

# RELIGIOSIDADE E ESTILO DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO ADULTA

## *Religiosity and Lifestyle of an Adult Population*

## *Religiosidad y estilo de vida de una población adulta*

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o perfil de religiosidade e estilo de vida de uma população adulta e analisar a associação entre essas variáveis. **Métodos:** Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, realizada com participantes (n=206) de duas Feiras de Saúde na cidade de São Paulo, em 20/10/2013 e 04/05/2014. Aplicaram-se dois instrumentos, o *Duke University Religion Index* (DUREL, subdividido nas dimensões Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca) e o Estilo de Vida FANTÁSTICO. Realizaram-se os testes *Rho* de Spearman para associação das variáveis “estilo de vida” e “religiosidade”, e Qui-Quadrado para análise bivariada entre sexo e religiosidade. **Resultados:** Encontrou-se perfil de religiosidade predominantemente bom nas três dimensões, com destaque para a Religiosidade Intrínseca, que alcançou 83,5% (n=167) nos três quesitos. Quanto ao estilo de vida (FANTÁSTICO), obteve-se a classificação de: 26,6% (n=34) “Bom”, 48,4% (n=62) “Muito Bom” e 12,5% (n=16) “Excelente”. Das 125 análises bivariadas, 13 (11,3%) apresentaram correlação fraca ( $p < 0,30$ ), porém significativa ( $p < 0,05$ ). Nas associações do Qui-Quadrado, a religiosidade se relacionou às dimensões do estilo de vida quanto ao uso de álcool e drogas, alimentação equilibrada e saúde mental. **Conclusão:** A religiosidade na população estudada, considerando-se as três dimensões analisadas, caracterizou-se como “boa” e “muito boa”; e o estilo de vida, segundo escore total do questionário FANTÁSTICO, pôde ser considerado saudável. Apesar de fraca, confirmou-se associação entre a religiosidade e o estilo de vida.

**Descritores:** Religião; Espiritualidade; Estilo de Vida; Promoção da Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to characterize the profile of religiosity and lifestyle of an adult population and to analyze the association between these variables. **Methods:** Quantitative descriptive cross-sectional research conducted with participants (n=206) of two Health Fairs held in the city of São Paulo on October, 10<sup>th</sup> 2013 and May, 4<sup>th</sup> 2014. Two questionnaires were applied, The Duke University Religion Index (DUREL, subdivided into the dimensions Organizational, Non-organizational and Intrinsic Religiosity) and the FANTASTIC Lifestyle Assessment. Spearman's Rho test was performed to associate the variables “lifestyle” and “religiosity”, and the chi-squared test was used for the bivariate analysis between sex and religiosity. **Results:** We found a mostly good religiosity profile in the three dimensions, particularly the Intrinsic Religiosity, which reached 83.5% (n=167) in the three questions. As to lifestyle (FANTASTIC), the following rating was obtained: 26.6% (n=34) “Good”, 48.4% (n=62) “Very Good”, and 12.5% (n=16) “Excellent”. Of the 125 bivariate analysis, 13 (11.3%) presented a weak ( $p < 0.30$ ), however significant ( $p < 0.05$ ), correlation. In the chi-squared associations, religiosity was related to lifestyle dimensions regarding the use of alcohol and drugs, balanced diet and mental health. **Conclusion:** The study population's religiosity, considering the three dimensions analyzed, was characterized as “good” and “very good”; and the lifestyle, according to the total score of the FANTASTIC assessment, could be considered healthy. Although weak, there was an association between religiosity and lifestyle.

**Descriptors:** Religion; Spirituality; Life Style; Health Promotion.

Marli Rosangela Cres<sup>(1)</sup>  
Gina Andrade Abdala<sup>(1)</sup>  
Maria Dyrce Dias Meira<sup>(1)</sup>  
Carlos Antonio Teixeira<sup>(1)</sup>  
Maria Fernanda Melo Lopes  
Ninahuaman<sup>(1)</sup>  
Maria Cecília Leite de Moraes<sup>(1)</sup>

1) Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP - São Paulo (SP) - Brasil

Recebido em: 23/04/2015  
Revisado em: 04/05/2015  
Aceito em: 15/06/2015

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar el perfil de religiosidad y estilo de vida de una población adulta y analizar la asociación entre esas variables. **Métodos:** Investigación descriptiva, transversal y cuantitativa realizada con participantes ( $n=206$ ) de dos Ferias de Salud de la ciudad de São Paulo en 20/10/2013 y 04/05/2014. Se aplicaron dos instrumentos, el Duke University Religion Index (DUREL, subdividido en las dimensiones Religiosidad Organizacional, No Organizacional e Intrínseca) y el Estilo de Vida FANTÁSTICO. Se realizaron las pruebas Rho de Spearman para la asociación de las variables “estilo de vida” y “religiosidad”, y el Cui-Cuadrado para el análisis bivariado entre el sexo y la religiosidad. **Resultados:** Se encontró el perfil de religiosidad en su mayoría bueno para las tres dimensiones en especial para la Religiosidad Intrínseca que alcanza el 83,5% ( $n=167$ ) en las tres cuestiones. Respecto al estilo de vida (FANTÁSTICO) se obtuvo la clasificación de: 26,6% ( $n=34$ ) “Bueno”, 48,4% ( $n=62$ ) “Muy Bueno” y el 12,5% ( $n=16$ ) “Excelente”. De los 125 análisis bivariados, 13 (11,3%) presentaron correlación débil ( $p < 0,30$ ) pero significativa ( $p < 0,05$ ). En las asociaciones del Chi-Cuadrado, la religiosidad se relacionó con las dimensiones del estilo de vida en cuanto al uso del alcohol y drogas, alimentación equilibrada y salud mental. **Conclusión:** Al considerar las tres dimensiones analizadas, la religiosidad de la población estudiada se caracterizó como “buena” y “muy buena”; y según la puntuación total del cuestionario FANTÁSTICO, el estilo de vida fue considerado saludable. Aunque débil, se confirmó la asociación de la religiosidad y el estilo de vida.

**Descriptores:** Religión; Espiritualidad; Estilo de Vida; Promoción de la Salud.

## INTRODUÇÃO

A busca pelo significado da vida e do transcendente é uma das necessidades do ser humano que, mesmo quando latente, precisa ser considerada no contexto da saúde integral. A religiosidade e a espiritualidade têm sido abordadas no âmbito acadêmico de forma crescente, com importantes estratégias para o enfrentamento de situações adversas relacionadas ao processo saúde-doença e seus determinantes, entre os quais o estilo de vida em saúde<sup>(1)</sup>.

No âmbito deste estudo, elegeu-se o conceito de religiosidade apresentado como a representação de uma crença e práticas fundamentadas em uma religião, e o de espiritualidade como estando relacionada às características individuais que determinam a ligação do indivíduo com o universo e os outros seres, podendo ou não estar relacionada à crença em um “Deus”<sup>(2)</sup>.

Intelectuais e cientistas previram que a religiosidade desapareceria ou decresceria ao longo do século XX, mas o que ocorreu foi um aumento do interesse dos pesquisadores

pela temática da religiosidade e espiritualidade, pois se percebe o aumento de publicações tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, incluindo periódicos de alto impacto<sup>(3-6)</sup>.

Mesmo em um mundo dito secularizado, no qual se exclui a religião como aspecto importante da vida, a prática religiosa está presente, variando, porém, de país para país. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, 89% da população têm uma religião e 31% a frequentam pelo menos uma vez por semana. Na Europa, a média da população que frequenta os cultos religiosos é de 31,6%, variando entre os países. Em um estudo com 35 países, do qual não fizeram parte, Brasil, EUA e Europa, verificou-se que 87,8% dos entrevistados referiram pertencer a uma denominação religiosa e 41,9% a frequentam pelo menos uma vez por semana<sup>(3)</sup>.

Considerando a diferença entre religiosidade e espiritualidade, destaca-se a característica objetiva e mensurável da religiosidade, uma vez que representa a prática de uma religião pública ou privada. Por essa razão, preconiza-se que, em pesquisas envolvendo as duas temáticas, é a religiosidade que poderá apresentar uma relação/associação com o estilo de vida de indivíduos<sup>(4,5)</sup>.

A religiosidade é um componente intrínseco à identidade do povo brasileiro, o que pode ser confirmado em estudo feito com uma amostra de 3007 pessoas (2346 adultos e 661 adolescentes) em 143 cidades, no qual 95% declararam ter uma religião, 83% consideram a religião muito importante e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana<sup>(3)</sup>.

Nessa direção, ressalta-se que a religiosidade faz parte e ainda está presente no homem contemporâneo, influenciando outras dimensões e afetando a sua saúde, uma vez que esta é entendida não só como o bem estar biopsicossocial, mas também o espiritual. O acréscimo da dimensão espiritual ganha espaço e significado na medida em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume a sua incorporação em documentos oficiais que visam investigar os parâmetros da qualidade de vida, como é observado nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-SRPB<sup>(7)</sup>.

O referencial teórico de Religiosidade adotado define-a como uma prática envolvendo uma atividade religiosa que pode ser Organizacional (RO, participação em serviços religiosos em grupo), Não Organizacional (RNO, realizada a sós e pode ser: se comunicar com Deus, meditar, ler escritos religiosos, assistir/ouvir mídia religiosa ou executar rituais privados) e Religiosidade Intrínseca (RI, refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo)<sup>(8)</sup>.

Um dos autores que investiga essa temática relata 267 pesquisas originais e revisões de literatura relacionando religião e saúde, as quais apresentam evidências de como

a religiosidade melhora a satisfação com a vida, diminui o comportamento delinquente, aumenta as células CD4 (células T auxiliares), diminui o cortisol, diminui a interleucina, aumenta a longevidade, apresenta menor índice de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e aumenta a probabilidade de as pessoas aderirem à prática de exercícios físicos<sup>(4)</sup>.

Em artigos publicados no Brasil, encontraram-se estudos que ressaltam a importância da relação entre saúde e religião no país. Observou-se que a questão da religiosidade no Brasil tem estado presente também em estudos recentes abordando a saúde mental. Os resultados dessas pesquisas apontam que os brasileiros, de maneira geral, encontram apoio na religião para o enfrentamento de situações estressantes<sup>(9-13)</sup>.

Considerando que tem sido evidenciada uma relação positiva entre religiosidade e saúde, questiona-se se existe associação entre a religiosidade e o estilo de vida em saúde, visto que o estilo de vida é definido como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Com base nessa definição, é possível afirmar que se os hábitos refletem os valores, podem estar também associados aos aspectos da religião<sup>(14)</sup>.

Por outro lado, pode-se inferir também que ninguém é totalmente saudável, ou seja, ninguém tem o grau máximo de saúde preconizado pela definição da OMS, que se refere à saúde como um bem-estar total. Esse conceito de saúde, embora compreendido como algo utópico, norteia um caminho a ser percorrido e pode ser facilitado pela religiosidade, que tem sido apontada como preditora de hábitos que fazem parte de um estilo de vida saudável<sup>(15-22)</sup>.

O presente estudo parte do pressuposto de que um aspecto relevante a ser trabalhado na área da saúde é a do estilo de vida saudável, não só pela informação e orientação, mas também sobre o como ou o que dificulta a mudança de hábitos de saúde, podendo a religiosidade ser um agente facilitador desse percurso. Sendo saúde o bem-estar biopsicossocioespiritual, então, para aumentar a saúde, devem-se praticar hábitos da natureza física, social, emocional, ambiental, educacional e espiritual saudáveis<sup>(23-25)</sup>. Para melhorar a saúde espiritual, devem-se praticar hábitos espirituais saudáveis, e essa prática é o que se considera religiosidade. Baseado no exposto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil de religiosidade e estilo de vida de uma população adulta e analisar a associação entre essas variáveis.

## MÉTODOS

Pesquisa de campo descritiva, quantitativa, de corte transversal<sup>(26)</sup>, realizada em dois eventos educativos no

formato de “Feira de Saúde” promovidos pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP, em dois anos consecutivos (20/10/2013 e 04/05/2014). Os eventos ocorreram na área central destinada a exposições públicas de um *shopping center* da zona sul da cidade de São Paulo-SP. A amostra (n=206) de conveniência e de adesão espontânea envolveu transeuntes do *shopping* que participaram das duas Feiras de Saúde. Devido à logística da Feira de Saúde no primeiro evento, com participação de 70 adultos, realizou-se o planejamento do segundo evento com horário estendido, para aumentar o número (n), havendo adesão de mais 136 participantes.

Os participantes que aceitaram o convite para participar da pesquisa deveriam primeiramente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual era guardado em uma caixa exclusiva para garantir o anonimato. Seis pesquisadores treinados para o procedimento preenchiam os questionários impressos, identificados com códigos numéricos sequenciais. Os critérios de inclusão englobaram ser adulto (de ambos os sexos), com idade entre 18 e 59 anos, excluindo-se aqueles que evidenciavam incapacidade para responder aos questionários, mas poderiam participar normalmente da Feira de Saúde.

O estudo abrangeu as áreas relacionadas à religiosidade, estilo de vida saudável, saúde referida e aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e estado civil), bem como à afiliação religiosa. Somente aqueles que atenderam aos critérios de inclusão fizeram parte da pesquisa.

Utilizaram-se os instrumentos *Duke University Religion Index* (DUREL)<sup>(2)</sup>, validado no Brasil - Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)<sup>(7)</sup>, e o questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO<sup>(27)</sup>. O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) é uma escala de cinco itens decrescentes, desenvolvido na Universidade de Duke, que mensura três principais dimensões do envolvimento religioso: Religiosidade Organizacional (RO, frequência a encontros religiosos); Religiosidade Não Organizacional (RNO, frequência de atividades religiosas privadas); e Religiosidade Intrínseca (RI, com 3 itens: RI 1, RI 2, RI 3, que é a busca da internalização e vivência plena da religiosidade<sup>(2)</sup>).

O questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, validado no Brasil<sup>(27)</sup>, contém 25 questões fechadas, formando nove dimensões (família e amigos; atividades; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento, introspecção e por fim trabalho). Esse instrumento possui 23 perguntas com cinco alternativas de respostas e duas dicotômicas (sim ou não). As alternativas estão colocadas de forma crescente em relação ao estilo de vida saudável (com valores de zero a quatro). As soma dos valores obtidos nos resultados das respostas são classificadas em cinco categorias: excelente

(85-100), muito bom (70-84), bom (55-69), regular (35-54) e necessita melhorar (0-34)<sup>(27)</sup>.

Como algumas questões não foram respondidas pelos participantes, o valor amostral difere em cada variável nas tabelas.

Realizou-se a análise dos dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Para análises de associação bivariada entre Religiosidade (categórica ordinal) e Sexo (dicotômica), utilizou-se o teste Qui-Quadrado; e para correlacionar a Religiosidade e o estilo de vida FANTÁSTICO, o *Rho de Spearman*.

Este estudo obteve autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), pareceres 415.406 e 572.966, aprovados em 17 de outubro de 2013 e 28 de março de 2014, respectivamente.

## RESULTADOS

Ao estudar o perfil sociodemográfico dos participantes da presente pesquisa, encontrou-se uma média de idade

de 36,5 anos (dp=11,5), variando de 18 a 59 anos. Quanto ao sexo, as mulheres predominaram em 67% (n=138). Na escolaridade, encontrou-se 85,6% (n=160) com mais de oito anos de estudo, e em relação ao estado civil, 50,5% (n=95) não têm companheiro(a). Destaca-se a predominância de evangélicos, com 45,8% (n=93), e católicos, com 37,9% (n=78), em relação aos demais (Tabela I). Observou-se ainda que, dentre os evangélicos, 41% são adventistas (n=38).

Para a classificação da religiosidade estudada no grupo de adultos participantes da presente pesquisa, conforme nomenclatura do Índice DUREL, os resultados serão apresentados conforme as dimensões: RO (Religiosidade Organizacional), RNO (Religiosidade Não Organizacional) e RI (Religiosidade Intrínseca, subdividida em: RI 1, RI 2, RI 3). Para a RO (frequência com que vão aos cultos religiosos), tem-se os seguintes resultados: 62% (n=124) dos adultos frequentam assiduamente cultos religiosos, somando-se os que vão “mais que uma vez por semana” com os que vão “até uma vez por semana”.

Tabela I - Caracterização da população estudada segundo o sexo, escolaridade, estado civil, religião e saúde referidas (n=206). São Paulo-SP, 2013 e 2014.

Caracterização da amostra (n= 206)	n	%
<b>Sexo (n= 206)</b>		
Feminino	138	67,0
Masculino	33	33,0
<b>Escolaridade (n= 187)</b>		
1 a 3 anos de estudo	6	3,2
4 a 7 anos de estudo	21	11,2
8 ou + anos de estudo	160	85,6
<b>Estado civil (n= 188)</b>		
Com companheiro	93	49,5
Sem companheiro	95	50,5
<b>Religião referida (n= 203)</b>		
Católica	78	38,4
Evangélica	93	45,8
Sem nenhuma religião	14	7,0
Espíritas	9	4,4
Outros (mórmons, várias religiões, espiritualista)	9	4,4
<b>Saúde referida (n= 199)</b>		
Muito boa	13	6,5
Boa	98	49,2
Regular	75	36,4
Ruim	6	3,0
Muito ruim	5	2,5
Não sabe	2	1,0

Tabela II - Distribuição de subitens das RO (Religiosidade Organizacional) e RNO (Religiosidade Não Organizacional) dos participantes do estudo (n=200). São Paulo-SP, 2013 e 2014.

Religiosidade	n	%
<b>RO (Religiosidade Organizacional = frequência com que vão aos cultos religiosos). n= 200</b>		
Mais que 1 x por semana	51	25,5
1 x por semana	73	36,5
2 a 3 x por mês	21	10,2
Algumas x por ano	28	13,6
1 x por ano ou menos	12	5,8
Nunca	15	7,3
<b>(Religiosidade Não Organizacional = frequência de atividades religiosas privadas) n= 200</b>		
Mais que 1 x ao dia	37	18,5
Diariamente	104	52
2 ou + x por semana	27	13,5
Poucas x por mês	13	6,5
Raramente ou nunca	19	9,5

Tabela III - Distribuição de subitens de Religiosidade Intrínseca (RI1, RI2 e RI3) dos adultos participantes do estudo (n=200). São Paulo-SP, 2013 e 2014.

RI: Religiosidade Intrínseca	RI 1: sentem a presença de Deus ou do Espírito Santo (n=200)		RI 2: as crenças estão por trás de toda maneira de viver (n=200)		RI 3: se esforçam para viver a religião em todos os aspectos (n=200)	
	n	%	n	%	n	%
Totalmente verdade	172	86,0	132	66,0	117	58,5
Em geral é verdade	25	12,5	51	25,5	50	25,0
Não estou certo	1	0,5	8	4,0	15	7,5
Em geral não é verdade	0	0,0	4	2,0	6	3,0
Não é verdade	2	1,0	5	2,5	12	6,0

No que diz respeito à RNO (frequência das práticas religiosas como orar, ler a Bíblia e assistir aos programas religiosos no rádio e TV), somando-se os que praticam “mais que uma vez ao dia” com os que o fazem “diariamente”, tem-se 70,5% (n= 141) daqueles que se dedicam a essas práticas de ordem mais pessoal (Tabela II).

Quanto à Religiosidade Intrínseca (RI = que é a busca da internalização e vivência plena da religiosidade), referente às três perguntas (RI 1= sentem a presença de Deus; RI 2= as crenças estão por trás de tudo e; RI 3= eles se esforçam para viver a religião em todos os aspectos), obteve-se um percentual igual ou maior que 83,5% (n= 171 ou mais), juntando-se aqueles que consideram “totalmente verdade” ou “em geral é verdade” nas três perguntas (Tabela III).

Na análise de associação bivariável entre Religiosidade e Sexo, utilizando o Qui-Quadrado, encontraram-se associações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre o sexo e a RO ( $X^2 = 6,9$ ), sexo e a RNO ( $X^2 = 4,9$ ) e sexo e a RI 1 ( $X^2 = 6,18$ ), ou seja, a religiosidade esteve associada com o sexo feminino. Não foi encontrada associação entre sexo e RI 2 e/ou RI 3.

Ao se correlacionar (*Rho* de *Spearman*) idade, escolaridade e as categorias de religiosidade, a idade esteve relacionada positivamente com a RO ( $\rho = 0,156$ ;  $p = 0,027$ ). Já a escolaridade esteve inversamente relacionada com a RNO ( $\rho = -0,189$ ;  $p = 0,011$ ).

Quanto ao perfil do estilo de vida, em uma avaliação do escore total do FANTÁSTICO, recodificado de 0 a 100,

Tabela IV - Correlação *Rho* de Spearman entre o estilo de vida FANTÁSTICO, a RO (religiosidade organizacional = frequência aos cultos religiosos) e a RNO (religiosidade não organizacional= frequência das práticas religiosas particulares) (n=206). São Paulo-SP, 2013 e 2014.

Perguntas	FANTÁSTICO	RO (frequência aos cultos religiosos)		RNO (frequência das práticas religiosas particulares)	
		$\rho$	$\rho$	$\rho$	$\rho$
Tenho alguém para conversar	1				
Dou e recebo afeto	2				
Sou vigorosamente ativo	3				
Sou moderadamente ativo	4				
Dieta balanceada	5			-0,175	0,013
Como em excesso	6				
Estou no intervalo peso acima do normal	7				
Fumo	8	-0,250	0,001		
Abuso de remédios	10				
Uso cafeína	11	-0,163	0,023		
Ingesta de álcool por semana	12	-0,185	0,013		
Bebo mais de 4 doses em uma ocasião	13	-0,243	0,001		
Durmo bem	15				
Uso cinto de segurança	16				
Estresse	17				
Relaxo e desfruto lazer	18				
Sexo com segurança	19	-0,170	0,015		
Aparento estar com pressa	20				
Sinto raiva e hostilidade	21				
Penso positivo	22				
Sinto-me tenso	23				
Sinto-me triste	24				
Satisfeito com o meu trabalho	25				

p: coeficiente de correlação *Rho* de Spearman; p: valor de significância < 0,05.

Tabela V - Correlação *Rho* de Spearman entre o estilo de vida FANTÁSTICO e a Religiosidade Intrínseca (RI). RI 1 (sentem a presença de Deus ou do Espírito Santo), RI 2 (as crenças estão por trás de tudo), e RI 3 (eles se esforçam para viver a religião em todos os aspectos) (n=206).

Perguntas	FANTÁSTICO	RI 1 (sentem a presença de Deus ou do Espírito Santo)		RI 2 (as crenças estão por trás de tudo)		RI 3 (eles se esforçam para viver a religião em todos os aspectos)	
		$\rho$	$\rho$	$\rho$	$\rho$	$\rho$	$\rho$
Tenho alguém para conversar	1	-0,146	0,04				
Dou e recebo afeto	2	-0,156	0,032				
Sou vigorosamente ativo	3						
Sou moderadamente ativo	4						
Dieta balanceada	5						
Como em excesso	6						
Estou no intervalo de peso acima do normal	7	0,148	0,044				
Fumo	8			-0,178	0,015		
Abuso de remédios	10						
Uso cafeína	11						
Ingesta de álcool por semana	12						
Bebo mais de 4 doses em uma ocasião	13					-0,186	0,012
Durmo bem	15						
Uso cinto segurança	16						
Estresse	17						
Relaxo e desfruto lazer	18						
Sexo com segurança	19						
Aparento estar com pressa	20						
Sinto raiva e hostilidade	21						
Penso positivo	22					-0,205	0,004
Sinto-me tenso	23						
Sinto-me triste	24	-0,151	0,034				
Satisfeito com o trabalho	25						

$\rho$  (coeficiente de correlação Rho de Spearman) e p (valor de significância <0,05).

encontrou-se que 0,8% (n= 1) dessa população “necessita melhorar” no estilo de vida, 11,7% (n= 15) tem um estilo de vida “regular”, 26,6% (n= 34) “bom”, 48,4% (n= 62) “muito bom” e 12,5 (n= 16) “excelente”.

Na análise de correlação entre Religiosidade e o estilo de vida FANTÁSTICO, utilizando-se a correlação de *Rho* de Spearman e um valor de significância  $p \leq 0,05$ , foram encontradas pelo menos 13 correlações entre as variáveis de religiosidade e as 23 perguntas do estilo de vida do FANTÁSTICO. As duas perguntas dicotômicas foram

desconsideradas (pergunta 9 e 14) nessa análise. As variáveis do DUREL, assim como as do FANTÁSTICO, analisadas separadamente, possibilitaram um maior aproveitamento de todo o questionário (Tabelas IV e V).

## DISCUSSÃO

Entre os objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), destacam-se dois que propõem estimular alternativas inovadoras que sejam

socialmente inclusivas e valorizar o uso de espaços públicos de convivência, otimizando o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. Embutido nesses objetivos está o desafio de envolver todos os segmentos sociais na busca de estratégias que possam fazer frente às necessidades de saúde da população<sup>(28)</sup>.

O Ministério da Saúde do Brasil propôs, em parceria com outros Ministérios, um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que se fundamenta em três eixos, dos quais se destaca o da Promoção da Saúde, que busca, com base na intersectorialidade, superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, implementando ações que estimulem a atividade física, a alimentação saudável, medidas de combate ao tabagismo e álcool, e incentivo ao envelhecimento ativo<sup>(29)</sup>.

A Feira de Saúde utilizada como estratégia educativa da presente pesquisa se alinha ao escopo da PNPS. Ao mesmo tempo, torna-se um veículo para atrair pessoas interessadas em conhecer mais sobre um estilo de vida saudável com práticas simples, capazes de promover a saúde de forma integral.

O presente estudo demonstrou que houve associação entre religiosidade e sexo, ou seja, as mulheres são mais envolvidas com a religiosidade do que os homens. Também apresentou associação entre religiosidade e idade ( $p < 0,05$ ). Entre os achados, constataram-se resultados semelhantes na pesquisa de Itajubá com 600 adultos acima de 20 anos, cujo perfil de religiosidade era bom e esteve associado ao gênero feminino e às pessoas com mais idade<sup>(30)</sup>.

No presente estudo, encontrou-se associação entre os que vão à igreja/templos/grupos e os bons hábitos do estilo de vida, como não fumar e ingerir menos bebidas alcoólicas. Adultos que são mais envolvidos com serviços religiosos são menos suscetíveis a usar álcool e drogas comparado com pessoas que frequentam menos regularmente ou que estejam filiadas a denominações religiosas menos conservadoras ou a nenhuma delas<sup>(31)</sup>.

Pesquisa feita com 233 estudantes na Bahia mostrou que a religiosidade pode exercer um papel positivo no abandono do uso de drogas, na abstinência ou mesmo na diminuição do uso dessas substâncias<sup>(32)</sup>.

Outra associação positiva encontrada no presente estudo relacionou-se com o menor consumo de cafeína (café, chás e refrigerantes à base de colas) entre todos os participantes, de todas as religiões. Esses achados se repetiram em uma pesquisa também realizada nessa região da zona sul de São Paulo, entre 2.355 adultos, em que se mostrou uma diminuição do consumo de cafeína entre evangélicos adventistas<sup>(33)</sup>. Os preceitos e práticas adventistas incentivam a abster-se do consumo de café,

refrigerantes, chás cafeinados e, além disso, os estudos apontam que os adventistas têm menores prevalências de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas<sup>(34)</sup>.

Encontrou-se no atual estudo uma relação positiva entre “sexo seguro” e a Religiosidade Organizacional (RO = frequência aos cultos religiosos). Outra pesquisa revelou o mesmo achado, em que o envolvimento religioso foi o motivo mais forte para se evitar o sexo antes do casamento<sup>(35)</sup>.

A Religiosidade Não Organizacional (RNO, demonstrada através da prática particular diária da religião) correlacionou-se com o consumo de uma dieta balanceada no estudo em questão. Associação semelhante tem sido relatada na literatura científica em estudos que analisaram o estilo de vida adotado por adventistas. Os adeptos dessa denominação religiosa evitam carne vermelha e enfatizam o consumo de frutas, hortaliças e castanhas na dieta. Esses hábitos alimentares fazem parte das crenças religiosas adotadas por esses evangélicos, no entanto, os riscos de mortalidade ainda não são conclusivos<sup>(36)</sup>.

Observou-se também no presente estudo que a Religiosidade Intrínseca, a RI 1 (sentir a presença de Deus), esteve relacionada com “ter alguém para conversar e dar e receber afeto”. Os coeficientes de correlação de -0,146 e -0,156, respectivamente, podem significar que a íntima relação com Deus, a sensação do sagrado na vida, bem como as emoções de dar e receber afeto vão refletir em alguns domínios do bem-estar das pessoas: domínio pessoal, relacional, meio ambiente e transcendental<sup>(37)</sup>.

Nessa direção, esse sentimento de pertencimento que se consolida nas relações humanitárias remete também à relação positiva que a pessoa pode ter com Deus ou um ser superior, compreendido como Pai, Criador, Poderoso e Benevolente, que cuida e se lembra de sua criação. Por outro lado, essa relação pode ser negativa, quando o indivíduo enxerga um Deus punitivo, que castiga e abandona seus filhos<sup>(38)</sup>. Nessas circunstâncias, aparecem os sentimentos depressivos, agravando o quadro da saúde mental. Verificando associação entre depressão e Religiosidade/Espiritualidade (R/E), é importante relatar que, dentre os 178 estudos considerados como de maior rigor metodológico, 119 (67%) deles relataram relações inversas (quanto mais envolvidos com a religião, menos depressão) e 13 (7%) encontraram relações positivas com a depressão<sup>(39)</sup>.

Nas associações entre RI 2 (minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda minha maneira de viver), RI 3 (eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida) e o uso de fumo e álcool no presente estudo, encontrou-se que quanto maior o envolvimento religioso intrínseco, menor o uso dessas substâncias.



A religiosidade é um fator protetor para o uso e abuso de substâncias nocivas e pode ser uma alternativa para a solução dos problemas de adictos na saúde pública<sup>(32)</sup>.

Associando RI 3 (eu me esforço muito para viver de acordo com as crenças pessoais) e o “pensar de forma positiva”, encontraram-se resultados estatisticamente significativos na atual pesquisa. A fé e a espiritualidade são recursos que ajudam a enfrentar a incerteza, o medo, a discriminação, a solidão e a dor, mobilizando energias vitais, o que pode significar a fé para os religiosos<sup>(40)</sup>.

Pode-se afirmar no presente estudo que a relação entre a religiosidade e o estilo de vida apresentou uma prevalência de 11,3% (n=13) de associação, que embora considerada fraca (coeficiente < 0,30), não pode ser negada totalmente.

Compreende-se que entre as limitações deste estudo está o seu desenho, que, por ser de corte transversal, impossibilita uma relação causal.

Além disso, os estudos que investigam essa temática em população de adultos são escassos. Recomenda-se que sejam realizados estudos longitudinais para se ampliar o desdobramento dessa temática relativo aos mecanismos de como a religiosidade pode auxiliar na adoção de um estilo de vida promotor da saúde. Ressalta-se a importância de ações educativas relacionando as dimensões da religiosidade com o estilo de vida para a promoção da saúde em uma perspectiva de integralidade.

## CONCLUSÃO

A religiosidade na população estudada, quanto às três dimensões analisadas, caracterizou-se como “boa” e “muito boa”; e o estilo de vida, segundo escore total do questionário FANTÁSTICO, pôde ser considerado saudável. Apesar de fraca, confirmou-se associação entre a religiosidade e o estilo de vida.

**CONFLITO DE INTERESSES:** Não existem conflitos de interesses nesse estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality? *J Relig Health*. 2012;51(1):3-19.
2. Koenig HG, Büsing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1(1):78-85.
3. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento Religioso e Fatores Sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):12-5.
4. Koenig HG. *Medicina, Religião e Saúde*. Porto Alegre RS: L&PM; 2012. Religião e Saúde; p. 54-67 e Os Sistemas Imunológico e Endócrino; p. 82-95.
5. Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013;69(12):2622-34.
6. Lucchetti G, Lucchetti AL. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med*. 2014;48(3):199-215.
7. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):153-65.
8. Taunay TCD, Gondim FAA, Macedo DF, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da Versão Brasileira da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL). *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2012;39(4):130-5.
9. Leite IS, Seminotti EP. A influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013;17(2):189-96.
10. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um Município na Bahia, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):795-805.
11. Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigando o Papel do Suporte Social na Associação entre Religiosidade e Saúde Mental em Idosos de Baixa Renda: resultados do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):157-64.
12. Veras RM, Vieira JMF, Moraes FRRA. A Maternidade Prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicol Estud*. 2010;15(2):325-33.
13. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiquiatr Clín*. 2011;38(1):19-23.
14. Nahas MV, Barros MV, Francalacci V. O pentágono do bem-estar, base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2000;5(2):48-59.
15. Santos ARM, Dabbicco P, Cartaxo HGO, Silva EAPC, Souza MRM, Freitas CMSM. Revisão Sistemática Acerca da Influência da Religiosidade na Adoção de Estilo de Vida ativo. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2013;26(3):419-25.

16. Silva LBE, Silva SSBE, Marcilio AG, Pierin AMG. Prevalência de Hipertensão arterial em Adventistas Sétimo Dia da Capital e do interior paulista. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(4):329-7.
17. Backes DS, Backes MS, Medeiros HMF, Siqueira DF, Pereira SB, Dalcin CB, et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento de dependentes químicos integrante. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(5):1254-9.
18. Barbosa Filho VC, Campos W, Lopes AS. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(5):901-17.
19. Coutinho RZ, Miranda-Ribeiro P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. *Rev Bras Est Pop.* 2014;31(2):333-65.
20. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(2):176-82.
21. Souza LDM, Maragalhoni TC, Quinquoses MT, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, et al. Bem-estar Psicológico de Jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(6):1167-74.
22. Rodrigues JSM, Ramdohr Sobrinho EC, Toledo MLV, Zerbetto SR, Ferreira NMLA. O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. *Saúde Debate.* 2013;37(97):270-80.
23. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis (Rio J).* 2007;17(1):77-93.
24. Maselko J, Hughes C, Cheney R. Religious social capital: its measurement and utility in the study of social determinants of health. *Soc Sci Med.* 2011;73(5):759-67.
25. Santos DS, Tenório EA, Brêda MZ, Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev Latinoam Enferm.* 2014;22(6):918-25.
26. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Trad. Regina Denise de Sales. Porto Alegre: Artmed; 2011.
27. Silva AMM, Brito IS, Amado JMC. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(6):1901-9.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
29. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011;20(4):425-38.
30. Dias EN. Religiosidade e Fatores Associados: um estudo com residentes na cidade de Itajubá- Minas Gerais [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
31. Silva RP, Souza P, Nogueira DA, Moreira DS, Chaves ECL. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;62(3):191-8.
32. Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rios MC, Brasil MS. A Religiosidade/Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. *Rev Est Relig.* 2010;1(1):77-98.
33. Ferreira GM, Staut TC, Araujo SP, Oliveira NC, Portes LA. estilo de vida entre brasileiros adventistas do sétimo dia. *Lifestyle J.* 2011;1(1):17-25.
34. Kanno DT, Sella LF, Oliveira NC. Estilo de vida de Adventistas do Sétimo Dia do município de Cotia, São Paulo. *Rev Ciênc Méd (Campinas).* 2014;23(3):137-44.
35. Meneses AFS, Santos EC. Sexo e religião: um estudo entre jovens evangélicos sobre o sexo antes do casamento. *Clínica Cultura.* 2013;2(1):82-94.
36. Kwok CS, Umar S, Myint PK, Mamas MA, Loke YK. Vegetarian diet, Seventh Day Adventists and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2014;176(3):680-6.
37. Fisher J. The Four Domains Model: connecting spirituality, health and well-being. *Religions.* 2011;2(1):17-28.
38. Ironson G, Stuetzle R, Ironson D, Balbin E, Kremer H, George A, et al. View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression. *J Behav Med.* 2011;34(6):414-25.
39. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. International Scholarly Research Network. ISRN Psychiatr

[periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Fev 10];1(2012):1-34. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ism/2012/278730/cta/>

40. Murakami R, Campos CJG. Religião e Saúde Mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm. 2012;65(2):361-7.

**Endereço do primeiro autor:**

Marli Rosangela Cres  
Centro Universitário Adventista (UNASP)  
Estrada de Itapecerica, 5859  
Bairro: Jardim IAE  
CEP: 05858-001 - São Paulo - SP - Brasil  
E-mail: marcres@uol.com.br

**Endereço para correspondência:**

Gina Andrade Abdala  
Centro Universitário Adventista (UNASP)  
Estrada de Itapecerica, 5859  
Bairro: Jardim IAE  
CEP: 05858-001 - São Paulo - SP - Brasil  
E-mail: ginabdala@gmail.com