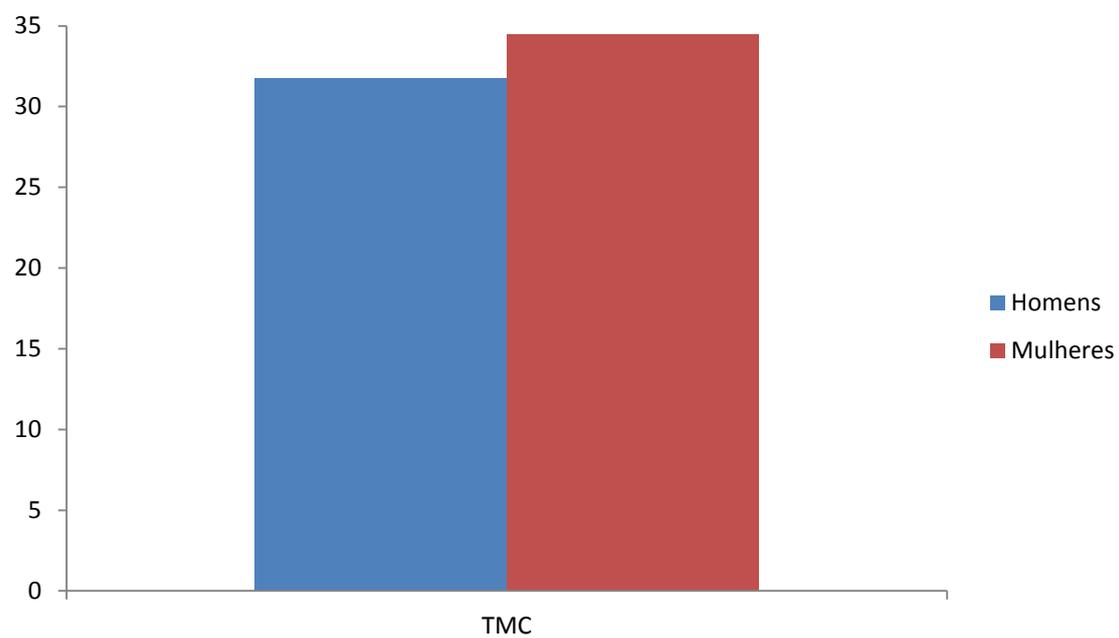


Tabela 3. Índice de religiosidade dos Adventistas do Sétimo Dia de Pelotas, segundo escala de religiosidade de Duke, 2014. (n=265)

Variáveis	%	N
<b>Frequência ao culto (n=260)</b>		
Mais que uma vez por semana	50,8	132
Uma vez por semana	33,8	88
Duas a três vezes por mês	13,1	34
Algumas vezes por ano	1,9	5
Uma vez por ano ou menos	0,4	1
Nunca	0	0
<b>Devoção pessoal (n=255)</b>		
Mais do que uma vez ao dia	26,7	68
Diariamente	63,9	163
Duas ou mais vezes por semana	6,3	16
Uma vez por semana	2,3	6
Poucas vezes por mês	0	0
Raramente ou nunca	0,8	2
<b>Sentir presença de Deus (n=255)</b>		
Totalmente verdade	90,2	230
Em geral é verdade	8,6	22
Não estou certo	0,8	2
Em geral não é verdade	0,4	1
Não é verdade	0	0
<b>Crenças/estilo de vida (n=255)</b>		
Totalmente verdade	82,7	211
Em geral é verdade	14,5	37
Não estou certo	0,8	2
Em geral não é verdade	0,8	2
Não é verdade	1,2	3
<b>Vive Religião em todos os aspectos da vida (n=256)</b>		
Totalmente verdade	80,9	207
Em geral é verdade	14,8	38
Não estou certo	1,6	4
Em geral não é verdade	0,8	2
Não é verdade	1,9	5

**5. Press-release**  
(Dissertação de Léo Dutra Cabistany)

## Religiosidade e saúde

Diversas crenças religiosas estão associadas positivamente a comportamentos benéficos em relação à saúde, como melhor alimentação prática de atividades físicas regulares, e abstinência do tabaco e bebidas alcoólicas, além de oferecimento de suporte social.

Segundo informações do IBGE, 90% da população brasileira diz ter alguma crença, ou participar de algum grupo religioso. Tentando entender de forma mais clara as relações entre participar de grupo religioso e comportamentos relacionados à saúde, foi realizado um estudo na cidade de Pelotas com membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD).

Percebe-se nessa população que os dogmas e doutrinas da igreja estão diretamente relacionados com temas de saúde, pois dentre suas crenças está a doutrina bíblica que diz que o “corpo é templo do Espírito Santo” (I Corintios 6), além disso a IASD prega também sobre o conceito de oito remédios naturais que segundo eles são indispensáveis para a boa saúde, são eles: **Água pura, Luz Solar, Exercício Físico, Ar puro, Alimentação Natural, Repouso, Temperança e Confiança em Deus...eis os verdadeiros remédios.** Comprovou-se essa teoria através de estudo conduzido pelo mestrando Léo Dutra Cabistany sob orientação do Professor Doutor Felipe Fossati Reichert, que apontou de fato que as crenças deste grupo religioso tem surtido efeito, visto que em comparação com outros estudos que investigaram as mesmas variáveis, os Adventistas se mostraram fisicamente mais ativos, com menos de 3% de indivíduos que fazem uso de cigarros ou bebidas alcoólica, quando comparados com outros estudos realizados com a população de Pelotas.

Dessa forma entendemos que a religião em questão exerce influência positiva sobre os membros dessa comunidade, podendo suas crenças relacionadas à saúde serem mais difundidas com o intuito de contribuir para melhores comportamentos da população pelotense de forma geral.

## **Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva**

### *Introdução*

*Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.*

*A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.*

*A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios*

*na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.*

*Seções de publicação Editorial: responsabilidade do(s) editor(es).*

*Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.*

*Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.*

*Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.*

*Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.*

*Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.*

*Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.*

*Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).*

*Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia.*

*O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.*

#### *Apresentação de manuscritos*

*1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.*

*2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.*

*No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br).*

*3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.*

*4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).*

*5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.*

*6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).*

*7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.*

*8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e*

subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva. O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

#### *Autoria*

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

#### *Nomenclaturas*

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### *Ilustrações*

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. *Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.*

4. *As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na 366 Instruções para colaboradores confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).*

5. *Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.*

6. *Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.*

#### *Agradecimentos*

1. *Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).*

2. *Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.*

3. *O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.*

#### *Referências*

1. *As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.*

2. *Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:*

*ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF<sup>11</sup>; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.*

3. *As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).*

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuários de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor *The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust*

1996; 164:282-284 3. Sem indicação de autoria *Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento Duarte MFS. *Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica* 1993;

9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. *Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet* 1996; 347:1337.

*Livros e outras monografias*

6. *Indivíduo como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.*

7. *Organizador ou compilador como autor*

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.*

8. *Instituição como autor*

*Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.*

9. *Capítulo de livro*

Sarcinelli PN. *A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.*

10. *Resumo em anais de congressos*

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

11. *Trabalhos completos publicados em eventos científicos*

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.*

12. *Dissertação e tese*

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.*

*Outros trabalhos publicados*

13. *Artigo de jornal*

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. *Material audiovisual*

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. *Documentos legais*

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

*Material no prelo ou não publicado*

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

*Material eletrônico*

16. *Artigo em formato eletrônico*

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. *Monografia em formato eletrônico*

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

*Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993*