

# COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E INDICADORES DE RELIGIOSIDADE EM ADOLESCENTES ESCOLARES

por

Mathias Roberto Loch

---

Dissertação Apresentada ao  
Programa de Pós Graduação em Educação Física  
Da Universidade Federal de Santa Catarina  
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Educação Física

Fevereiro de 2006

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E INDICADORES  
DE RELIGIOSIDADE EM ADOLESCENTES ESCOLARES

por  
Mathias Roberto Loch

---

Orientador  
Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas

Dissertação Apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física  
da Universidade Federal de Santa Catarina,  
na Sub-Área da Atividade Física Relacionada à Saúde,  
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre

Fevereiro, 2006.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**A DISSERTAÇÃO: COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E INDICADORES DE RELIGIOSIDADE EM ADOLESCENTES ESCOLARES.**

Elaborada por **Mathias Roberto Loch**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Data: 22 de fevereiro de 2006.**

---

**Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento  
Coordenador do Mestrado em Educação Física**

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas  
(Orientador)**

---

**Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes**

---

**Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres**

---

**Profa. Dra. Rosane Carla Rosendo da Silva**

## AGRADECIMENTOS

*A meus pais e aos meus tios, grandes incentivadores e sempre “portos seguros”. Em especial à Lucia, promovida à segunda mãe nestes últimos sete anos. Também aos primos Guilherme e Rafael, pela excelente convivência e à Clarice e Clézar, tios especiais.*

*Ao professor orientador Dr. Markus V. Nahas, pela sua competência e dedicação.*

*Aos professores Marco Aurélio Peres, Dartagnan Pinto Guedes e Rosane Carla Rosendo da Silva, por terem aceitado participar da banca e pelas enormes contribuições dadas.*

*Aos companheiros do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde, pelo grande aprendizado e pelas grandes amizades feitas. Em especial à Elusa, Lisandra, Simone, Cazuza, Patrícia, Aldemir, Jair e Mauro.*

*Aos co-fundadores do Núcleo de Bem-Estar do Mestrando (NuBEM), Cassiano, Elto, Marcelo e Sílvio. Eternos amigos e fregueses no truço, na sinuca, no basquetebol, no futebol, no voleibol.....*

*Aos amigos das turmas de 2004 e 2005 do mestrado: Catiana, Daniel, Giancarlo, Marcius, Maria Angélica, Carmem, Ilca e Hector.*

*Aos Profs. Juarez Vieira do Nascimento e Adair da Silva Lopes, que exerceram o cargo de Coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC nestes últimos anos, por sempre se mostraram dispostos à solucionar os problemas dos alunos. Também à Novânia, pela mesma razão.*

*Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação da UFSC, e também à Osni Jacó da Silva, pelo valoroso estágio de docência.*

*À direção e aos professores do Instituto Estadual de Educação, especialmente à Professora Graça Monteiro, pelo acesso às turmas e pela excelente receptividade.*

*À Capes pela bolsa no 2º ano, que possibilitou o melhor aproveitamento do mestrado.*

## RESUMO

### COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E INDICADORES DE RELIGIOSIDADE EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Autor: Mathias Roberto Loch

Orientador: Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas

O comportamento das pessoas é influenciado por uma complexa interação de variáveis, entre as quais estão as de cunho social, cultural e ambiental. Considerando a religião como parte importante do contexto sociocultural, pode-se admitir que ela é um possível aspecto de influência sobre o modo como as pessoas vivem. Com este entendimento, este trabalho teve como objetivo testar a associação entre determinados comportamentos relacionados à saúde com os indicadores de religiosidade de estudantes do ensino médio do Instituto Estadual da Educação – IEE - de Florianópolis, SC. Fizeram parte da amostra deste estudo exploratório de associação com corte transversal, 516 sujeitos, com idade entre 14 e 19 anos, sendo 224 rapazes e 292 moças. Para levantamento das informações utilizou-se questionário testado previamente. Na análise dos dados utilizou-se a Razão de Prevalência, o teste do Qui-quadrado e do Qui-quadrado para tendência, com  $p < 0,05$ . Os resultados mostraram que as moças apresentaram maiores indicadores de religiosidade do que os rapazes. Quanto à prevalência dos comportamentos negativos relacionados à saúde, verificou-se que as moças se mostraram menos ativas do que os rapazes, tanto com relação ao nível de atividade física geral, quanto à prática de atividade física no lazer, além de apresentarem maior prevalência de percepção negativa de estresse. Por outro lado, os rapazes apresentaram maior proporção de sujeitos que referiu consumo abusivo de álcool. De maneira geral, todos os indicadores de religiosidade avaliados se mostraram associados negativamente ao consumo abusivo de álcool (CAA), fumo e ao consumo de outras drogas (COD). Entretanto, quando estratificada a amostra por gênero observou-se que esta relação foi mantida entre as moças, mas não entre os rapazes. Quando a estratificação foi realizada segundo nível econômico, observaram-se várias associações significativas entre os indicadores de religiosidade e o uso de drogas, tanto para aqueles com nível econômico superior (NES), quanto para os adolescentes com nível econômico inferior (NEI). Para as variáveis relacionadas à alimentação e à prática de atividade física, a participação em grupo de jovens se mostrou associada significativamente à menores proporções de comportamento negativo. A frequência de participação em eventos religiosos esteve associada à menor prevalência de inativos no lazer para os rapazes. Os maiores indicadores de religiosidade também foram associados à melhor percepção do nível de estresse e a maior satisfação nos relacionamentos. Na análise de simultaneidade, observou-se que aqueles adolescentes mais religiosos apresentavam padrão de comportamento mais positivo que seus pares menos religiosos. Estes resultados demonstram que, para o grupo investigado, a religiosidade se mostrou associada com comportamentos mais positivos relacionados à saúde, principalmente no que se refere ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, e sendo especialmente forte a relação entre as moças. Isto se deve possivelmente ao fato de que as pessoas religiosas têm acesso a uma maior rede de apoio social, o que acaba por facilitar a adoção de comportamentos considerados mais saudáveis.

Palavras chave: Religiosidade, Religião, Estilo de vida, Saúde e Adolescentes.

## **ABSTRACT**

### **HEALTH BEHAVIORS AND RELIGIOSITY IN SCHOOL ADOLESCENTS**

Author: Mathias Roberto Loch

Adviser: Markus Vinicius Nahas, PhD

Human behavior results from a complex interaction of cultural, social and environmental variables. Religion is an important sociocultural factor that affects human behavior in general, including health-related behaviors. The purpose of this study was to investigate the association between health behaviors and indicators of religiosity among adolescents attending high-school (State Institute of Education) in Florianópolis, Santa Catarina. The sample of this epidemiological investigation comprised 516 students (224 boys and 292 girls), ages 14 to 19 years. Data was collected by using a questionnaire. Analysis was performed through SPSS 11.5 software, using descriptive statistics, prevalence ratio, Chi-square test and Chi-square for tendency ( $p < 0,05$ ). Results showed that girls were more religious than boys. As for the health behaviors investigated, girls were at higher risk for inactivity (in general and during leisure time), as well as for negative perception of stress. Boys referred to higher consumption of alcoholic beverages. All indicators of religiosity were inversely associated with a drinking alcohol, smoking and use of others drugs. However, when the sample was separated by sex, this association was maintained for girls, but not boys. Socioeconomic level was not associated with the prevalence of health-risk behaviors. As for eating habits and physical activity variables, the participation in youth religious groups and frequency (this only for boys) was association with positive behaviors. Results have also shown that there was a higher prevalence of individuals referring low-stress levels and more satisfaction with their relationships among those with positive religious indicators. Simultaneity analysis of negative behaviors indicated that religious adolescents had a more positive profile than those who do not participate in religious activities. The results of this study allow the conclusion that religiosity is an important protector factor, especially for smoking, alcohol drinking, and use of others drugs. This relationship was stronger for girls than boys. Also, it seems that the participation in youth religious groups (social support) seems to be the more significant indicator of religiosity associated with health behaviors.

Key words: Religiosity, Religion, Lifestyle, Health related behaviors and Adolescence.

# ÍNDICE

Página

LISTA DE ANEXOS .....	IX
LISTA DE FIGURAS .....	X
LISTA DE QUADROS .....	XI
LISTA DE TABELAS .....	XII

## Capítulo

I. O PROBLEMA .....	1
Formulação do Problema	
Objetivo Geral	
Questões a investigar	
Definição operacional de termos	
II. REVISÃO DE LITERATURA .....	10
Religiosidade: questões iniciais	
Religiosidade, mortalidade, morbidade e outros indicadores de saúde	
Religiosidade e Estilo de Vida	
Religiosidade e Apoio Social	
III. MÉTODOS.....	26
Caracterização do Estudo	
População e Amostra	
Instrumento de medida	
Implementação do Estudo	
Procedimentos de crítica, Tabulação e Análise de Dados	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	34
Composição e Caracterização da Amostra	
Indicadores de religiosidade	
Prevalência de Comportamentos negativos relacionados à saúde	
Associação entre os comportamentos relacionados à saúde e os indicadores de religiosidade	
Análise de simultaneidade dos comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo indicadores de religiosidade	

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
ANEXOS .....	76

## LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
2. Questionário.....	79
3. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	86
4. Declaração de ciência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre a alteração da instituição realizadora.....	88
5. Relatório da Reprodutibilidade do Instrumento.....	90

## LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Proporção de adolescentes com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.....	56
2. Proporção de rapazes com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.....	57
3. Proporção de moças com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.....	58
4. Proporção de adolescentes de nível econômico inferior, com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.....	59
5. Proporção de adolescentes de nível econômico superior, com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.....	60

## LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1. Descrição dos fatores, variáveis e respectivos critérios de análise.....	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Composição da amostra por série e turno.....	34
2. Características Sócio-demográficas.....	35
3. Distribuição da amostra segundo afiliação religiosa.....	37
4. Indicadores de religiosidade, segundo gênero.....	37
5. Indicadores de religiosidade, segundo nível econômico.....	38
6. Prevalência de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo gênero.....	39
7. Prevalência de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo nível econômico.....	43
8. Proporção de consumo inadequado de frutas e verduras e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	44
9. Proporção de inatividade física no lazer e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	45
10. Proporção de insuficientemente ativos e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	45
11. Proporção de consumo abusivo de álcool e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	47
12. Proporção de fumantes e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	49
13. Proporção de consumo de outras drogas e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	51
14. Proporção de Percepção Negativa de Estresse e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	53
15. Proporção de insatisfação nos relacionamentos e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.....	54

# **CAPÍTULO I**

## **O PROBLEMA**

### **Formulação do problema**

Apesar das muitas evidências a respeito dos benefícios e dos riscos relacionados a certos comportamentos, não são poucas as pessoas que adotam hábitos considerados inadequados sob o ponto de vista da saúde. Para compreender melhor esta situação é necessário considerar toda a complexidade que o entendimento do comportamento humano exige. Neste sentido, e partindo-se do princípio que a adolescência é um período onde ocorrem várias mudanças na vida do ser humano, a melhor compreensão dessa fase da vida passa a ser vital para a implementação de estratégias e políticas públicas que efetivamente auxiliem as pessoas na adoção de hábitos mais saudáveis.

Dada esta necessidade, alguns trabalhos procuraram investigar a prevalência de diversos comportamentos relacionados à saúde em adolescentes (Carlini-Cotrim, Carvalho & Gouveia, 2000; Horta, Calheiros, Pinheiro Tomasi & Amaral, 2001; Tavares, Béria & Lima, 2004; Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri, 1997). Especificamente no caso do estado de Santa Catarina, pelo menos dois estudos representativos foram realizados nos últimos anos, sendo um da população de escolares do ensino médio de Florianópolis (Farias Jr., 2002) e outro da população da rede pública estadual de todo estado (Nahas, De Bem, Barros, Silva, Oliveira & Loch, 2002).

O estudo dos comportamentos relacionados à saúde e seus determinantes vêm ganhando muita importância. Isto principalmente devido à constatação de que boa parte das doenças, e também das mortes prematuras ocorridas atualmente no mundo, apresentam uma estreita associação com o modo como as pessoas vivem, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Chor, 1999; Dietz, 1996; Inca, 2004; Johansson & Sundquist, 1999; Nahas, 2003; US Department of Health and Human Services, 1996; World Health Organization, 2005).

Evidentemente, nem sempre os comportamentos foram considerados tão importantes para a saúde das pessoas. Até o final do século XIX, a maior preocupação em termos de saúde pública era com a melhoria das questões ambientais, então

determinantes para a longevidade e saúde dos indivíduos. Posteriormente um grande avanço na medicina – inclusive com o desenvolvimento de uma série de vacinas - acabou por permitir que diversas doenças fossem controladas ou mesmo erradicadas. Feitos estes importantes avanços, e mesmo considerando que em diversos lugares esta situação ainda está longe de ser atingida, o fato é que o estilo de vida passou a ser considerado fator fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Chor, 1999; Nahas, 2003; Rimm & Stampfer, 2004).

É claro, porém, que não se pode limitar a questão da saúde ao estilo de vida, haja vista que outros fatores como as próprias características herdadas geneticamente, o ambiente em que se vive e o próprio acesso aos serviços de saúde exercem também um papel bastante importante. Por outro lado, não resta dúvida que para muitas pessoas o estilo de vida pode ser interpretado como um bom indicador de saúde.

Neste sentido, um dos comportamentos que mais vem sendo enfatizado como positivo é a prática de atividade física. Vários trabalhos de cunho epidemiológico, publicados nas últimas décadas, confirmam a antiga suposição que aquelas pessoas com maior nível de atividade física e/ou com melhores níveis de aptidão física, apresentam menor incidência de doenças e de mortes por todas as causas, e também por algumas causas específicas, do que seus pares menos ativos ou com menor aptidão física (Lee & Blair, 2002; Lee & Paffenbarger, 2000; Paffenbarger, Hyde, Wing, Lee, Jung & Kampert, 1993; Schnohr, Scharling & Jensen, 2003; Tanasescu, Leitzmann, Rimm, Willett, Stampfer & Hu, 2002; Wannamethee, Shaper & Walker, 1998).

Considerando que a adolescência é um dos períodos mais intensos do ciclo da vida, e onde ocorrem muitas modificações, biológicas, psicológicas e sociais, esta fase da vida parece ser de fundamental importância no que se refere à aquisição de valores, atitudes e hábitos que estarão possivelmente presentes na vida adulta. Segundo Tommasi (1998), é na adolescência que se desperta mais fortemente a procura pela aquisição de um sentido de identidade pessoal. Esta busca se concretiza principalmente através das relações interpessoais com os companheiros da mesma idade e com a figura de líderes, quase sempre pessoas de fora da família.

Em termos cronológicos, considera-se a adolescência como o período que vai dos 10 aos 19 anos, e que é marcada pelo início da puberdade e pela maturação sexual (World Health Organization, 2003). É importante entender e observar que, até a idade adulta, crianças e adolescentes passam por uma série de estágios que implicam em um

grau crescente de maturação, caracterizando o processo de desenvolvimento do ser humano.

Evidentemente, é um grave erro considerar a adolescência apenas como um meio para a idade adulta. Na verdade, as estratégias de promoção da saúde para este grupo não devem jamais perder de vista as necessidades e as expectativas atuais dos adolescentes. Isto é especialmente importante se for considerado que possivelmente os adolescentes nunca estiveram expostos a tantas situações de risco quanto nos dias atuais, sendo que os reflexos são sentidos também na família e na sociedade (Muza & Costa, 2002).

Assim, torna-se um grande desafio encontrar o equilíbrio entre as necessidades atuais e futuras dos adolescentes. Este desafio parece ser ainda maior em países como o Brasil – onde existe uma enorme diferença entre os estratos economicamente mais altos e mais baixos da população, fruto principalmente, segundo Monteiro, Iunes e Torres (1996), da antiga história de desigualdades em nosso país e do estilo concentrador de renda que marcou o crescimento econômico da década de 1970.

Esta grande desigualdade social é mencionada como uma das principais causas da crescente violência que se observa nos dias atuais, principalmente nas maiores cidades do país. Vale citar que, entre adolescentes e jovens no Brasil, as chamadas causas externas, principalmente as mortes por acidentes de trânsito e os homicídios, representam a principal causa de morte entre pessoas desta faixa de idade, observando-se uma tendência crescente nas últimas décadas no número de mortes por estas causas, principalmente entre os rapazes (Barros, Ximenes & Lima, 2001; Lolio, Santo & Buchalla, 1990; Vermelho & Jorge, 1996).

Em 2004, no Brasil, a incidência de mortalidade dos jovens do gênero masculino com idade entre 20 e 24 anos era quatro vezes maior do que a observada no gênero feminino. Esta diferença em 1980 era de apenas dois para um. Em alguns estados, como São Paulo, por exemplo, a probabilidade de um homem de falecer entre os 20 e 24 anos era seis vezes superior às mulheres do mesmo grupo etário. A maior parte desta diferença na mortalidade, deve-se à maior incidência de mortes violentas observada entre os homens (IBGE, 2005).

Ao mesmo tempo em que se verifica uma grande incidência de mortes por causas externas em adolescentes e jovens brasileiros, percebe-se que muitas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), estão sendo desenvolvidas cada vez mais precocemente, atingindo inclusive grupos etários que tradicionalmente eram muito

pouco afetados por estes problemas, como crianças e adolescentes (Betts, Jeffereson & Swiftt, 2002; Kyngas, 2000; Sartorelli & Franco, 2003; Schmidt, Petersen & Bullinger, 2002; Silverstein, Klingensmith, Copeland, Plotnick, Kaufman, Laffel, Deeb, Grey, Anderson, Holzmeister, & Clark, 2005).

Esta situação parece apresentar uma íntima relação com as rápidas transformações demográficas ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas, que ajudaram a modificar os padrões de comportamento da população e fazendo com que velhos e novos problemas passassem a conviver lado a lado (Monteiro, Iunes & Torres, 1996). Os mesmos autores deixam claro que, os problemas “novos” – como doenças cardiovasculares, vários tipos de câncer, e dos seus respectivos fatores de risco - não são exclusividade das regiões ou dos estratos mais ricos e desenvolvidos, já que se observa uma certa tendência de homogeneização destes problemas, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e social, quando não de diferenças desfavoráveis para os estratos e regiões mais pobres.

Neste contexto, passou a haver a necessidade de as estratégias de saúde pública considerarem esta simultaneidade de problemas, não limitando sua atuação sobre o desfecho (geralmente doença ou morte), mas também sobre as causas deste desfecho. Assim, considerando o acúmulo de evidências já mencionado, o estilo de vida passa a ser bastante importante, e por isso deve ser tratado como tal.

Cada vez mais fica evidente que a escolha de determinados comportamentos é influenciada por uma complexa interação de variáveis, entre elas as de cunho social, cultural e ambiental (Chor, 1999; Nahas, 2003; Sallis & Owen, 1999). Segundo Nahas (2003) entre os fatores que influenciam na questão da adoção ou não de determinados comportamentos estão o conhecimento, as atitudes, as experiências anteriores, o apoio social, a disponibilidade de espaços e instalações, as barreiras percebidas pelas pessoas e as normas sociais.

Assim, fica claro que o estilo de vida é influenciado pelos valores, atitudes e oportunidades que cada pessoa tem (Nahas, 2003), e é possível imaginar que a família, os amigos, a escola e a religião, entre outros, acabam por atuar sobre a modelagem do modo como as pessoas vivem. Com este entendimento, torna-se um grave erro considerar o estilo de vida apenas dependente da vontade pessoal de cada indivíduo, ao mesmo tempo em que é incorreto negar este aspecto como um importante influenciador destas escolhas.

Neste sentido, considerando a religião como parte de um contexto sociocultural, pode-se admitir que ela é um possível aspecto de influência sobre a maneira de as pessoas viverem, uma vez que ela parece atuar tanto na questão das normas e dos valores sociais quanto em relação ao apoio social. Vale mencionar que a religião é em geral pouca investigada sob esta ótica.

Dalgalarro, Soldara, Corrêa Filho e Silva (2004) lembram que as pessoas, ao participarem de uma determinada denominação religiosa e/ou envolver-se em padrões de religiosidade, aderem também a um dado conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais.

Apesar dos estudos mencionados anteriormente a respeito da prevalência de comportamentos relacionados à saúde de adolescentes do estado de Santa Catarina (Farias Jr., 2002 e Nahas et al., 2002), terem fornecido relevantes informações a respeito do comportamento de pessoas nesta faixa etária, nenhum atentou para o fato de os comportamentos poderem também estar associados à questão da religiosidade.

Segundo os dados do último Censo realizado no Brasil (IBGE, 2000), no estado de Santa Catarina, as religiões que apresentam maior número de seguidores eram: a Igreja Católica, com 80,9%, as Igrejas Evangélicas de origem pentecostal, (que incluem, entre outras, a Igreja Assembléia de Deus e a Igreja do Evangelho Quadrangular) com 8,09% e Igrejas Evangélicas de missão (sendo as principais: a Igreja Evangélica Luterana, a Metodista, a Batista e a Adventista) com 6,09%. Outras religiões e pessoas que não declararam religião somavam 2,95% e apenas 1,97% da população catarinense referiu não ter nenhum tipo de afiliação religiosa.

Muitos pensadores imaginaram que a modernidade traria consigo o fim das religiões, uma vez que acreditavam que haveria um movimento linear que levaria cada vez mais a um processo de racionalização, que por sua vez geraria a marginalização da religião, por sua aparente incompatibilidade com o conhecimento dito racional. Entretanto, esta forma de pensar passou a ser muito questionada a partir principalmente dos anos 1980 (Lacerda, 2001; Sousa, Tillmann, Horta & Oliveira, 2001). Alves (1992) e Costa (2001) acreditam que a religião na modernidade tende a se transformar, mas não a desaparecer. Lemos (2002) lembra que a religião historicamente colaborou com “a busca de um sentido” para a vida das pessoas, e que o ser humano carece muito deste sentido, e isto não é diferente nos dias atuais.

Para Alves (1992) é preciso reconhecer a religião como presente – mesmo que às vezes sutil – no cotidiano, estando ela mais próxima da experiência pessoal do que

muitas vezes as pessoas querem admitir. Para Kneller (1980) as “verdades” que a religião reivindica dizem respeito não apenas à natureza de Deus, ou do bem e do mal, mas também às relações humanas e à capacidade de as pessoas se realizarem ou se auto-destruírem.

No campo político eleitoral, alguns trabalhos investigaram as possíveis relações deste aspecto com a questão da religiosidade no Brasil. Bohn (2004) demonstrou que, de maneira geral, a afiliação à religiões evangélicas de origem pentecostal tende a gerar determinadas opções políticas, e estas parecem ser muito mais coesas entre membros deste grupo do que em sujeitos de outras religiões. Oro (2001) entrevistou vereadores da cidade de Porto Alegre, e também deputados estaduais do Estado do Rio Grande do Sul, e verificou que a maior parte deles afirma que a imagem pessoal de um político pode ser afetada negativamente caso este expresse publicamente sua condição de ateu ou de não possuir vínculo religioso, já que consideram que grande parte do eleitorado apresentaria rejeição a candidatos com esta característica.

Goldstein e Néri (1993) afirmam que para muitas pessoas a religião é o mais importante quadro de referência pessoal. Ness (2003) observa que muitas religiões não prometem aos seus fiéis somente aspectos metafísicos como a suposta vida após a morte, mas também aspectos como boa saúde, longevidade e felicidade.

Alguns pesquisadores consideram a religião simplesmente como um produto de fatores sociais e psicológicos. Entretanto, modernamente tem-se observado que a maior parte dos trabalhos envolvendo esta temática tende a interpretar as questões ligadas à religião de modo independente, sem evidentemente ignorar a sua relação com o elemento social e psicológico (Gaarder, Hellern & Notaker, 2000).

Particularmente no que se refere às questões associadas à saúde, as religiões foram, com seus diferentes padrões de crenças e práticas, um dos mais primitivos sistemas culturais voltados para a proteção da vida, sendo que a própria preocupação com a sobrevivência humana fez com que muitas religiões recomendassem aos seus seguidores certos comportamentos relacionados à questão sexual e alimentar, entre outros (Costa, 2001; Scliar, 2002).

Com esta perspectiva, também os profissionais da saúde passaram a reservar sua atenção para a religião. Entretanto, somente nas últimas décadas é que a epidemiologia passou a investigar com maior atenção a relação entre a religiosidade e a saúde (Ness, 2003).

Assim, considerando que a questão da religiosidade pode estar associada à determinados comportamentos relacionados à saúde, especificamente em adolescentes, este estudo busca contribuir com esta área do conhecimento, fornecendo elementos que auxiliem em um melhor entendimento a respeito dos determinantes e do próprio estilo de vida desse grupo. As informações obtidas neste trabalho poderão ser de grande valia no planejamento e na aplicação de estratégias que tenham maior efetividade nas propostas de promoção de saúde para este grupo etário.

### **Objetivo Geral**

Este estudo teve como objetivo testar a associação entre os comportamentos relacionados à saúde (especificamente: níveis e características da atividade física, características da ingestão alimentar, comportamentos preventivos, controle do estresse e relacionamentos sociais) e os indicadores de religiosidade de estudantes do ensino médio de Florianópolis, SC.

### **Questões a investigar**

A partir de uma amostra representativa da população de estudantes do ensino médio do maior Colégio Estadual de Santa Catarina – Instituto Estadual de Educação (IEE) - localizado em Florianópolis, este estudo buscou responder as seguintes questões:

- a) Existe associação entre os indicadores de religiosidade com o gênero e o nível econômico em adolescentes escolares?
- b) Qual a prevalência de determinados comportamentos negativos relacionados à saúde (baixos níveis de atividade física, inatividade física no lazer, baixa ingestão de frutas e verduras, tabagismo, consumo abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas, percepção negativa de estresse e insatisfação nos relacionamentos sociais) em adolescentes escolares?
- c) Existe associação entre os comportamentos relacionados à saúde e a afiliação religiosa em adolescentes escolares (de maneira geral e separando por gênero e nível econômico)?

- d) Existe associação entre os comportamentos relacionados à saúde e a frequência à participação em eventos religiosos em adolescentes escolares (de maneira geral e separando por gênero e nível econômico)?
- e) Existe associação entre os comportamentos relacionados à saúde e a participação em grupos de jovens em adolescentes escolares (de maneira geral e separando por gênero e nível econômico)?
- f) Existe associação entre o padrão de estilo de vida, analisado através da análise de simultaneidade dos comportamentos negativos, com as variáveis da religiosidade em adolescentes escolares?

### **Definição Operacional de Termos**

Apoio social: Sistema de relações formais e informais pelas quais indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional” (Caplan, 1974 citado por Griep, Chor, Faerstein e Lopes, 2003).

Espiritualidade: Segundo Levin (2001), a espiritualidade representa todas aquelas manifestações com algum caráter espiritual, e que podem ocorrer dentro ou fora do contexto das religiões organizadas. Desse modo, a espiritualidade seria um fenômeno amplo, enquanto que os termos religião e religiosidade seriam reservados aos fenômenos que se referem à atividade religiosa organizada. Assim, a espiritualidade apresenta um caráter não necessariamente institucional, uma vez que nem sempre está associada à religiosidade. Segundo Fleck et al. (2003), embora haja uma considerável sobreposição entre as noções de espiritualidade e religiosidade, esta última difere da primeira pela clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada por um grupo. Neste estudo não será abordada a questão da espiritualidade, mesmo assim, como este é um termo que muito frequentemente é associado à questão da religião/religiosidade, optou-se por incluir a sua definição no presente tópico.

Estilo de vida: Conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2003).

Religiosidade: Extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003). Neste estudo serão considerados indicadores de religiosidade: a afiliação religiosa (no caso, possui ou não possui), a frequência de participação em cultos e eventos religiosos e a participação em grupos de jovens organizados pela religião.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **Religiosidade: questões iniciais**

Um rápido olhar para o mundo e seus problemas, faz admitir a grande dimensão do papel que a religião desempenha na vida social e política em todas as partes do planeta (Gaarder et al., 2000). Isto fica especialmente claro se forem considerados alguns dos fatos recentes que marcaram a história da humanidade, entre os quais estão os atentados terroristas de 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos - marcados por uma clara motivação religiosa -, os conflitos bélicos que aconteceram e acontecem ainda no mundo, e também a recente morte do Papa João Paulo II, que comoveu boa parte da população mundial e que reuniu vários chefes de estado e outras autoridades em seu funeral.

Evidentemente, a influência da religião na vida social e política não é recente, já que a sua participação ao longo da história se fez de diferentes maneiras, dependendo das condições de cada época.

Nas muitas listas que circulam com certa regularidade pela internet e em várias revistas sobre as personalidades mais influentes de todos os tempos, o nome dos fundadores das principais religiões está quase sempre presente. Em uma destas listas, organizada por Hart (2001), entre os 10 primeiros nomes, cinco estão diretamente ligados à religião, sendo eles: Maomé, Jesus Cristo, Buda, Confúcio e São Paulo. Evidentemente qualquer lista é muita passível de discussão, mas de qualquer maneira é difícil negar a influência que estas pessoas tiveram – e continuam tendo.

Weber em seu livro “A ética protestante e o espírito do Capitalismo” – que é considerado um dos livros fundadores da sociologia – afirma que o advento do capitalismo moderno foi muito facilitado pela reforma protestante liderada por Martinho Lutero, uma vez que de maneira geral os luteranos tinham maior facilidade de lidar com questões relacionadas ao dinheiro do que os católicos, que associavam o lucro e a prosperidade ao pecado. Weber percebeu que os dogmas religiosos e suas interpretações

são partes fundamentais na visão do mundo dos indivíduos, e influenciam fortemente a conduta destes (Costa, 2001).

Segundo Bohn (2004) o comportamento eleitoral dos evangélicos tem ajudado a definir muitas eleições no Brasil. Segundo esta autora, os evangélicos de origem pentecostal tendem a ter determinadas opções políticas – em geral bastante conservadoras - comuns entre si, sendo que o mesmo não acontece – ou acontece em proporção bem inferior – em indivíduos de outros credos religiosos, onde a coesão parece ser bem menos evidente. Oro (2001) observou que muitos políticos consideram que a veiculação pública de suas imagens como sendo pessoas religiosas e crentes em Deus, é um dos pontos fundamentais para um bom desempenho eleitoral.

Particularmente no que se refere às questões associadas à saúde, as religiões foram provavelmente, com seus diferentes padrões de crenças e práticas, os mais primitivos sistemas culturais voltados para a proteção da vida. Isto fica especialmente claro, quando se leva em conta as recomendações com aspectos ligados ao comportamento sexual e à prática alimentar que as religiões fizeram – e fazem – aos seus seguidores (Costa, 2001; Scliar, 2002).

Na idade média, período marcado por muita superstição e pela repressão por parte da Igreja Católica à outras formas de pensamento, a ineficácia dos procedimentos que procuravam a cura de diversas doenças era compensada com caridade e conforto espiritual. Na verdade, não eram poucos os que consideravam uma heresia a consulta a um médico, já que a doença era vista como uma forma de atingir a graça divina, e que a cura viria naturalmente quando o sujeito fizesse por merece-la (Costa, 2001, Scliar, 2002; Lemos, 2002).

Muitos consideram que quem primeiro investigou de maneira sistemática a relação entre a religiosidade e a saúde foi o sociólogo Durkheim, entre os séculos XVIII e XIX, que estudou a incidência de suicídios em pessoas de diferentes grupos religiosos, especificamente Católicos, Luteranos e Judeus (Strawbridge, Cohen, Sherma & Kaplan, 1997; Hummer, Rogers, Nam & Ellison; 1999). Apoiado nas idéias de Weber, Durkheim considerava que a religião tinha uma função central na orientação da conduta moral dos indivíduos na sociedade (Costa, 2001).

Gianetti (2005) comenta que foi só a partir do século IV, que a Igreja Católica, pautada nos pensamentos de Santo Agostinho, passou a condenar com veemência a prática do suicídio, classificando esta prática como “pecado mortal”. Até então, segundo o mesmo autor, não era incomum a realização de suicídios coletivos. Uma das

justificativas para esta prática era a “antecipação” de uma recompensa, que seria a vida pós-morte em um mundo/lugar que se supunha melhor, ou seja, o paraíso prometido pela pregação católica.

Especificamente com relação ao estudo mais sistemático entre a relação da religião e os indicadores de saúde, parece que somente nas últimas décadas é que a epidemiologia passou a reservar maior atenção a esta possível relação (Ness, 2003), e a partir daí vários foram os indicadores de saúde abordados nestes estudos.

Somente para dar uma idéia da quantidade de diferentes indicadores de saúde utilizados nestas investigações, é interessante citar um estudo de revisão de literatura, onde foram encontrados os seguintes indicadores: morte por doença cardíaca, aterosclerótica e degenerativa, prevalência de câncer, problemas cardiovasculares, depressão, hipertensão arterial, mortalidade neonatal, resultado do teste de Papanicolau, percepção do nível de saúde, incidência de suicídios, mortalidade por todas as causas, predominância da tricomoníase e taxa de casos de tuberculose (Schiller & Levin, 1988). Dos mais de 30 trabalhos revisados, cerca de três em cada quatro apresentavam associação positiva entre os diferentes indicadores de saúde e os indicadores de religiosidade (na maioria dos casos, simplesmente o fato de possuir ou não afiliação religiosa).

Também vale comentar que, tradicionalmente, as variáveis utilizadas para a mensuração da religiosidade são bastante diferentes. Os primeiros estudos faziam referência apenas a afiliação religiosa das pessoas, e procuravam comparar a prevalência ou a incidência de vários indicadores de saúde de membros de diferentes religiões, ou entre pessoas que referiram ter algum tipo de afiliação religiosas (independentemente de qual) com aquelas que referiam não ter religião. Posteriormente, outros trabalhos passaram a levar em consideração outras variáveis, incluindo a frequência de participação em eventos/cultos religiosos e a importância percebida da religião, além da frequência de rezas e preces individuais ou ainda outros indicadores menos comuns.

Entretanto, alguns autores consideram que a mensuração da religiosidade ainda é um grande problema metodológico, pois a forma como ela tem sido tradicionalmente mensurada é considerada limitada para estudar uma variável tão complexa (Ness, 2003, Fleck et al., 2003). Mesmo assim, dada a dificuldade de se encontrar medidas mais sofisticadas e válidas, a grande maioria dos estudos ainda utiliza informações simples a

respeito da prática religiosa das pessoas e busca avaliar separadamente cada um dos indicadores avaliados.

De qualquer modo, apesar de já haver na literatura uma certa concordância a respeito da associação positiva – na maioria dos casos - entre a religiosidade e diferentes indicadores de saúde, são diferentes as hipóteses a respeito dos mecanismos dessa relação. Importante deixar claro, como destaca Ness (2003), que qualquer entendimento sobre a relação entre a religiosidade e a saúde está obrigatoriamente condicionada ao seu aspecto histórico e social, e por isto, é necessário que se tenha a devida cautela nas interpretações e generalizações dos resultados, haja vista que a relação positiva observada em certos grupos pode não ser verificada em grupos com condições históricas e sociais diferentes.

Como o interesse central deste estudo é fundamentalmente com a parte institucional da religião, e não com a questão espiritual, o enfoque será dado apenas em dois aspectos. O primeiro parte do pressuposto que a afiliação religiosa e a participação como membro de uma congregação religiosa beneficiam a saúde ao promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, e o segundo diz respeito ao apoio social que supostamente é beneficiado pela participação religiosa.

Assim, a relação entre a religiosidade e a saúde pode estar sendo mediada por pelo menos duas diferentes hipóteses, especificamente: o comportamento saudável estimulado pela participação religiosa e o apoio social obtido através da participação em um determinado grupo religioso. Entretanto, o mais provável é que esta relação ocorra devido à complexa interação entre estes, ou ainda por outros diferentes meios, que não serão aqui discutidos, mas que incluem, entre outras, a própria sensação positiva que muitas pessoas referem ao realizar suas preces ou participar de eventos religiosos coletivos, como cultos e missas (Levin, 2001).

Desse modo, para a melhor organização desta parte do trabalho, optou-se por dividir os próximos tópicos. Um deles trata especificamente dos trabalhos que investigaram a relação entre a religiosidade e os níveis de mortalidade e morbidade por todas as causas e por causas específicas, além de outros indicadores de saúde, tais como a própria percepção subjetiva do nível de saúde. Outro tópico trata da relação entre a religiosidade e o estilo de vida. Por fim, o último tópico diz respeito à religiosidade e a questão do apoio social.

## **Religiosidade, mortalidade, morbidade e outros indicadores de saúde**

Um dos principais indicadores de saúde utilizados pela epidemiologia é a mortalidade por todas as causas. Com este enfoque, alguns importantes trabalhos foram realizados e procuraram investigar a possível relação entre os indicadores de religiosidade e a mortalidade por determinados períodos de tempo.

O estudo de Strawbridge, Cohen, Shema e Kaplan (1997) é referido por muitos como o trabalho mais importante realizado até hoje com esta temática, principalmente pelo tempo de *follow-up* (28 anos, entre os anos de 1965 e 1994). Procurando avaliar os possíveis efeitos protetores da frequência à eventos religiosos na mortalidade subsequente. Os autores acompanharam mais de 5 mil pessoas durante o período mencionado, e constatou-se que as pessoas que freqüentaram serviços religiosos pelo menos uma vez por semana apresentavam menor taxa de mortalidade que aqueles que não freqüentavam os serviços religiosos com tanta regularidade, sendo esta relação especialmente forte entre as mulheres.

Fonnebo (1992) comparou a mortalidade de adventistas do sétimo dia da Noruega entre os anos de 1962 e 1986 com a população em geral daquele país, e verificou um menor risco relativo de morte dos membros da religião (RR = 0,82; IC=0,77 – 0,88;  $p < 0,001$  entre os homens; e RR=0,95; IC=91-100;  $p < 0,001$  entre as mulheres) adventista em relação à população em geral.

Hummer, Rogers, Nam e Ellison (1999) acompanharam a incidência de mortalidade por um período de nove anos em uma amostra representativa de adultos dos Estados Unidos, e concluíram que a frequência mais alta à eventos religiosos era associada negativamente com a mortalidade por todas as causas. Observou-se também que a magnitude desta associação variava conforme a causa da morte, entretanto, a direção da associação permanecia sempre a mesma. Outra observação importante deste estudo foi que as questões comportamentais foram consideradas fatores mediadores mais importantes no caso de doenças respiratórias e circulatórias, enquanto que as variáveis ligadas ao apoio social foram mais importantes para diabetes e para as doenças infecciosas.

McCullough (2000), em um estudo de meta-análise, analisou 42 trabalhos que procuravam verificar a associação entre o envolvimento religioso e a mortalidade por todas as causas, e concluiu que o envolvimento religioso estava significativamente

associado à menor mortalidade (Odds Ratio= 1,29 para aqueles com menor envolvimento religioso comparado com aqueles do grupo com maior envolvimento).

Outro trabalho, este com uma amostra representativa de adultos norte-americanos, acompanhou a mortalidade por todas as causas entre os anos de 1986 e 1994, e descobriu que aqueles indivíduos que relataram participar de eventos religiosos coletivos pelo menos uma vez por semana, apresentaram de 30 a 35% menor risco de morte no período investigado do que aqueles com menor participação (Musick, House & Williams, 2004).

Kraut, Melamed, Gofer e Fromm (2004) acompanharam a incidência de mortalidade de 3638 judeus trabalhadores da indústria de Israel, e procuraram investigar a possível relação entre a mortalidade e a religiosidade auto-referida, entre os anos de 1987 e 1998 e descobriram que entre aqueles que tinham menos de 55 anos em 1987 (ano da primeira coleta de dados) a maior religiosidade se mostrou como fator protetor, havendo, portanto, um menor percentual de mortes entre aqueles que se consideravam mais religiosos. Entretanto, para aqueles sujeitos com idade igual ou superior a 55 anos de idade a mortalidade foi menor entre aqueles que se consideravam menos religiosos.

Com relação aos valores de pressão arterial, Hixson, Gruchow & Morgan (1998) apontaram associação entre a religiosidade e menores valores de pressão arterial, principalmente em relação à pressão diastólica, em uma amostra de 112 mulheres com mais de 35 anos, judias ou cristãs. Neste mesmo trabalho, nenhuma das outras variáveis investigadas (Índice de Massa Corporal, nível de atividade física, dieta, tabagismo e consumo de álcool) se mostrou tão associada aos menores valores de pressão arterial quanto à religiosidade.

Outros indicadores de saúde utilizados com certa frequência na literatura e que possivelmente estão associados à religiosidade, são a prevalência de câncer, a taxa de mortalidade por câncer e a sobrevivência após diagnóstico de câncer.

Alguns autores afirmam que os judeus, devido aos benefícios higiênicos da circuncisão, quando feita de maneira correta, apresentam menor chance de desenvolver câncer uterino e de colo de útero (mulheres) e de pênis (homem) (Scliar, 2002; Levin, 2001).

Um dos grupos religiosos que mais sistematicamente tem sido investigado quanto às variáveis relacionadas ao câncer são os adventistas do sétimo-dia. Um importante estudo acompanhou um grande grupo de adventistas do estado da Califórnia, Estados Unidos, entre as décadas de 1960 e 1970, e observou menores taxas de

mortalidade por câncer, tanto nas neoplasias generalizadas, quanto em locais específicos do corpo, como no reto, nos pulmões e na boca, do que em pessoas não-adventistas (Phillips, Garfinkel, Kuzma, Lawrence & Brin, 1980).

Uma outra investigação acompanhou cerca de 34 mil adventistas da Califórnia entre 1976 e 1982, e concluiu que havia uma menor incidência de câncer entre os membros dessa religião do que entre os não adventistas, entre os homens, mas não entre as mulheres (Mills, Beeson, Phillips & Fraser, 1994).

Outro trabalho procurou investigar a associação entre a dieta de adventistas californianos e a incidência de câncer, além de outros indicadores de saúde. Este estudo investigou quase 35 mil sujeitos, e concluiu que os adventistas que apresentam uma dieta somente vegetariana apresentavam risco mais baixo de apresentarem câncer de cólon e próstata, além de outros problemas como diabetes mellitus, hipertensão arterial e artrite, que seus pares não adeptos de uma dieta vegetariana (Fraser, 1999).

Entretanto, um estudo realizado na Noruega, e que acompanhou a incidência de câncer entre a população daquele país entre 1961 e 1986, não encontrou diferenças significativas entre adventistas e não adventistas (Fonnebo & Helseth, 1991).

Buscando avaliar o papel do envolvimento religioso e do suporte social no risco de câncer de cólon em uma amostra de adultos de pele branca e negra, Kinney, Bloor, Dudley, Millikan, Marshall, Martin e Sandler (2003) realizaram um estudo do tipo caso-controle. Para tanto, investigaram, entre os anos de 1996 e 2000, 637 casos e 1043 controles e verificaram que a menor frequência de participação em eventos religiosos estava associada com o diagnóstico de câncer de cólon naqueles de pele branca, mas não entre aqueles de pele negra.

Outros indicadores de saúde, menos tradicionais que a mortalidade e a morbidade, dizem respeito à percepção subjetiva de saúde, alguns indicadores de saúde mental e a própria percepção de felicidade ou satisfação com a vida.

Diga-se de passagem, que no início do século XX, Freud, o pai da psicanálise, enxergava a religião com ceticismo e considerava que ela influenciaria negativamente a saúde mental das pessoas, uma vez que ela tenderia a estimular a culpabilidade, a reprimir a sexualidade e a suprimir as emoções (Baetz, Griffin, Bowen, Koenig & Marcoux, 2004; Souza et al., 2001).

Ainda sobre Freud, para ele a religião seria uma maneira primitiva de se entender o mundo, e que a ciência e as ideologias políticas acabariam por substituí-la (Goldstein & Neri, 1993). Entretanto, a maior parte dos estudos recentes aponta na

direção contrária à suposição de Freud de que a religião seria prejudicial à saúde mental, bem como apontam para a transformação não o desaparecimento da religião.

De qualquer modo, o mais provável é que em alguns casos a religião realmente exerça papel negativo sobre os indicadores de saúde mental. Segundo alguns críticos da religião, e certamente um dos principais é o filósofo alemão Nietzsche, a diretividade exacerbada na orientação da maneira como os fiéis devem pensar e agir é prejudicial ao ser humano, afetando inclusive a liberdade dos indivíduos e comprometendo o desenvolvimento das suas potencialidades. Entretanto, na maioria dos casos a influência da religião sobre a saúde mental parece ser positiva, como se verá a seguir.

Levin, Chatters e Taylor (1995) utilizaram dados de aproximadamente 2 mil adultos descendentes africanos que moravam nos Estados Unidos, e constataram que a participação religiosa era associada com uma melhor percepção de saúde e uma maior satisfação com a vida.

No estudo de Reed (1991), foi observado que as pessoas que relataram estar fortemente ligadas à religião apresentavam-se, em geral, mais satisfeitas com a vida familiar e tinham maior nível de satisfação com a vida.

Baetz, Griffin, Bowen, Koenig e Marcoux (2004), investigando mais de 70.000 canadenses com idade maior que 15 anos, observaram que a maior participação em eventos religiosos foi associada a menores níveis de sintomas de depressão.

Estudando crianças com 11 anos de idade do Oeste da Escócia, Abbotts, Williams, Sweeting e West (2004) verificaram associação entre os indicadores de saúde mental – entre eles agressividade, ansiedade e depressão – com a frequência à participação em eventos religiosos entre os católicos, havendo melhores indicadores de saúde mental entre aqueles mais frequentes. Entretanto, o mesmo não foi observado entre as crianças que faziam parte de uma outra religião – especificamente da Igreja da Escócia.

Um outro estudo buscou investigar a associação entre a religiosidade, o estresse e a percepção de saúde em estudantes universitários da Inglaterra e da Escócia, e não observou associação entre a religiosidade e a percepção de saúde e de estresse (O'Connor, Cobb & O'Connor, 2003).

Caputo (2004) analisou a relação entre a religiosidade dos pais e a percepção de saúde dos filhos – no caso adolescentes com idade entre 12 e 16 anos – e descobriu que aqueles com pais mais religiosos apresentavam melhor percepção subjetiva de saúde,

além de apresentarem um melhor nível educacional do que os seus colegas com pais menos religiosos.

Analisando diversas dimensões da religiosidade em uma amostra de mais de 2.500 adultos do estado americano da Virgínia, um estudo concluiu que algumas dessas dimensões estavam associadas à determinados indicadores de saúde mental, entre as quais os níveis de depressão e de ansiedade (Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson & Prescott, 2003).

No Brasil, um estudo procurou examinar a influência do bem-estar espiritual na saúde mental de estudantes universitários de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, sendo que o bem-estar espiritual foi considerado como a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença. Dos 464 universitários pesquisados, todos das áreas de Medicina e Direito, 80% afirmaram possuir uma crença espiritual ou religião e 86,5% referiram realizar algum tipo de atividade espiritual. Os resultados encontrados no estudo sugerem que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003).

Já o trabalho de Lewis (2002) não encontrou associação significativa entre a frequência de participação em eventos religiosos e a felicidade percebida em estudantes universitários da Irlanda.

Em um trabalho de meta-análise, Hackney e Sanders (2003) investigaram a relação entre a religiosidade e a saúde mental em estudos recentes. Concluem os autores que existe na maioria dos casos uma relação positiva entre as duas variáveis, entretanto, chamam a atenção para o fato de que alguns trabalhos não encontram nenhuma associação, bem como outros – ainda que em número pequeno – encontram associação negativa.

De maneira geral, a maioria dos estudos envolvendo a questão da religiosidade, e apresentados no presente trabalho, mostram associação positiva com diversos indicadores de saúde. Entretanto, alguns não demonstram a mesma relação, o que reforça a importância da cautela na generalização dos resultados para contextos diferentes daqueles que foram estudados.

### **Religiosidade e estilo de vida**

As religiões sempre se preocuparam com os comportamentos de seus fiéis (Gaarder et al., 2000, Scliar, 2002, Levin, 2001). É o caso, por exemplo, da Igreja

Católica Romana, que proíbe o aborto e o controle da natalidade por meio de métodos não naturais, dos Testemunhas de Jeová que não aceitam transfusões de sangue, e dos judeus, hinduístas, muçulmanos e adventistas do sétimo dia que exigem, aconselham ou desaconselham certos hábitos alimentares (Levin, 2001).

No budismo, entre as cinco regras de conduta previstas, está o de não se entorpecer através da utilização de álcool e drogas, uma vez que ficar embriagado ou entorpecido pode contribuir para a violação de outras regras. Quanto à prática alimentar não existe no budismo uma prática comum quanto ao uso ou não de carne na dieta (Gaarder et al.,2000).

Quanto aos judeus ortodoxos, só é considerado membro do grupo aquele judeu que cumpre estritamente os preceitos ligados ao descanso sabático, às leis de pureza familiar e ainda às leis dietéticas judaicas (Topel, 2003).

Importante comentar que a religião geralmente – mas não sempre – exerce um papel positivo na saúde e nos comportamentos das pessoas (Seybold & Hill, 2001). Isto parece ficar especialmente claro na orientação de certas práticas, como a proibição de transfusão de sangue pelos Testemunhas de Jeová e na rigorosa posição contrária à utilização de preservativo nas relações sexuais por parte da Igreja Católica, dificultando inclusive o controle de certas doenças sexualmente transmissíveis.

Evidentemente a relação entre os aconselhamentos ou normas religiosas e os comportamentos adotados pelas pessoas das diferentes religiões, não se dá de maneira simples e perfeita. Por exemplo, como já foi mencionado, a Igreja Católica Apostólica Romana tem posição contrária ao controle de natalidade através da utilização de métodos não naturais – como os preservativos. Isto evidentemente não significa que todos os membros desta igreja sigam estas recomendações.

Segundo Levin (2001), apesar do fato de que nem todas as pessoas com afiliação religiosa seguirem as diretrizes relacionadas com a saúde propostas pela sua religião, é possível supor que, em geral, aquelas pessoas que relatam ser mais religiosas apresentem maior probabilidade de seguir certas condutas orientadas por sua religião, do que aqueles sujeitos menos religiosos.

Um dos grupos que mais frequentemente é investigado, segundo a perspectiva que as variáveis da religião atuam sobre os comportamentos de seus membros, são os Adventistas do Sétimo dia. Os membros desta religião raramente fazem uso de cigarro e álcool. Em relação à dieta, alguns autores citam que os Adventistas são geralmente adeptos de uma dieta vegetariana (Singh et al.1996), entretanto, outros autores afirmam

que apenas um pequeno percentual de adventistas faz uma dieta com total restrição à carne (Mills et all. 1994).

Heiman, Just, Mc Williams e Zilberman (2004) destacam, com base em seus achados, que a religião é um dos fatores determinantes no consumo de certos tipos de alimentos em Israel, havendo claras diferenças nos padrões de consumo alimentar entre os membros de diferentes religiões.

Quanto ao uso de cigarro, um estudo procurou verificar a associação entre a prevalência de fumantes e a participação em serviços religiosos em uma amostra de mais de 4.000 adultos com idade entre 20 e 32 anos de quatro cidades dos Estados Unidos (Whooley, Boyd, Gardin & Williams, 2002). Neste trabalho, observou-se que a prevalência de fumantes era de 23% entre aqueles que referiram participar de eventos religiosos uma vez por mês ou mais, enquanto que entre aqueles que não participavam ou participavam menos de uma vez por mês de eventos religiosos a proporção de fumantes encontrada foi de 34%, sendo a diferença nas proporções encontradas nos dois grupos estatisticamente significativa. A diferença permanecia significativa quando foram realizados os ajustes segundo as variáveis de confusão.

Outro trabalho relacionado ao uso de cigarro, desta vez com universitários ingressantes em uma Universidade do Líbano, concluiu que a participação religiosa se mostrou inversamente associada ao uso regular de cigarro (Afifi Soweid, Khawaja & Salem, 2004).

Kendler et al. (2003) verificaram em uma amostra de adultos dos Estados Unidos, que algumas dimensões da religiosidade estavam associadas ao tabagismo, à dependência de álcool e ao uso de outras drogas, sendo menor a prevalência destes comportamentos entre aqueles com maiores indicadores de religiosidade.

No já mencionado estudo de Strawbridge, Cohen, Shema e Kaplan (1997), que observou menor mortalidade no período de *follow-up* entre aqueles sujeitos que apresentavam maior participação religiosa, também se verificou que a proporção de pessoas que deixaram de fumar entre os anos em que a coleta de dados foi realizada (especificamente: 1965 e 1994), foi maior entre aqueles que participavam em atividades religiosas com maior frequência. No mesmo trabalho, só que com relação à atividade física, verificou-se que uma proporção superior de pessoas que aumentou o seu nível de atividade física entre aqueles que tinham maior participação religiosa do que entre aqueles com menores níveis de participação.

Em um estudo com *design* quase experimental, Carter (1998) observou que em alcoólatras que passaram por tratamento, a chance de recaída era maior entre aqueles com menor prática do que entre aqueles com maior prática espiritual (incluindo participação em eventos religiosos e a frequência de rezas individuais, entre outros indicadores).

Investigando afro-americanos de regiões pobres dos Estados Unidos, Aaron, Levine e Burstin (2003) observaram que aqueles sujeitos que participavam com maior frequência em eventos religiosos realizavam práticas de saúde mais positivas do que aqueles que participavam menos. Entre as práticas investigadas estavam o acompanhamento dos valores de pressão arterial, a visita regular à dentistas e, entre as mulheres, também a realização regular de mamografia.

Quanto às características relacionadas à atividade física, estudos investigando a relação entre este comportamento e as variáveis da religião parecem ser bastante escassas. Um trabalho investigou dados de 6.188 adultos do estado de Utah, nos Estados Unidos, e observou que aquelas pessoas que participavam de eventos religiosos em pelo menos uma ocasião semanal apresentaram, em geral, maiores níveis de atividade física que aquelas pessoas com menor participação (Merril & Thygeson, 2001).

Na investigação de Musick, House e Willians (2004), observou-se que aqueles indivíduos com maior participação em eventos religiosos apresentavam maior nível de atividade física, menor prevalência de excesso de peso, tabagismo e consumo abusivo de álcool do que seus pares que tinham menor frequência.

Um outro trabalho procurou investigar a validade e a reprodutibilidade de um questionário para mensuração do nível de atividade física em adventistas do sétimo dia (Singh, Tonstad, Abbey & Fraser, 1996), o que demonstra a preocupação de alguns autores com as particularidades de grupos específicos, bem como mostra a tendência de inclusão de variáveis associadas ao estilo de vida, no caso a atividade física, neste tipo de investigação.

Kahan (2002) aborda a questão da religiosidade como um determinante da prática de atividade física. Tratando especificamente do caso dos judeus, o autor defende que a religião/religiosidade deve passar a ser tratada como um possível determinante da prática de atividade física pelas pessoas, uma vez que as doutrinas religiosas podem prescrever diversos hábitos para seus fiéis – sejam estes hábitos positivos ou negativos.

Especificamente em crianças e adolescentes, a grande maioria dos trabalhos envolve somente a questão do uso de drogas, principalmente cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.

O trabalho de Nonnemaker et al. (2003) investigou mais de 16 mil crianças e adolescentes e considerou uma “dimensão” pública e uma privada da religiosidade, sendo que a primeira se referia à frequência de participação em eventos religiosos e em grupos de jovens e a segunda incluía a frequência de rezas individuais e a importância percebida da religião. Neste trabalho, a religiosidade se mostrou associada a alguns comportamentos, especificamente no caso de menores taxas de uso de cigarro, maconha e álcool.

Caputo (2004) verificou em uma amostra de adolescentes de 12 a 16 anos, que aqueles que tinham pais religiosos apresentavam menor proporção de usuários de drogas que seus pares filhos de pais menos religiosos.

Investigando adolescentes norte-americanos considerados de baixo risco social, Regnerus e Elder (2003) descobriram que entre aqueles com maiores indicadores de religiosidade (no caso: afiliação religiosa, importância percebida da religião e frequência à participação em eventos religiosos) a proporção de sujeitos que referiram fazer uso abusivo de álcool, usar drogas, ter problemas na escola e ter notas baixas, era menor do que entre aqueles adolescentes menos religiosos.

No trabalho de Wills, Yaeger e Sandy (2003), observou-se, em uma amostra de adolescentes da região de Nova Iorque, Estados Unidos, que a maior religiosidade estava associada à menores prevalências de uso de álcool, tabaco e maconha.

Um estudo realizado com adolescentes da cidade de Campinas, São Paulo, todos estudantes de ensino fundamental e médio, demonstrou que várias dimensões da religiosidade (ter ou não ter religião, frequência a participação em eventos religiosos, auto-avaliação do nível de religiosidade e educação religiosa na infância) estavam associados a menor prevalência de uso pesado de drogas (álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína e ecstasy) (Dalgarrondo et al., 2004).

Já o estudo de Miller e Gur (2002) procurou verificar a associação entre o comportamento sexual e a religiosidade em adolescentes do gênero feminino, sendo a amostra formada por mais de 3.000 adolescentes, todas cristãs. Neste trabalho, maior proporção de comportamento sexual de risco foi observado entre aquelas meninas consideradas menos religiosas do que entre aquelas consideradas mais religiosas.

Sanchez, Oliveira e Nappo (2004), que em um estudo envolvendo adolescentes e adultos jovens brasileiros de classe social baixa - usuários e não usuários de drogas – buscou investigar quais os fatores referidos como protetores contra o uso de drogas. Neste trabalho, de caráter essencialmente qualitativo, a religiosidade foi o segundo fator protetor mais citado, ficando atrás apenas do apoio familiar. Nas entrevistas os autores observaram que para os não usuários a religiosidade se mostrou importante na prevenção primária, enquanto que entre os usuários a religiosidade se mostrou importante na prevenção secundária e terciária.

Outro estudo realizado no Brasil investigou os fatores associados ao uso de drogas em adolescentes da cidade de Pelotas, RS, e verificou que aqueles adolescentes que referiram praticar a suas respectivas religiões apresentaram cerca de 40% a menos de risco de uso de drogas ilícitas do que aqueles não praticantes de nenhuma religião (Tavares, Béria & Lima, 2004).

Considerando os resultados encontrados nos estudos mencionados, parece que na maioria dos casos a religiosidade se mostra associada positivamente aos comportamentos considerados mais saudáveis, já que melhores indicadores do estilo de vida foram encontrados entre aquelas pessoas que apresentavam maiores indicadores de religiosidade.

### **Religiosidade e apoio social**

Por apoio social, pode-se entender: “um sistema de relações formais e informais pelas quais indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional” (Caplan, 1974 citado por Griep, et al., 2003).

Estudos epidemiológicos identificaram associação entre ligações sociais e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde, principalmente a mortalidade por todas as causas, e em geral observaram que indivíduos isolados socialmente apresentaram risco entre duas e cinco vezes maior de morte precoce, comparando com aqueles que mantêm vínculos fortes com amigos, parentes ou grupos (Griep et al., 2003).

Miller e Davis (2005) observaram que o suporte social foi referido por pacientes adultos com diabetes como um componente fundamental do tratamento, sendo que este

suporte incluía desde a questão da informação até a percepção de um melhor aparato emocional.

Em um cuidadoso estudo de revisão, Kawachi, Kim, Coutts & Subramanian (2004) fazem menção há uma série de estudos que abordam a relação entre vários indicadores de saúde (taxas de mortalidade e de eventos violentos, incidência de crianças com baixo peso ao nascer, taxas de suicídio, entre outros) com o que se denomina “capital social” (que é um constructo mais complexo e que não será aqui abordado, mas onde o apoio social parece exercer um importante papel). Em geral, a grande maioria dos estudos revisados concluiu que os melhores indicadores de saúde estavam naqueles locais onde as pessoas de alguma maneira participavam de grupos sociais.

Outro trabalho de revisão, este realizado por Leit, Blumenthal, Babyak, Strauman, Robins e Sherwood (2005), concluiu que em geral aqueles sujeitos com baixo nível de apoio social apresentam risco aumentado entre 1,5 e 2,0 de virem a terem Doença Arterial Coronariana (DAC), em relação aos seus pares com maior apoio. Além disso, aqueles pacientes já diagnosticados com DAC e que tinham maior apoio social, apresentavam melhor prognóstico do que aqueles com menor nível de apoio. Entretanto, os mesmos autores chamam a atenção para o fato de existir na literatura uma grande variabilidade de conceitos e de maneiras de se mensurar o apoio social, não ficando claro inclusive qual o tipo de apoio seria mais eficaz com relação à prevenção e o tratamento da DAC.

Segundo Andrade e Vaitsman (2002) existem três tipos de organizações que de alguma maneira influenciam na questão do apoio social: as sociais (que incluem a religião, a comunidade, os jovens, os esportes, as mulheres, saúde e grupos de educação e informação); as políticas tradicionais (sindicatos, associações profissionais e os partidos políticos); e as “novas organizações” (meio ambiente, paz, direito dos animais e grupos defensores de direitos coletivos e da cidadania).

Valla (2002) chama a atenção para o fato de a teoria do apoio social sempre ganhar muita força em contextos de crise. No Brasil, a falta de efetividade do Estado – histórica, e que inclui inclusive o campo da saúde pública - faz com que haja a necessidade de as pessoas procurarem alguma maneira compensar esta lacuna. Entretanto, o mesmo autor defende que o apoio social permite que valores e conceitos como o sentido da vida e a solidariedade sejam discutidos, e seu valor independe de uma conjuntura de crise.

Alguns autores mencionam que os indivíduos que fazem uso de serviços religiosos com maior frequência parecem ter acesso a redes sociais mais amplas, e por isto acabam tendo acesso mais facilmente aos mais variados tipos de apoio social, sejam eles tangíveis (como por exemplo, ajuda financeira e conselhos) ou emocionais.

Assim, uma hipótese sobre a ligação entre as variáveis da religião e a saúde, que é sempre bastante mencionada se refere a questão do apoio social. Segundo esta hipótese, os indivíduos que apresentam fortes vínculos sociais estão sujeitos à uma maior rede de proteção social. Assim, a participação em grupos e eventos religiosos, por ser um comportamento social importante, pode potencialmente auxiliar muito neste aspecto e contribuir para a melhor saúde das pessoas.

Para Lacerda (2001) a religião chama a si a proteção e os cuidados dos seus fiéis, principalmente entre aqueles que apresentam dificuldades de autonomia. Assim, as religiões podem oferecer a segurança e a proteção oriundas do sentimento de “pertencimento”. Em outras palavras, a pessoa que pratica de fato uma determinada religião passa a agir como pertencente de fato à um determinado grupo que partilha de certas idéias, ajudando e sendo ajudado por este.

Em um estudo envolvendo idosos japoneses, Krause, Ingersoll-Dayton, Liang e Sugisawa (1999) concluíram que a religiosidade estava associada à melhores indicadores de saúde, e boa parte desta relação era mediada pelo apoio social percebido por aqueles mais religiosos.

Kinney et al. (2003) procuraram investigar o papel do envolvimento religioso e do apoio social no risco de câncer de Colón em adultos de pele branca e negra e concluíram que o maior apoio social estava negativamente associado ao risco de câncer de colón entre aqueles de pele negra, entretanto entre aquelas pessoas de pele branca não foi observada associação significativa.

Assim, considera-se bastante plausível imaginar que um dos mecanismos pela qual a religiosidade afeta positivamente a saúde das pessoas seja dado em função do maior apoio social que as pessoas que participam de grupos religiosos estão sujeitas.

Entretanto, vale mencionar que a religião não é o único meio para que indivíduos tenham maior apoio social – mas é provavelmente um dos principais - nem tão pouco é possível explicar a relação entre religiosidade e saúde apenas por esta “via”. Como já foi mencionado, o mais provável é que esta relação seja mediada por uma complexa interação de fatores, e parece que tanto a questão do apoio social quanto à questão dos comportamentos mais saudáveis exercem importante função.

## CAPÍTULO III

### MÉTODOS

#### Caracterização do Estudo

Este estudo buscou descrever determinados comportamentos relacionados à saúde e da religiosidade de adolescentes, estudantes do ensino médio do Instituto Estadual de Educação de Santa Catarina (IEE/SC), verificando as possíveis associações entre estas variáveis. Conforme Pereira (1995), este estudo pode ser caracterizado como sendo do tipo analítico com corte transversal.

#### População e amostra

A população incluiu 2.112 adolescentes de 14 a 19 anos, de ambos os gêneros, regularmente matriculados no ensino médio do IEE/SC, que é a maior escola pública em número de alunos do estado de Santa Catarina. Ao todo, o IEE/SC tinha 95 turmas de ensino médio no ano de 2005.

Para a determinação do tamanho da amostra foram utilizados os procedimentos sugeridos pelo artigo de Luiz e Magnanini (2000). Considerou-se um nível de confiança de 95%, um erro tolerável de 5%, e a prevalência, como era desconhecida, foi estimada em 50%. Assim, a amostra calculada inicialmente ficou em 322 sujeitos (para amostra aleatória simples).

A seguir segue a fórmula utilizada para o cálculo do tamanho da amostra:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N(1 - P)}{\epsilon_r^2 P(N - 1) + z_{\alpha/2}^2 (1 - P)}$$

Sendo:

$z_{\alpha/2} = 1,95$  (nível de confiança)

$N = 2112$  (número de sujeitos na população)

$P = 0,5$  (prevalência estimada)

$C^2 = 0,01$  (erro relativo) – calculado a partir do erro tolerável de 5% e da prevalência estimada em 50% (erro tolerável ÷ prevalência estimada, ou seja,  $0,05 \div 0,5 = 0,01$ )

Dada a dificuldade de se conseguir uma relação nominal de cada um dos alunos e principalmente a dificuldade operacional que este método implicaria, optou-se pela realização da coleta considerando a turma por completo (conglomerados). Esta estratégia já foi utilizada em estudos anteriores como os de Farias Jr (2002), Pires (2002) e Nahas et al. (2003).

Esta opção, apesar de facilitar bastante a coleta de dados, poderia comprometer sensivelmente a representatividade da amostra com relação à população. Assim, optou-se pela realização de uma correção amostral (efeito do design – *deff*) de 1,5, ou seja, aumentou-se o tamanho da amostra inicialmente calculado em 50% (procedimento também sugerido por Luiz & Magnanini, 2000), ficando então o número mínimo de sujeitos em 484 (322 x 1.5).

No planejamento da pesquisa, prevendo eventuais perdas, aumentou-se ainda a amostra em 10%. Assim, previu-se a aplicação de questionário em 532 adolescentes.

Desse modo, com o conhecimento prévio da média do número de alunos em cada turno, sorteou-se aleatoriamente o número de turmas necessárias em cada um dos turnos, de modo que se atingisse o número de adolescentes necessário para a realização do estudo. Na composição da amostra, manteve-se a proporcionalidade de alunos por turno (diurno e noturno) e também por série (primeiro, segundo e terceiro ano do ensino médio), ficando a fração amostral de cada estrato em torno de 25%.

### ***Crítérios de exclusão***

Foram excluídos da amostra deste estudo, dentre aqueles estudantes que faziam parte de alguma das turmas sorteadas para fazer parte do estudo, aqueles que:

- a) Não estavam presentes no dia da coleta de dados;
- b) Se recusaram a participar do estudo;
- c) Devolveram questionários sem o preenchimento de questões pessoais fundamentais para a análise dos dados (como gênero e idade)
- d) Devolveram o questionário com muitas questões em branco ou contendo informações absurdas ou duvidosas.
- e) Referiram idade superior a 19 anos.

## **Instrumento de Medida**

Para a avaliação dos comportamentos relacionados à saúde, foi utilizado questionário adaptado a partir de outros instrumentos, principalmente do COMPAC – Comportamento do Adolescente Catarinense, que é um instrumento que se mostrou válido e que foi utilizado em um levantamento realizado em todo o estado de Santa Catarina (Nahas et al., 2003). Vale destacar que o grupo estudado naquela ocasião tinha a mesma faixa etária dos sujeitos do presente estudo.

Ainda com relação à avaliação dos comportamentos relacionados à saúde, é importante mencionar que o questionário tomou como modelo conceitual o “Perfil do Estilo de Vida” derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar, proposto por Nahas, Barros e Francalacci (2000). Apesar de não ter sido usado o referido instrumento para o levantamento de dados, inclusive por que o mesmo foi proposto antes para fins educacionais do que para fins de pesquisas, o questionário foi desenvolvido considerando as cinco dimensões deste instrumento, especificamente: Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Relacionamentos e Controle do Estresse, e justifica-se a escolha de cada um desses componentes pela importância que cada um apresenta no estilo de vida e conseqüentemente na saúde das pessoas.

Para o levantamento das características à religiosidade, foram utilizadas questões que procuraram investigar se cada adolescente possui ou não afiliação religiosa (e se possuía qual era a sua religião), além de outros indicadores de religiosidade como a frequência à participação em eventos religiosos, a importância percebida da religião, a participação em grupos de jovens e a frequência de rezas e preces individuais ou com familiares. Estes indicadores são os que tradicionalmente são utilizados em estudos epidemiológicos que envolvem a questão da religiosidade. Um destes trabalhos foi o *National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health)*, que foi coordenado pela Universidade de Chicago, Estados Unidos, e foi aplicado em adolescentes de vários estados daquele país, sendo utilizado em alguns estudos (Miller & Gur, 2002; Nonnemaker et al., 2003; e Regnerus et al., 2003);

Visando verificar a reprodutibilidade do instrumento, o questionário foi testado previamente e apresentou boa reprodutibilidade (ver anexo 5, Reprodutibilidade do Instrumento). Ainda neste estudo inicial, foi solicitado aos adolescentes participantes que fizessem sugestões e críticas a respeito do questionário o que possibilitou o aprimoramento de algumas questões na versão final do questionário.

Assim, visando atender os objetivos deste estudo, o questionário foi dividido em 6 sessões principais (ver anexo 2):

- 1) Informações pessoais;
- 2) Informações sobre a afiliação e participação religiosa;
- 3) Hábitos alimentares e controle do peso corporal;
- 4) Preferências no lazer e características da Atividade Física;
- 5) Comportamentos preventivos; e
- 6) Indicadores gerais de saúde e relacionamentos.

### ***Descrição das variáveis***

Haja vista a dificuldade de se mensurar a religiosidade das pessoas, neste trabalho optou-se por abordar, separadamente, três diferentes indicadores de religiosidade. Esta opção se justifica pela ausência na literatura de escalas mais complexas e válidas, que classificariam as pessoas em mais ou menos religiosas, por exemplo. Some-se a isto o fato de que os indicadores mensurados e abordados no presente estudo – apesar de apresentarem relação significativa (para  $p < 0.01$  entre os indicadores) – avaliam diferentes dimensões da religiosidade, além de a maioria dos trabalhos revisados fazerem uso também desta opção metodológica. O quadro 1 refere-se as variáveis deste estudo, seguido pelo(s) respectivo(s) indicador(es) e critério(s) de análise:

Para fins de análise de dados, o presente estudo teve três variáveis independentes (no caso, as variáveis do fator religiosidade) e oito variáveis dependentes (no caso as variáveis dos cinco componentes do estilo de vida).

Com relação à análise de simultaneidade, que é um outro objetivo específico deste trabalho, optou-se por agrupar os sujeitos em três categorias de risco (especificamente: baixo risco, que incluía aqueles que apresentavam zero ou apenas um fator negativo, risco moderado, aqueles que tinham dois ou três fatores negativos, e alto risco, grupo formado por aqueles que referiram quatro ou mais fatores de risco). Vale mencionar que somente foram incluídos nesta análise aqueles adolescentes que responderam à todas as questões referentes aos comportamentos investigados. Desse modo, na análise de simultaneidade, foram analisados os dados de 470 sujeitos.

Quadro 1:

Descrição dos fatores, variáveis e respectivos critérios de análise:

<b>Fator</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Critério</b>
Religiosidade	1- Possui ou não afiliação religiosa	Com afiliação x sem afiliação
	2- Frequência de participação em eventos religiosos	1 vez por semana ou mais x menor frequência x sem religião
	3- Participação em grupos de jovens organizados pela religião	Sim x não
Alimentação	1 – Frequência de consumo de frutas ou sucos naturais e consumo de verduras e saladas verdes	Consumo em 5 dias ou mais/semana x menos de 5 dias/semana
Atividade Física	1- Atividade Física no lazer	Pratica x não pratica (independente da frequência, volume e intensidade)
	2- Nível de Atividade Física	Insuficientemente ativos x ativos (considerando como ativos aqueles que praticam semanalmente 300 ou mais minutos de atividades físicas, considerando as aulas de Educação Física, o Lazer e os deslocamentos)
Comportamentos preventivos	1- Tabagismo	Não fuma atualmente x Fuma atualmente
	2- Consumo abusivo de álcool	Não uso e uso moderado x uso abusivo (considerando como critério de consumo abusivo: ingestão de 5 ou mais doses em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias e/ou consumo de mais de 7 doses semanais para as moças ou 14 doses semanais para os rapazes em uma semana normal)
	3- Uso de drogas ilícitas	nunca experimentou x já experimentou
Relacionamentos	1- Satisfação nos relacionamentos	Satisfeito ou muito satisfeito com todos (colegas/amigos, professores, familiares e vizinhos) x insatisfeito ou muito insatisfeito com pelo menos 1 desses grupos)
Estresse	1- Auto percepção do nível de estresse	raramente e às vezes estressado x quase sempre e sempre estressado

Quanto ao controle das possíveis variáveis de confusão, considerou-se o gênero e o nível econômico. Para tanto, optou-se pela realização da análise estratificada para cada uma dessas categorias. Segundo Almeida Filho e Rouquyrol (1999), esta é uma das formas adequadas de se controlar as possíveis variáveis de confusão em análise de dados epidemiológicos.

Com relação à avaliação do nível econômico, o questionário levantou informações a respeito do grau de instrução do chefe da família (pai, mãe ou responsável, considerando-se sempre aquela pessoa com maior renda), renda familiar bruta de todas as pessoas que moram na residência do adolescente, e a propriedade de casa/apartamento e automóvel pela família. Quando da aplicação do questionário o pesquisador instruiu que aqueles adolescentes que não soubessem uma ou mais dessas informações deveriam deixar a(s) questão(ões) sem resposta.

Posteriormente foi feita a análise de relação entre estas variáveis, que apresentaram associação significativa (todos  $p < 0,05$ ). Assim, levando-se em conta que a grande maioria dos adolescentes (98,1%) referiu morar com a família e a boa relação entre o grau de instrução do chefe da família com as demais medidas de nível econômico (renda, posse de carro e automóvel), optou-se pela utilização do grau de instrução do chefe da família como indicador de condição econômica.

Para fins de análise, aqueles adolescentes que referiram que o chefe da família tinha escolaridade menor que o ensino médio completo foram classificados como sendo do grupo de nível econômico inferior (NEI), enquanto que aqueles em que o chefe da família tinha ensino médio ou superior completo formaram o grupo com nível econômico superior (NES). Assim, o grupo NEI foi formado por 177 sujeitos (34,8%) e o grupo NES por 332 (65,2%). Apenas sete sujeitos não responderam a esta questão, e por isso, ficaram de fora da análise quando esta era feita segundo nível econômico.

Vale comentar que ainda existe uma clara ausência de conceitos padronizados e válidos para se determinar condição sócio-econômica. Boeing, Peres, Kovaleski, Zange e Antunes (2005) mencionam que existe uma gama bastante diversificada de medidas – algumas mais simples, outras mais complexas – mas todas apresentam limitações, e que devem ser interpretadas com precaução.

### **Implementação do estudo**

Inicialmente a coleta de dados estava prevista para ser realizada no Colégio de Aplicação (CA) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assim, foi enviada a direção do CA/UFSC uma carta explicando os objetivos da pesquisa e solicitando o acesso às turmas de ensino médio desta instituição. Uma vez obtida a autorização por escrito da direção do CA/UFSC, encaminhou-se o projeto para o Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aos membros da banca examinadora para que pudesse ser feito o processo de qualificação do projeto.

Após a aprovação do Comitê de Ética, que acompanha as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional sobre pesquisa envolvendo Seres Humanos, e o recebimento dos pareceres dos membros da banca examinadora, com as respectivas sugestões, optou-se pela realização de um contato com a direção do Instituto Estadual da Educação do Estado de Santa Catarina (IEE/SC) com objetivo de verificar a possibilidade da realização do estudo nesta instituição.

Esta mudança na instituição realizadora justifica-se no fato de o IEE/SC ser uma escola maior em número de alunos, o que possivelmente facilitaria o acesso ao número de sujeitos considerado necessário para esta investigação, além de possuir maior representatividade regional, já que adolescentes de vários bairros de Florianópolis e mesmo de municípios vizinhos à Florianópolis, estudam no IEE/SC.

Com a aprovação do projeto pela direção do IEE/SC, encaminhou-se um documento ao Comitê de Ética da UFSC comunicando a alteração da instituição realizadora do estudo (anexo 4), que tomou ciência e aprovou a modificação.

### ***Coleta de dados***

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2005, conforme planejamento estabelecido previamente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era entregue pelo pesquisador alguns dias antes da coleta de dados, para que aqueles alunos com idade inferior a 18 anos pudessem levar este documento para suas residências e solicitar a autorização assinada pelo seu responsável.

No dia da entrega do TCLE, era informado que aqueles que devolvessem o TCLE no dia da coleta de dados e respondessem ao questionário, iriam participar de um sorteio de brindes, a ser realizado no final da coleta de dados pelo pesquisador. Também era reforçada a informação que no questionário não iria a identificação dos sujeitos, portanto era fundamental a devolução do TCLE para a participação no sorteio. Esta estratégia buscou incentivar a participação dos alunos, e apresentou boa aceitação.

Antes da aplicação do questionário, os sujeitos eram mais uma vez informados que as informações eram individuais e seriam mantidas sob sigilo, sendo só utilizadas para fins de pesquisa, além de ser a participação no estudo de caráter voluntário, e que

nenhuma penalidade seria aplicada àqueles que não quisessem ou não pudessem participar do estudo.

O questionário foi aplicado em sala de aula, sempre de maneira dirigida pelo pesquisador, de modo que as questões eram apresentadas e explicadas uma a uma e em caso de dúvida era feito o esclarecimento de maneira coletiva. O tempo médio de aplicação do questionário ficou em torno de 30 minutos.

### **Procedimentos de Crítica, Tabulação e Análise dos Dados**

Para tabulação dos dados, foi utilizado o programa Epi-data, versão 3.1. O questionário foi importado de um formato de arquivo de texto (extensão TXT) para o formato de arquivo de questionário (extensão QES) do Epi data. O programa CHECK foi utilizado para controlar eletronicamente a entrada de dados na fase de digitação, o que garante melhor qualidade na entrada dos dados.

Foram digitados 516 questionários, cada um deles com 112 variáveis alfanuméricas, totalizando um banco de dados com aproximadamente 57.792 campos. A fim de detectar erros na entrada de dados, 52 questionários (cerca de 10% do total) passaram por nova digitação e através do próprio Epi-Data foi gerado um arquivo contendo informações sobre os erros. De um total de 5824 campos alfanuméricos redigitados, apenas 4 (0,00068%) continham erro, o que demonstra que os dados apresentados são confiáveis do ponto de vista da entrada dos dados, já que a margem de erro observada foi bastante pequena.

Para as variáveis contínuas, procurou-se identificar potenciais “*outliers*”. Para tanto, revisou-se manualmente os valores extremos (superior e inferior), sendo que nenhum erro foi detectado.

A análise dos dados foi realizada nos programas Excel para Windows e SPSS para Windows versão 11.5. Para verificar a associação e estimar a força destas possíveis associações entre as variáveis ligadas à religiosidade e as variáveis referentes aos comportamentos relacionados à saúde utilizou-se a Razão de Prevalência (RP), conforme sugestão de Barros e Hirakata (2003). Para avaliar a significância entre as associações fez-se uso do teste do Qui-quadrado e do Qui-quadrado para tendência, adotando-se  $p < 0,05$ .

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando atender aos objetivos do presente estudo, bem como para a melhor organização deste capítulo, optou-se por dividir o mesmo em tópicos. Especificamente:

- Composição e caracterização da amostra;
- Indicadores de religiosidade;
- Prevalência de comportamentos negativos relacionados à saúde;
- Associação entre os comportamentos relacionados à saúde e os indicadores de religiosidade;
- Análise de simultaneidade dos comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo variáveis da religiosidade.

#### Composição e caracterização da amostra

Ao todo, 526 adolescentes responderam ao questionário. Destes, apenas 10 foram excluídos da amostra. Três sujeitos se recusaram, quando da coleta de dados, a participar do estudo. Assim, ao final do estudo, foram analisados os dados de 516 sujeitos, sendo 224 rapazes (43,4%) e 292 moças (56,6%). A tabela 1 apresenta detalhes a respeito da composição da amostra, segundo série e turno.

Tabela 1:  
Composição da amostra por série e turno.

	<b>Diurno</b>	<b>Noturno</b>	<b>Total</b>
1º ano	189 (49,3%)	74 (55,6%)	263 (51,0%)
2º ano	138 (36,0%)	32 (24,1%)	170 (32,9%)
3º ano	56 (14,6%)	27 (20,3%)	83 (16,1%)
Total	383 (100%)	133 (100%)	516 (100%)

A média de idade da amostra foi de 16,04 anos (DP= 1,14 anos). A tabela 2 apresenta algumas características sócio-demográficas dos sujeitos que participaram do estudo.

Tabela 2  
**Características Sócio-Demográficas**

Variável	Categoria	Rapazes	Moças	Todos
Estado Civil	Solteiro	216 (96,4%)	280 (95,9%)	496 (96,1%)
	Outro	8 (3,6%)	12 (4,1%)	20 (3,9%)
Mora com a família	Sim	219 (98,6%)	287 (98,3%)	506 (98,4%)
	Não	3 (1,4%)	5 (1,7%)	8 (1,6%)
Pessoas morando junto*	Até 4	152 (68,5%)	176 (60,9%)	328 (64,2%)
	5 ou mais	70 (31,5%)	113 (39,1%)	183 (35,8%)
Número irmãos	Nenhum	32 (14,3%)	31 (10,7%)	63 (12,2%)
	1 a 2	140 (62,5%)	184 (63,2%)	324 (62,9%)
	3 ou mais	52 (23,2%)	76 (26,1%)	128 (24,9%)
Renda familiar mensal	Até 2 SM	20 (9,3%)	20 (7,4%)	40 (8,2%)
	De 2,1 a 4 SM	70 (32,6%)	110 (40,7%)	180 (37,1%)
	De 4,1 a 7 SM	69 (32,1%)	85 (31,5%)	154 (31,8%)
	Mais que 7 SM	56 (26,0%)	55 (20,4%)	55 (20,9%)
Grau de instrução do chefe da família	< EMC	71 (32,3%)	106 (36,7%)	177 (34,7%)
	EMC	92 (41,8%)	118 (40,8%)	210 (41,3%)
	ESC	57 (25,9%)	65 (22,5%)	122 (24,0%)
Família possui casa	Sim	198 (88,8%)	252 (86,9%)	450 (87,7%)
	Não	25 (11,2%)	38 (13,1%)	63 (12,3%)
Família possui carro	Sim	158 (70,9%)	204 (70,3%)	362 (70,6%)
	Não	65 (29,1%)	86 (29,7%)	151 (29,4%)

SM= Salário Mínimo (valor de R\$300,00)

EMC= Ensino Médio Completo

ESC= Ensino Superior Completo

\* incluindo o próprio respondente

Observa-se na tabela 2 que a maior parte dos adolescentes referiu ser solteira (n= 496; 96,1%), morar com a família (n=506; 98,1%), e em residências com até 4 pessoas (n=328; 64,2%), além de possuir entre 1 e 2 irmãos (n=324; 62,9%). A faixa de renda familiar que apresentou maior frequência foi entre dois e quatro salários mínimos (n=180; 37,1%) enquanto que somente 40 sujeitos (8,2%) referiram ter renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (faixa de renda familiar com menor frequência). Em relação à escolaridade do chefe da família, a maioria possuía ensino médio ou superior completo (n= 332; 65,3%). A maior parte dos sujeitos referiu que a família possuía casa/apartamento e carro próprio (n= 450; 87,2% para casa/apartamento; n=362;

70,6% para automóvel; n=329; 64,1% para ambos). Não foi observada diferença significativa de nenhuma destas variáveis sócio-demográficas entre os gêneros.

Outra característica demográfica investigada foi o bairro ou cidade em que os adolescentes residiam (informação não disponível na tabela). Considerando que o Instituto Estadual da Educação (IEE/SC) é um grande pólo de ensino fundamental e médio, a suposição – quando da escolha da referida escola para a coleta dos dados – era de que esta reuniria alunos de diferentes regiões de Florianópolis e também das cidades vizinhas. Isto foi confirmado, já que 145 (28,4%) alunos referiram morar no Centro de Florianópolis, 106 (20,8%) na região Sul, 84 (16,5%) no Norte, 61 (12,0%) na região do Continente, 16 (3,1%) no Leste e 98 (19,2%) alunos são de outros municípios (destes, a maioria é de São José, n= 61).

### **Indicadores de religiosidade**

Considerando a especificidade do trabalho, julgou-se conveniente apresentar neste tópico os resultados quanto à afiliação religiosa dos adolescentes, mesmo não sendo objetivo do trabalho comparar os comportamentos de adolescentes de diferentes religiões. Além disso, também é apresentada a caracterização da amostra segundo os demais indicadores de religiosidade investigados no presente estudo. A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra segundo afiliação religiosa, já considerando a análise agrupada (seguindo-se a mesma padronização utilizada pelo IBGE), de maneira geral e estratificando por gênero.

O que mais chamou a atenção foi o alto percentual de adolescentes que referiu não possuir afiliação religiosa (14,3%; n=73), sendo a proporção maior entre os rapazes (19,3%; n=43) do que entre as moças (10,5%; n=30). Segundo o último Censo do IBGE (2000), havia no Sul do Brasil 5,1% de sujeitos com idade entre 15 e 19 anos sem nenhum tipo de afiliação religiosa, ou seja, percentual este bem inferior ao encontrado neste estudo.

Como se esperava, a maior parte dos sujeitos (63,7%; n=324) referiu ser católica, mesmo sendo este percentual mais baixo do que o IBGE constatou em seu último Censo, realizado no ano de 2000 (80,9% do total da população).

Vale mencionar que as principais Religiões Evangélicas de Origem Pentecostal são a Igreja Assembléia de Deus, a Igreja do Evangelho Quadrangular e a Igreja Universal do Reino de Deus. Já as principais Religiões Evangélicas de Missão são a Igreja Evangélica Luterana, a Metodista, a Batista e a Adventista.

Tabela 3:  
Distribuição da amostra segundo afiliação religiosa.

<b>Religião</b>	<b>Rapazes n(%)</b>	<b>Moças n(%)</b>	<b>Todos n(%)</b>
Católica	148 (66,4)	176 (61,5)	324 (63,7)
Espírita	13 (5,8)	21 (7,3)	34 (6,7)
Evangélicas de Origem Pentecostal	8 (3,6)	24 (8,4)	32 (6,3)
Evangélicas de Missão	6 (2,7)	19 (6,6)	25 (4,9)
Umbanda e Candomblé	3 (1,3)	5 (1,7)	8 (1,6)
Outras	2 (0,9)	11 (3,8)	13 (2,6)
Sem religião	43 (19,3)	30 (10,5)	73 (14,3)

A tabela 4 mostra que a maior parte dos adolescentes, apesar de ter referido possuir algum tipo de afiliação religiosa, também mencionou participar menos de uma vez por semana de eventos religiosos (sendo então classificados como “menos frequentes”) e não participar de grupo de jovens organizados pela religião da qual fazem parte.

Tabela 4:  
Indicadores da religiosidade, segundo gênero.

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Rapazes n(%)</b>	<b>Moças n(%)</b>	<b>Todos n(%)</b>
Possui religião**	Sim	181 (80,8)	262 (89,7)	443 (85,9)
	Não	43 (19,2)	30 (10,3)	73 (14,1)
Frequência de participação em eventos religiosos**	Mais frequentes	46 (20,6)	90 (30,9)	136 (26,5)
	Menos frequentes	134 (60,1)	171 (58,8)	305 (59,3)
	Sem religião	43 (19,3)	30 (10,3)	73 (14,2)
Participação em grupo de jovens	Sim	49 (22,2)	82 (28,3)	131 (25,6)
	Não	172 (77,8)	208 (71,7)	380 (74,4)

\*\*  $p < 0,05$  – entre rapazes e moças (pelo teste do Qui-quadrado)

A afiliação religiosa e a frequência à participação em eventos religiosos apresentaram-se associados ao gênero, sendo que as moças se mostraram mais religiosas do que os rapazes. Quanto à participação em grupos de jovens não foi observada diferença na proporção dos que referiram participar segundo gênero.

O fato de as moças apresentarem maior proporção de sujeitos com afiliação religiosa e maior frequência à participação em eventos religiosos corrobora com os achados de Dalgarrondo et al. (2004), que observaram que as moças eram, em geral

mais religiosas do que os rapazes, em um estudo com adolescentes de Campinas, São Paulo. Em um estudo com adultos norte-americanos, Musick et al. (2004) também constataram que em geral as mulheres eram mais religiosas do que os homens.

A tabela 5 mostra que não foi verificada nenhuma relação significativa entre os indicadores de religiosidade e o nível econômico (categorizada de acordo com o grau de escolaridade do chefe da família).

Tabela 5:  
Indicadores da religiosidade, segundo nível econômico.

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>NEI n (%)</b>	<b>NES n (%)</b>	<b>Todos n (%)</b>
Possui religião	Sim	156 (88,1)	281 (84,6)	437 (85,9)
	Não	21 (11,9)	51 (15,4)	72 (14,1)
Frequência de participação em eventos religiosos	Mais frequentes	46 (26,0)	87 (26,4)	133 (26,2)
	Menos frequentes	110 (62,1)	192 (58,2)	302 (59,6)
	Sem religião	21 (11,9)	51 (15,5)	72 (14,2)
Participação em grupo de jovens	Sim	41 (23,3)	87 (26,5)	118 (25,4)
	Não	135 (76,7)	241 (73,5)	376 (74,6)

NEI= Nível econômico inferior  
NES= Nível econômico superior

### **Prevalência de Comportamentos Negativos relacionados à saúde**

No presente tópico são apresentados os resultados encontrados quanto à prevalência dos comportamentos negativos relacionados à saúde, de maneira geral e estratificando por gênero e nível econômico.

A tabela 6 mostra que as moças se mostraram menos ativas do que os rapazes, tanto com relação ao nível de atividade física e à prática de atividade física no lazer, além de apresentarem maior proporção de percepção negativa de estresse. Por outro lado, os rapazes apresentaram maior proporção de sujeitos que referiu consumo abusivo de álcool. Nas demais variáveis (consumo de frutas e verduras, fumo, uso de outras drogas e insatisfação com os relacionamentos) não foram observadas diferenças significativas entre rapazes e moças.

Tabela 6:  
Prevalência de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo gênero.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes n(%)</b>	<b>Moças n(%)</b>	<b>Todos n(%) n(%)</b>
Consumo inadequado de Frutas e Verduras	167 (75,2)	205 (70,7)	372 (72,7)
Inativo no Lazer*	52 (23,9)	136 (47,2)	188 (37,2)
Insuficientemente ativo*	36 (16,5)	118 (41,0)	154 (30,4)
Fumantes	21 (9,4)	30 (10,3)	51 (9,9)
Consumo abusivo de álcool*	115 (53,2)	100 (34,6)	215 (42,6)
Uso de outras drogas	63 (29,4)	65 (22,6)	128 (25,5)
Percepção negativa de estresse*	21 (9,4)	88 (30,1)	109 (21,2)
Insatisfeito nos relacionamentos	100 (45,5)	132 (45,8)	232 (45,7)

\*  $p < 0,01$  – entre rapazes e moças (pelo teste do Qui-quadrado)

Quanto ao consumo de frutas e verduras, observou-se que uma alta proporção de adolescentes, em ambos os gêneros, não atendeu ao critério estabelecido (consumo de frutas e verduras em cinco ou mais dias por semana). Como mencionado anteriormente, não foi observada diferença significativa na proporção de sujeitos considerados com consumo inadequado de frutas e verduras entre os gêneros, o que difere de outros trabalhos. É o caso do trabalho de Farias Jr. (2002) que, considerando como critério o consumo diário de frutas e verduras (separadamente), observou que as moças apresentavam um padrão mais positivo com relação a este aspecto do que os rapazes. Também o trabalho de Nahas et al. (2002) observou melhor comportamento nesta variável entre as moças.

Com relação às variáveis relacionadas à atividade física, ou seja, nível de atividade física (estabelecendo como ponto de corte a prática de atividades físicas em pelo menos 300 minutos por semana) e a prática de atividade física no lazer, os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura. Vários são os trabalhos que indicam que os rapazes são mais ativos do que as moças (Kartzmarzyk, Malina, Song e Bouchard, 1998; Torres, Lluch, Moral, Espejo, Tapia e Lague, 1998; Silva e Malina, 2000; Mechelen, Twisk, Post, Kemper, 2000; Nahas, De Bem, Barros, Silva, Oliveira e Loch, 2002; Farias Jr., 2002; Klasson-Heggebo & Anderssen, 2003).

Entretanto, é preciso destacar que a mensuração do nível de atividade física, especialmente entre crianças e adolescentes, ainda se configura como um problema, haja vista a dificuldade em se desenvolver instrumentos que possam avaliar de maneira objetiva os padrões de atividade física habitual de pessoas nesta faixa de idade. Oliveira,

Nahas, Barros, De Bem e Silva (2002) realizaram um estudo de revisão sobre os diferentes instrumentos que foram utilizados para se avaliar o nível e as características da atividade física em adolescentes brasileiros, e verificaram que existe uma grande diversidade destes instrumentos.

De qualquer maneira, o ponto de corte estabelecido no presente trabalho para avaliação do nível de atividade física se justifica nas recomendações recentes, que apontam que os adolescentes deveriam praticar atividades físicas em pelo menos 60 minutos na maioria dos dias da semana, de preferência em todos (Strong, Malina, Bumkic, Daniels, Dishman, Gutin, Hergenroeder, Must, Nixon, Pivarnik, Rowland, Trost & Trudeau, 2005).

As perguntas referentes à prática de atividade física – adaptadas do Compac (2002) – buscaram avaliar a prática de atividade física no lazer, como meio de deslocamento, além da participação nas aulas de Educação Física.

Mesmo assim, é preciso considerar que as evidências disponíveis na literatura a respeito da relação entre a atividade física e diversos indicadores de saúde, devem-se quase que exclusivamente à estudos com adultos. Esta mesma relação em adolescentes ainda carece de maiores investigações.

Hallal (2005) apresenta um interessante esquema que auxilia no entendimento do impacto da prática de atividade física sobre os indicadores de saúde atuais e futuros dos adolescentes, bem como sobre a transferência deste comportamento para a idade adulta, destacando que de fato adolescentes mais ativos tem maior probabilidade de se tornarem adultos ativos. Entretanto a magnitude desta associação parece ser apenas moderada, indicando que muitos outros aspectos atuam na modelagem do estilo de vida ativo na idade adulta. O mesmo autor chama a atenção para o fato de que nesta idade, os benefícios da prática de atividades físicas sobre outros aspectos que não a saúde, são igualmente marcantes.

Deste modo, torna-se preocupante a grande proporção de adolescentes que referiram não realizar qualquer tipo de atividade física no seu tempo livre e que não atenderam ao critério estabelecido (pelo menos 300 minutos de prática de atividade física por semana), principalmente entre as moças.

Vale mencionar que na estimativa do nível geral de atividade física se optou por considerar todo o tempo das aulas de Educação Física. Assim, a maioria dos sujeitos, tinha 90 minutos (duas aulas de 45 minutos) de prática semanal de atividades físicas somente na Educação Física. Isto pode inclusive ter superestimado o nível de atividade

física geral dos adolescentes, já que o tempo gasto com a prática de algum tipo de atividade física nas aulas de Educação parece ser bem inferior ao tempo total da aula, como demonstra o trabalho de Guedes e Guedes (1997).

Com relação ao fumo, observou-se que cerca de 10% (especificamente 9,9%, de maneira geral) dos adolescentes investigados referiram fumar (independentemente da quantidade), sendo que não foi observada associação entre esta variável e o gênero, o que é coerente com os achados de Nahas et al (2002), mas não com os de Farias Jr. (2002) que encontrou diferença entre os gêneros, sendo que naquele estudo a prevalência de fumantes foi maior entre as moças do que entre os rapazes. Também o trabalho de Muza et al. (1997) observou diferença entre a prevalência de fumantes segundo gênero, mas ao contrário de Farias Jr. (2000) verificou que os rapazes se mostraram mais fumantes do que as moças.

Quanto à prevalência de fumantes encontrada neste estudo, observou-se que ela é maior do que a encontrada por Nahas et al. (2002) – que utilizou o mesmo critério e observou uma prevalência de fumantes de 6,7% entre adolescentes escolares da rede pública do estado de SC, e também superior ao observado em adolescentes da cidade paulista de Ribeirão Preto, onde 8,5% dos sujeitos investigados faziam uso diário de cigarro (Muza et al. 1997) e aos encontrados em Pelotas, RS, onde 6,8% dos adolescentes tinham fumado pelo menos um cigarro por semana no último mês (Horta, Cavalheiros, Pinheiro, Tomasi e Amaral, 2001). Evidentemente, a comparação com estudos que utilizaram diferentes critérios deve ser feita de maneira cautelosa.

Quanto ao consumo abusivo de álcool, observou-se que alta proporção de adolescentes (42,6%, de maneira geral) referiu consumir álcool de maneira abusiva (consumo de 5 ou mais doses em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias e/ou consumo de mais de 7 doses semanais para moças e mais de 14 doses para rapazes). A proporção de sujeitos que referiu consumo abusivo de álcool foi maior entre os rapazes do que entre as moças, o que é coerente com os resultados de outros trabalhos (Farias Jr, 2002; Muza et al, 1997; Nahas et al, 2002).

Comparando-se estes resultados com outras investigações, percebe-se uma diferença bastante elevada, havendo uma maior proporção de consumidores abusivos de álcool neste estudo. Nos rapazes, mais da metade (53,2%) referiu consumo abusivo, sendo este percentual bastante superior aos encontrados por Farias Jr. (2002) – 28,8% - e Nahas et al. (2002) – 30,2%. O mesmo aconteceu no gênero feminino, onde 34,6% das

moças investigadas referiram consumir álcool de maneira abusiva, contra 19,2% de Farias Jr. (2002) e 23,6% de Nahas et al. (2002).

Ainda com relação ao consumo de álcool, Mendonza (2004) afirma, com base na sua investigação com adolescentes do gênero masculino do México, que o ato de consumir álcool faz parte do processo de socialização, e é um comportamento que apresenta íntima relação com a expressão de masculinidade dos jovens.

Referente ao consumo de outras drogas (experimentou outras drogas – que não cigarro e bebida), observou-se uma alta proporção de adolescentes (42,6%) que referiu já ter experimentado outras drogas. Não foi observada diferença na proporção de consumo de outras drogas segundo gênero, o que é coerente com os achados de Tavares, Béria e Lima (2004), com os adolescentes de Pelotas, RS, mas diferem dos estudos de Nahas et. al. (2002) e de Baus, Kupek e Pires (2002), que observaram maior proporção de consumo de outras drogas entre os rapazes.

A proporção de adolescentes que já experimentaram outras drogas neste estudo foi muito superior aos achados de Nahas et al. (2002), que na ocasião verificaram que 13,5% dos rapazes e 7,9% das moças escolares do estado de SC já tinham experimentado outras drogas, valores estes bem inferiores aos 53,2% e 34,6% para rapazes e moças respectivamente, encontrados neste estudo.

Quanto ao nível de estresse, optou-se por utilizar como indicador desta variável a percepção subjetiva que cada adolescente tinha a esse respeito. Assim, considerou-se que aqueles que referiram estar quase sempre ou sempre estressados como apresentando percepção negativa de estresse.

As moças apresentavam maior prevalência de percepção negativa de estresse (no caso, 30,1%) do que os rapazes (9,4%). Estes resultados são condizentes com os encontrados por Nahas et al. (2002) e Pires, Duarte, Pires e Souza (2004). Neste último, que utilizou um Inventário de Sintomas de Estresse, a proporção de adolescentes do gênero feminino que se encontrava com nível de estresse considerados prejudiciais à saúde foi praticamente o dobro da proporção observada no gênero masculino.

Com relação à satisfação nos relacionamentos, aqueles adolescentes que referiram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos em pelo menos uma das categorias analisadas (especificamente: satisfação na relação com colegas da escola e amigos, professores, familiares e vizinhos) foram classificados como insatisfeitos com seus relacionamentos. Vale destacar que, analisadas isoladamente as categorias, observou-se que 94,0% referiram estar muito satisfeitos ou satisfeitos com o seu relacionamento com

colegas da escola e amigos, 74,1% com professores, 86,0% com familiares e 80,3% com os vizinhos (dados não disponíveis na tabela), o que parece reforçar a percepção de Tommasi (1998), que sugere que a busca pela identidade pessoal de cada adolescente acontece muito em função das relações deste com os companheiros da mesma faixa de idade.

De qualquer modo, verificou-se que quase a metade dos sujeitos investigados (45,7% de maneira geral) se mostrou insatisfeita em pelo menos uma das categorias investigadas. A proporção de insatisfeitos não diferiu segundo gênero.

A tabela 7 apresenta as prevalências dos comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo nível econômico. Analisando-se a referida tabela, observa-se que o nível de atividade física se mostrou associado à esta variável, sendo que a proporção de sujeitos insuficientemente ativos foi maior entre aqueles com Nível Econômico Inferior (NEI). Nas demais variáveis não foi observada diferença na prevalência de comportamentos negativos segundo nível econômico.

Tabela 7:

Prevalência de Comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo nível econômico.

<b>Variável</b>	<b>NEI n(%)</b>	<b>NES n(%)</b>	<b>Todos n(%)</b>
Consumo inadequado de Frutas e Verduras	130 (74,3)	236 (71,5)	366 (72,5)
Inativo no Lazer	65 (37,1)	119 (36,7)	184 (36,9)
Insuficientemente ativo**	63 (36,0)	86 (26,5)	149 (29,9)
Fumantes	16 (9,0)	34 (10,3)	50 (9,8)
Consumo abusivo de álcool	67 (38,7)	144 (44,3)	211 (42,4)
Uso de outras drogas	39 (22,5)	89 (27,6)	128 (25,9)
Percepção negativa de estresse	43 (24,4)	66 (19,9)	109 (21,5)
Insatisfeito nos relacionamentos	79 (45,1)	148 (45,4)	227 (45,3)

NEI= Nível Econômico Inferior

NES = Nível Econômico Superior

\*\*  $p < 0,05$  - entre NEI e NES (pelo teste do Qui-quadrado).

### **Associação entre os comportamentos relacionados à saúde e os indicadores de religiosidade**

Este tópico apresenta os resultados encontrados das associações entre os comportamentos relacionados à saúde e os indicadores de religiosidade, de maneira geral, e também estratificando por gênero e nível econômico. Para melhor organização,

optou-se por apresentar em forma de tabela os resultados de maneira geral e também da análise dos rapazes e das moças. Já a análise segundo nível econômico foi realizada apenas de maneira descritiva no próprio texto, sendo chamada especial atenção para aquelas associações significativas.

A tabela 8 apresenta a prevalência de consumo inadequado de frutas e verduras (CIFV). Neste caso, o ponto de corte estabelecido foi o consumo semanal em cinco ou mais dias, sendo que aqueles adolescentes que referiram consumo inferior em pelo menos uma das categorias (frutas ou verduras) foram classificados como tendo consumo inadequado.

Tabela 8:

Proporção de consumo inadequado de frutas e verduras e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	75,6	1,00	71,2	1,00	73	1,00
Não	73,8	0,98 (0,80-1,19)	66,7	0,94 (0,72-1,22)	70,8	0,97 (0,83-1,14)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	65,2	1,00	71,9	1,00	69,6	1,00
Menos frequentes	78,9	1,21 (0,96-1,52)	70,6	0,98 (0,83-1,15)	74,3	1,07 (0,94-1,21)
Sem religião	73,8	1,13 (0,86-1,49)	66,7	0,93 (0,70-1,23)	70,8	1,02 (0,85-1,22)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	61,2*	1,00	70,7	1,00	67,2	1,00
Não participa	79,4*	1,30 (1,02-1,64)	70,4	1,00 (0,84-1,17)	74,5	1,10 (0,97-1,27)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado)

Com relação ao CIFV, a única associação significativa observada foi com relação à participação em grupos de jovens, nos rapazes. Neste caso, aqueles que não participavam de grupos de jovens tinham 30% de chance aumentada de apresentarem CIFV do que seus colegas que participavam destes grupos.

Quando a amostra foi estratificada segundo nível econômico, não se observou nenhuma associação significativa do CIFV com os indicadores de religiosidade, nem para aqueles indivíduos com nível econômico inferior (NEI), nem para os adolescentes com nível econômico superior (NES).

As tabelas 9 e 10 referem-se, respectivamente, à prática de atividade física no lazer (AFL) e ao nível de atividade física geral dos adolescentes (NAF), de rapazes, moças e de maneira geral.

Tabela 9:

Proporção de inatividade física no lazer e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

Variável	Rapazes (%)	RP (IC 95%)	Moças (%)	RP (IC 95%)	Todos (%)	RP (IC 95%)
<b>Possui Religião</b>						
Sim	21,1	1,00	45,7	1,00	35,8	1,00
Não	34,9	1,65 (1,00-2,71)	60,0	1,31 (0,95-1,81)	45,2	1,26 (0,95-1,67)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	17,8****	1,00	41,6	1,00	33,6	1,00
Menos frequentes	22,5****	1,26 (0,62-2,56)	47,6	1,15 (0,85-1,53)	36,7	1,09 (0,83-1,45)
Sem religião	34,9****	1,96 (0,95-4,15)	60,0	1,44 (0,98-2,11)	45,2	1,35 (0,95-1,90)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	18,8	1,00	35,4**	1,00	29,1**	1,00
Não participa	25,6	1,37 (0,72-2,60)	51,2**	1,45 (1,04-2,00)	39,7**	1,37 (1,01-1,84)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*\*p<0,05 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*\*\* p<0,05 (pelo teste do Qui-quadrado para tendência)

Tabela 10:

Proporção de insuficientemente ativos e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

Variável	Rapazes (%)	RP (IC 95%)	Moças (%)	RP (IC 95%)	Todos (%)	RP (IC 95%)
<b>Possui Religião</b>						
Sim	16,0	1,00	40,7	1,00	30,7	1,00
Não	18,6	1,16 (0,57-2,37)	43,3	1,06 (0,69-1,65)	28,8	0,94 (0,64-1,38)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	15,6	1,00	37,1	1,00	29,9	1,00
Menos frequentes	16,3	1,05 (0,48-2,29)	42,3	1,14 (0,83-1,57)	31,0	1,04 (0,76-1,41)
Sem religião	18,6	1,19 (0,47-3,01)	43,3	1,17 (0,71-1,91)	28,8	0,96 (0,61-1,50)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	18,8	1,00	32,9	1,00	27,6	1,00
Não participa	16,1	0,86 (0,43-1,70)	43,5	1,32 (0,93-1,88)	31,2	1,14 (0,82-1,56)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

Para as variáveis relacionadas a prática de atividade física, observou-se que a participação em grupos de jovens se mostrou associada a prática de atividade física no

lazer. Neste caso, de maneira geral, os sujeitos que não participavam de grupo de jovens tinham 37% maior risco de serem inativos no lazer do que seus colegas participantes deste tipo de grupo. Estratificando-se a amostra por gênero, verificou-se tendência de aumento significativo na proporção de inativos no lazer com a diminuição do nível de participação em eventos religiosos. Enquanto 17,8% dos rapazes “mais freqüentes” referiram não praticar nenhum tipo de atividade física no seu tempo livre, 22,5% dos “menos freqüentes” e 34,9% dos “sem religião” apresentavam esta característica.

Entre as moças, a prevalência de inatividade física no lazer foi 45% superior entre aquelas não participantes do que entre as participantes de grupos de jovens.

Já o nível de atividade física geral dos adolescentes, não se mostrou associado com nenhuma variável da religiosidade, nem de maneira geral, nem quando a amostra foi estratificada por gênero.

Quando os sujeitos foram estratificados segundo nível econômico, associação significativa foi constatada entre a prática de atividade física no lazer e a participação em grupo de jovens, para aqueles com NES (adolescentes em que o chefe da família possuía nível médio ou superior completo). Neste caso, a prevalência de adolescentes que referiram não realizar nenhum tipo de atividade física no seu lazer, foi 61% maior entre os não participantes do que entre os participantes.

Ainda para os adolescentes com NES, foi observada tendência significativa de aumento na prevalência de inativos no lazer com a diminuição do nível de participação em eventos religiosos. Nesta variável, verificou-se que os grupos formados por adolescentes “menos freqüentes” e “sem religião” apresentavam prevalência de inatividade física no lazer, respectivamente, 33% e 67% maior em relação do que aqueles “mais freqüentes”.

Nenhuma associação significativa entre as variáveis relacionadas à atividade física com as da religiosidade foi encontrada para os adolescentes com nível econômico inferior (NEI), no caso, aqueles que referiram que o chefe da família possuía escolaridade inferior ao ensino médio completo.

Vale reforçar que nas variáveis relacionadas ao consumo inadequado de frutas e verduras e à prática de atividade física, que algumas associações observadas, se deram com a participação em grupo de jovens, que é possivelmente a variável que sofre maior “influência” da questão do apoio social. Uma vez que foram observadas algumas relações entre a prática de atividade física no tempo livre e a participação em grupos de jovens, é possível supor que pelo menos alguns destes grupos incentivam e oportunizam

a prática de atividade física. Entretanto, seria necessária alguma investigação específica nestes grupos sociais para que de fato pudesse se afirmar isto.

A tabela 11 apresenta a prevalência de consumo abusivo de álcool (CAA), segundo indicadores de religiosidade, de maneira geral e estratificando por gênero.

Tabela 11:  
Proporção de consumo abusivo de álcool e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	53,1	1,00	30,4*	1,00	39,5*	1,00
Não	53,7	1,01 (0,74-1,39)	72,4*	2,38 (1,78-3,18)	61,4*	1,55 (1,25-1,93)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	38,6	1,00	18,0***	1,00	24,8***	1,00
Menos frequentes	57,7	1,49 (1,00-2,23)	37,1***	2,06 (1,27-3,35)	46,0***	1,85 (1,35-2,55)
Sem religião	53,7	1,39 (0,87-2,22)	72,4***	4,03 (2,45-6,62)	61,4***	2,48 (1,75-3,51)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	51,1	1,00	13,6*	1,00	27,3*	1,00
Não participa	54,5	1,06 (0,78-1,46)	42,7*	3,15 (1,77-5,57)	48,0*	1,76 (1,30-2,37)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado para tendência)

De maneira geral (sem estratificar por gênero ou nível econômico), verificou-se que todos os indicadores de religiosidade avaliados se mostraram associados negativamente ao CAA, o que é coerente com outros trabalhos, realizados em contextos diversos e nem sempre utilizando os mesmos indicadores de religiosidade (Dalgarrondo et al., 2004; Nonnemaker, et al., 2003; Regnerus & Elder, 2003; Wills et al., 2003).

No presente estudo verificou-se que aqueles adolescentes que referiram não ter afiliação religiosa tiveram um risco aumentado de CAA em 55%, em relação àqueles que tinham religião.

Com relação à participação em eventos religiosos, observou-se que o risco observado foi menor entre aqueles “mais frequentes” e maior entre os sem religião, ficando o grupo “menos frequente” em uma condição intermediária. Tendo como grupo de referência os “mais frequentes”, constatou-se que o risco de CAA foi aumentado em 85% para aqueles menos frequentes e em 148% para aqueles sem religião.

O outro indicador de religiosidade avaliado (participação em grupo de jovens) também se mostrou associado ao menor risco de CAA, sendo o risco 76% superior entre aqueles que não participavam destes grupos.

Quando a análise foi realizada estratificando-se a amostra segundo gênero, não se observou nenhuma associação significativa entre os indicadores de religiosidade e o CAA entre os rapazes.

Nas moças, observou-se que os maiores indicadores de religiosidade foram associados fortemente às menores prevalências de CAA. As adolescentes que não faziam parte de nenhuma religião tinham risco aumentado em 138% de CAA em relação às moças que possuíam vínculo religioso.

Quanto à frequência de participação em eventos religiosos, principalmente quando da comparação entre as moças classificadas como “mais frequentes” com aquelas sem religião, foi constatada grande diferença. As adolescentes que não possuíam afiliação religiosa tinham risco aumentado de 303% de CAA em relação às aquelas com religião.

A participação em grupo de jovens também se mostrou associada à menor prevalência de CAA, nas moças. Aquelas não participantes de grupos de jovens tinham chance aumentada em 215% de CAA maior do que as que participavam destes grupos.

Quanto à análise segundo nível econômico, entre aqueles com NEI, os “menos frequentes” e aqueles sem religião tinham, respectivamente, 198% e 280% de risco maior de CAA do que aqueles “mais frequentes”. Os sujeitos que não participavam de grupo de jovens apresentaram 127% de chance maior de CAA do que os do grupo de referência, no caso os adolescentes que participavam de grupo de jovens. Já a afiliação religiosa, ao contrário dos outros dois indicadores de religiosidade, não se mostrou associada significativamente ao CAA entre aqueles com NEI.

Para os adolescentes com NES (adolescentes em que o chefe da família possuía nível médio ou superior completo), todas as variáveis da religiosidade se mostraram associadas de maneira significativa ao CAA. Neste grupo, aqueles sem afiliação religiosa e não participantes de grupos de jovens apresentavam chance maior de 51% e 60% respectivamente do que seus pares com afiliação religiosa e participantes de grupos de jovens. Com relação à frequência de participação em eventos religiosos, tendo como referência o grupo de “mais frequentes”, constatou-se que havia chance aumentada de 55% para aqueles “menos frequentes” e de 108% para os sujeitos sem afiliação religiosa.

A tabela 12 apresenta a prevalência de fumantes, segundo indicadores de religiosidade, de maneira geral e estratificando por gênero.

Tabela 12:  
Proporção de fumantes e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	8,9	1,00	8,0*	1,00	8,4*	1,00
Não	11,6	1,31 (0,51-3,37)	30,0*	3,74 (1,89-7,41)	19,2*	2,29 (1,30-4,02)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	6,5	1,00	7,8***	1,00	7,4***	1,00
Menos frequentes	9,8	1,50 (0,44-5,03)	8,2***	1,05 (0,44-2,51)	8,9***	1,21 (0,60-2,42)
Sem religião	11,6	1,78 (0,45-7,01)	30,0***	1,78 (1,57-9,46)	19,2***	2,60 (1,22-5,58)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	8,2	1,00	3,7*	1,00	5,3*	1,00
Não participa	9,9	1,22 (0,43-3,45)	13,0*	3,55 (1,10-11,37)	11,6*	2,17 (1,30-4,70)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado para tendência)

De maneira geral, aqueles adolescentes que referiram não ter afiliação religiosa tiveram um risco aumentado, em relação àqueles que tinham religião, de 129% de serem fumantes.

Com relação à participação em eventos religiosos, observou-se que, tendo o grupo dos “mais frequentes” como referência, constatou-se que aqueles menos frequentes tinham risco 21% maior de serem fumantes, e entre os adolescentes sem afiliação religiosa o risco era aumentado em 160%.

A participação em grupos de jovens também se mostrou associada à menor prevalência de fumantes, sendo que no grupo não participante em grupo de jovens a prevalência deste comportamento foi 76% superior à observada entre os participantes de grupos de jovens.

Estes resultados são coerentes com os obtidos por Nonnemarker et al. (2003) e Wills et al. (2003), ambos com adolescentes norte-americanos e Dalgarrondo et al. (2004), com adolescentes brasileiros. Nestes estudos, aqueles adolescentes que apresentavam maiores indicadores de religiosidade apresentavam menor prevalência de tabagismo do que os seus colegas com menores indicadores de religiosidade.

Entre os rapazes, apesar das menores proporções numéricas de fumantes terem sido observadas naqueles com maiores indicadores de religiosidade, nenhuma destas diferenças foi significativa.

Para as moças, observou-se que todos os indicadores de religiosidade foram associados à menor prevalência de fumantes. Com relação à afiliação religiosa, a prevalência entre aquelas que não faziam parte de nenhuma religião era 274% maior do que entre as moças que tinham alguma afiliação religiosa.

Quanto à frequência de participação em eventos religiosos, principalmente quando a comparação foi feita entre as moças classificadas como “mais frequentes” com aquelas sem religião, foi constatada grande diferença. As adolescentes que não possuíam afiliação religiosa apresentavam 78% maior chance de serem fumantes do que aquelas “mais frequentes”, no caso, que participavam pelo menos uma vez por semana de eventos religiosos.

A participação em grupo de jovens mostrou ser a variável com maior relação com o fumo, nas moças. Aquelas não participantes de grupos de jovens tinham chance aumentada em 255% de serem fumantes do que aquelas moças que referiram participar de grupos de jovens.

Ainda com relação ao fumo, entre os adolescentes com NEI, nenhuma relação significativa com os indicadores de religiosidade foi observada. Para aqueles indivíduos com NES, a afiliação religiosa e a frequência de participação em eventos se mostraram associados à menor prevalência de fumantes. Aqueles com NES sem religião tinham chance 163% maior de serem fumantes do que os seus colegas com afiliação religiosa. Já aqueles sem religião tinham 168% maior chance de serem fumantes do que os “mais frequentes”. Por outro lado, a participação em grupo de jovens não apresentou associação com o fumo em adolescentes com NES.

A tabela 13 apresenta a proporção de sujeitos que referiram já ter consumido outras drogas (que não cigarro e bebidas alcoólicas), de maneira geral e estratificando por gênero.

Considerando toda a amostra, constatou-se que a prevalência de adolescentes que referiram consumo de outras drogas (COD) foi superior entre aqueles que apresentavam menores indicadores de religiosidade. Estes resultados são coerentes com outros estudos, caso do trabalho de Tavares et al. (2004), que observou em uma amostra de adolescentes do município de Pelotas, que os adolescentes que referiram praticar suas respectivas religiões apresentavam menor proporção de sujeitos que haviam

consumido algum tipo de droga ilícita nos 12 meses anteriores à pesquisa. Também Dalgalarrondo et al. (2004), encontraram resultados que apontam na mesma direção, sendo identificada a religiosidade como um fator protetor para o uso de drogas em adolescentes da cidade de Campinas.

Tabela 13:

Proporção de consumo de outras drogas e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	28,3	1,00	19,8*	1,00	23,3*	1,00
Não	34,1	1,21 (0,74-1,96)	46,7*	2,35 (1,49-3,71)	39,4*	1,70 (1,21-2,37)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	31,1	1,00	15,3***	1,00	20,8***	1,00
Menos frequentes	27,6	0,89 (0,53-1,49)	22,2***	1,45 (0,82-2,58)	24,5***	1,18 (0,80-1,75)
Sem religião	34,4	1,10 (0,59-2,01)	46,7***	3,05 (1,63-5,73)	39,4***	1,90 (1,22-2,96)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	25,5	1,00	7,7*	1,00	14,4*	1,00
Não participa	30,5	1,19 (0,70-2,05)	28,0*	3,64 (1,64-8,10)	29,1*	2,02 (1,28-3,19)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado para tendência)

Os adolescentes que não tinham religião tinham 70% maior chance de já terem experimentado outras drogas do que seus pares com afiliação religiosa. Aqueles “menos frequentes” e “sem religião”, apresentaram prevalência deste comportamento 18% e 90% maior em relação àqueles “mais frequentes”. Também a participação em grupo de jovens se mostrou associada à menor prevalência de COD, já que a prevalência era 102% maior entre os não participantes do que entre os participantes.

Assim como nas outras variáveis relacionadas ao consumo de drogas (CAA e fumo), se verificou associação dos indicadores de religiosidade e do COD nas moças, mas não nos rapazes.

Nas moças, constatou-se que aquelas que não faziam parte de nenhuma religião tinham risco aumentado em 135% de já terem COD do que as que possuíam religião, em relação àqueles com afiliação religiosa. As adolescentes que não possuíam afiliação religiosa tinham risco aumentado em 205% de COD do que aquelas do grupo de

referência, no caso as “mais freqüentes”. Com relação ao outro indicador de religiosidade analisado, verificou-se que aquelas moças que não participavam de nenhum grupo de jovens organizado pela religião tinham prevalência 264% de COD do que aquelas que referiram participar destes grupos.

Quanto à análise segundo nível econômico, verificou-se que todos os indicadores de religiosidade tiveram associação significativa para aqueles adolescentes com NEI. A prevalência observada de COD foi 117% superior entre aqueles sem religião do que entre os com afiliação religiosa e 428% maior entre aqueles não participantes de grupos de jovens do que entre os participantes destes grupos. Também a freqüência à participação em eventos religiosos se mostrou como fator protetor. Aqueles “menos freqüentes” e sem religião, apresentavam respectivamente, 68% e 221% de prevalência aumentada de COD do que aqueles “mais freqüentes”.

Para os adolescentes com NES, dos indicadores de religiosidade investigados, somente a participação em grupo de jovens se mostrou fator protetor para o COD, uma vez que a prevalência de consumo foi 59% maior entre aqueles não participantes do que entre os que referiram participar.

Nas três variáveis relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas, ficou claro que a relação entre os indicadores de religiosidade com estas variáveis, difere bastante segundo o gênero dos adolescentes. Enquanto nas moças as relações observadas foram bastante evidentes, nos rapazes não se observaram associações significativas. Estes achados sugerem que, para o grupo investigado, a relação entre os indicadores de religiosidade e o uso de drogas difere bastante segundo o gênero.

Ainda com relação ao uso de drogas e sua relação com os indicadores de religiosidade, os resultados indicam que as relações se mostraram presentes, tanto para os adolescentes com NEI, quanto para os com NES, parecendo indicar que a religiosidade pode ser um fator protetor importante para o uso de drogas na adolescência, independentemente do nível econômico. Entretanto, é necessário considerar que a amostra deste estudo envolveu apenas estudantes da rede pública de ensino, o que certamente dificulta a extrapolação destes resultados, principalmente para aqueles adolescentes da classe econômica mais alta.

A tabela 14 apresenta a prevalência de adolescentes que referiu percepção negativa de estresse (PNE). No caso, foram considerados como tendo percepção negativa de estresse aqueles adolescentes que referiram estar quase sempre ou sempre estressados.

Tabela 14:

Proporção de percepção negativa de estresse e Razão de Prevalência, segundo variáveis da religiosidade.

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	6,1*	1,00	29,8	1,00	20,1	1,00
Não	23,8*	3,92 (1,78-8,61)	33,3	1,12 (0,65-1,92)	27,8	1,38 (0,91-2,09)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	2,2***	1,00	22,2	1,00	15,4	1,00
Menos frequentes	7,5***	3,43 (0,45-26,08)	33,9	1,53 (0,98-2,37)	22,3	1,44 (0,92-2,25)
Sem religião	23,8***	10,95 (1,46-81,95)	33,3	1,50 (0,79-2,84)	27,8	1,80 (1,05-3,09)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	6,1	1,00	18,3*	1,00	13,7**	1,00
Não participa	10,5	1,72 (0,52-5,60)	35,1*	1,92 (1,17-3,14)	24,0**	1,74 (1,10-2,78)

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*p<0,05 (pelo teste do Qui-quadrado)

\*\*\*p<0,01 (pelo teste do Qui-quadrado para tendência)

Conforme tabela 14, de maneira geral, observou-se que maior proporção de sujeitos com PNE foi encontrada entre aqueles não participantes de grupos de jovens do que entre os que referiram participar destes grupos. O risco de PNE foi 74% maior entre os não participantes.

Nos rapazes, a PNE, se mostrou associada à afiliação religiosa e à frequência de participação em eventos religiosos. Aqueles sem afiliação religiosa apresentavam proporção de PNE 292% superior àqueles que tinham religião. Com relação à frequência de participação em eventos religiosos, tendo como grupo de referência os “mais frequentes”, constatou-se que aqueles “menos frequentes” e sem religião, apresentavam respectivamente, risco aumentado em 243% e 995% maior de terem PNE.

Entretanto, é preciso considerar a grande margem observada quando do cálculo do Intervalo de Confiança, devido à pequena proporção observada de PNE entre os “mais frequentes” (onde apenas 1 sujeito de um total de 46 apresentou PNE, que corresponde a 2,2%). De qualquer modo, apesar de ser provável que o cálculo da Razão de Prevalência tenha superestimado o tamanho da relação, é razoável supor que o erro não aconteceu quanto à direção da associação.

Entre as moças, somente a participação em grupo de jovens se mostrou associada à menor risco de PNE. A prevalência observada entre aquelas não participantes de grupos de jovens foi 92% superior em relação às aquelas participantes.

Estratificando os adolescentes segundo nível econômico, observou-se que entre aqueles com NEI, a única associação significativa deu-se com relação à PNE e a participação em grupo de jovens. Aqueles adolescentes de NEI que não participavam de grupo de jovens tinham chance 133% maior de perceberem de maneira negativa o seu nível de estresse do que aqueles que participavam de grupo de jovens (28,4% contra 12,2%).

Entre os adolescentes com NES, nenhuma associação significativa foi observada entre as variáveis da religiosidade e a percepção de estresse.

A tabela 15 refere-se à proporção de adolescentes que referiu insatisfação nos relacionamentos (IR), segundo variáveis da religiosidade, de maneira geral e estratificando por gênero. Vale lembrar que foram considerados insatisfeitos no relacionamento aqueles sujeitos que referiram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos em pelo menos uma das categorias avaliadas (relacionamento com amigos/colegas, professores, familiares e vizinhos).

Tabela 15:  
Proporção de insatisfação nos relacionamentos e Razão de Prevalência, segundo

<b>Variável</b>	<b>Rapazes (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Moças (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Todos (%)</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Possui Religião</b>						
Sim	43,5	1,00	43,8**	1,00	43,7**	1,00
Não	53,5	1,23 (0,89-1,70)	63,3**	1,45 (1,07-1,96)	57,5**	1,31 (1,05-1,65)
<b>Frequência</b>						
Mais frequentes	39,5	1,00	44,9	1,00	43,2	1,00
Menos frequentes	44,4	1,12 (0,74-1,70)	43,5	0,97 (0,72-1,29)	43,9	1,02 (0,80-1,28)
Sem religião	53,5	1,35 (0,85-2,15)	63,3	1,41 (0,99-2,01)	57,5	1,33 (1,01-1,76)
<b>Grupo de jovens</b>						
Participa	40,4	1,00	44,4	1,00	43,0	1,00
Não participa	46,2	1,14 (0,78-1,68)	46,3	1,04 (0,78-1,39)	46,3	1,08 (0,86-1,35)

variáveis da religiosidade.

RP= Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

\*\*p<0,05 (pelo teste do Qui-quadrado)

Considerando toda a amostra, verificou-se que aqueles que não possuíam afiliação religiosa tinham 31% maior prevalência de IR do que aqueles que tinham afiliação religiosa. As demais associações observadas não foram significativas.

Nos rapazes, não foi observada nenhuma associação entre a IR e os indicadores de religiosidade. Já nas moças, constatou-se que aquelas que não possuíam afiliação religiosa tinham 45% de chance maior de IR do que seus pares que apresentavam algum vínculo religioso.

Não foi observada nenhuma associação dos indicadores de religiosidade e a IR para aqueles adolescentes com NEI. Já entre os adolescentes com NES, a IR foi associada à afiliação religiosa, uma vez que a proporção observada de sujeitos de NES com IR foi 49% superior naqueles que não tinham religião em relação aos que tinham.

### **Análise de simultaneidade dos comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo indicadores de religiosidade**

Este tópico trata da análise de simultaneidade dos comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo as variáveis da religiosidade investigadas neste trabalho. Vale mencionar que foram oito as variáveis comportamentais abordadas (especificamente: consumo inadequado de frutas e verduras, prática de atividade física no lazer, nível de atividade física geral, consumo abusivo de álcool, fumo, consumo de outras drogas, percepção do nível de estresse e insatisfação nos relacionamentos).

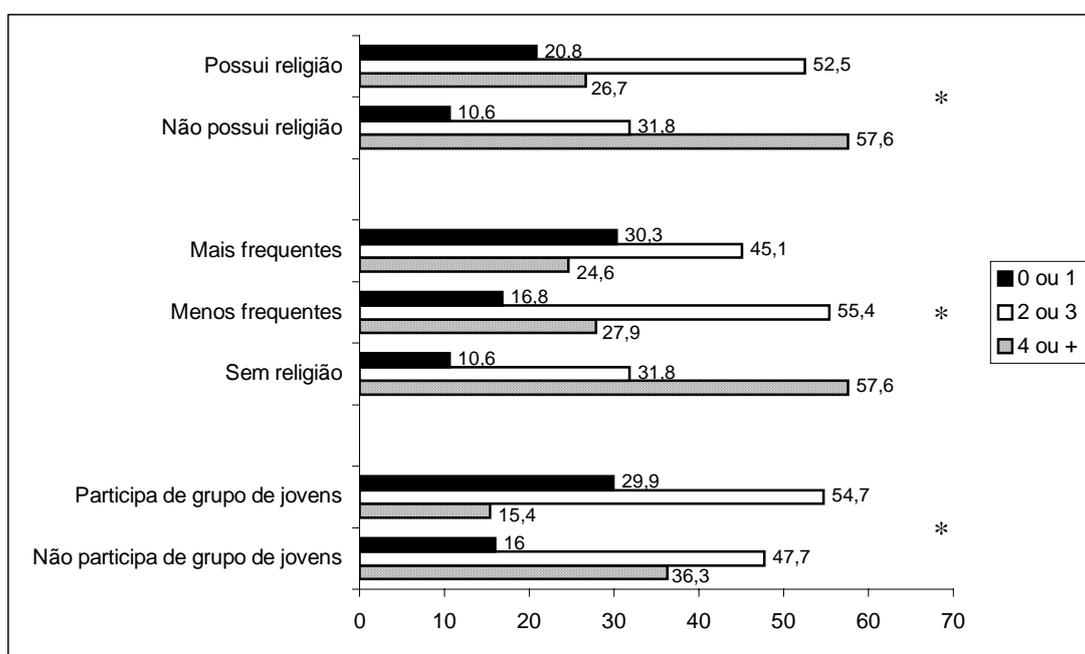
Para a análise de simultaneidade foram excluídos aqueles indivíduos que deixaram de responder uma ou mais questões referente(s) às variáveis do estilo de vida. Desse modo, da amostra final do trabalho (n=516), 46 indivíduos foram excluídos desta análise, ficando então a amostra, neste tópico, restrita à 470 adolescentes, sendo 196 rapazes e 274 moças.

A análise de simultaneidade torna-se uma maneira interessante de apresentação dos resultados, principalmente por considerar os comportamentos de maneira múltipla, o que possibilita uma análise mais global dos dados, além de possibilitar uma síntese dos resultados.

Para fins de análise de dados, optou-se por dividir os sujeitos em três grupos de risco. Aqueles que não apresentavam ou apresentavam apenas um indicador negativo formaram o grupo de “baixo risco”. Já os adolescentes que tinham dois ou três indicadores negativos foram classificados em “risco moderado”. Por fim, os indivíduos que tinham 4 ou mais fatores de risco formaram o grupo de “alto risco”.

A figura 1 mostra os resultados observados de maneira geral. Constatou-se que entre aquelas pessoas menos religiosas havia uma exposição a um número maior de fatores de risco do que entre aquelas mais religiosas ( $p < 0,01$ , para todos os casos).

Entre aqueles adolescentes que possuíam afiliação religiosa, a proporção de “baixo risco” foi de 20,8%, enquanto que apenas 10,6% daqueles sem religião foram classificados neste grupo de risco. Por outro lado, enquanto 26,7% dos sujeitos com religião apresentavam “alto risco”, mais da metade (57,6%) daqueles sem afiliação religiosa estavam nesta mesma categoria de risco. Outro dado interessante, é que a maioria dos sujeitos com afiliação religiosa se encontravam na categoria de “risco moderado” (52,5%), enquanto que a maior parte daqueles que não tinham religião estavam na categoria de “alto risco” (57,6%).



\* $p < 0,01$

Figura 1: Proporção de adolescentes com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.

Com relação à frequência de participação em eventos religiosos, constatou-se que 30,3% dos “mais frequentes”, 16,8% dos “menos frequentes” e 10,6% dos “sem religião” apresentavam “baixo risco”. Na categoria inversa (“alto risco”), as proporções se invertiam, já que 57,6% dos “sem religião”, 27,9% dos “menos frequentes” e 24,6% dos “mais frequentes” apresentavam esta condição de risco. Vale citar que entre os “mais frequentes” e “menos frequentes” a categoria que apresentou maior prevalência

foi a de “risco moderado”, o que não aconteceu com os “sem religião”, onde a maior proporção foi classificada como tendo “alto risco”.

A participação em grupo de jovens também se mostrou associada à melhores padrões de estilo de vida. Apresentavam “baixo risco” 29,9% dos participantes de grupos de jovens, e 16% dos não participantes. Com relação à proporção de adolescentes com “alto risco”, constatou-se que 36,3% dos não participantes e 15,4% dos participantes se encontravam nesta categoria de risco.

As figuras 2 e 3 referem-se respectivamente à análise de simultaneidade para rapazes e moças.

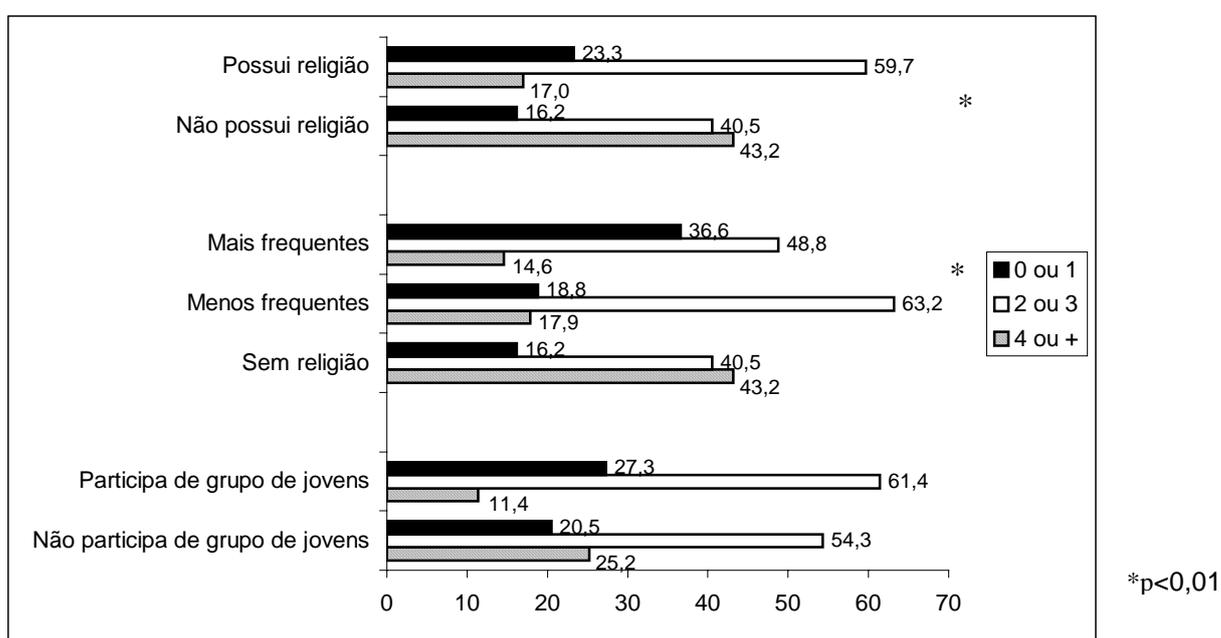


Figura 2: Proporção de rapazes com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.

Entre os rapazes, 23,3% daqueles que possuíam afiliação religiosa e 16,2% dos que não tinham afiliação religiosa foram classificados na categoria de “baixo risco”. Com relação à frequência de participação em eventos religiosos, observou-se que especialmente grande foi a diferença encontrada entre os “mais frequentes” e os sem religião, uma vez que enquanto 36,6% dos “mais frequentes” apresentavam “baixo risco”, entre os sem religião este percentual diminuía para 16,2%. As diferenças observadas nas proporções de sujeitos classificados como “baixo risco”, foram significativas para  $p < 0,01$ , nos rapazes, para afiliação religiosa e frequência de participação em eventos religiosos. Entretanto, a participação em grupo de jovens não se mostrou significativamente associada ao menor risco ( $p = 0,139$ ).

Nas moças, a figura 3 mostra que parece existir uma forte relação entre maiores indicadores de religiosidade e um padrão de estilo de vida mais saudável. O que mais chama a atenção é a alta prevalência de moças sem afiliação religiosa, que apresentavam “alto risco” (75,9%) e ao mesmo tempo, a baixa proporção observada destas mesmas meninas com “baixo risco (3,4%). Todos os indicadores de religiosidade investigados estiveram, no caso das moças, associados à exposição à um menor número de fatores de risco, sendo que todas as diferenças nas proporções de “baixo risco” foram significativas para  $p<0,01$ .

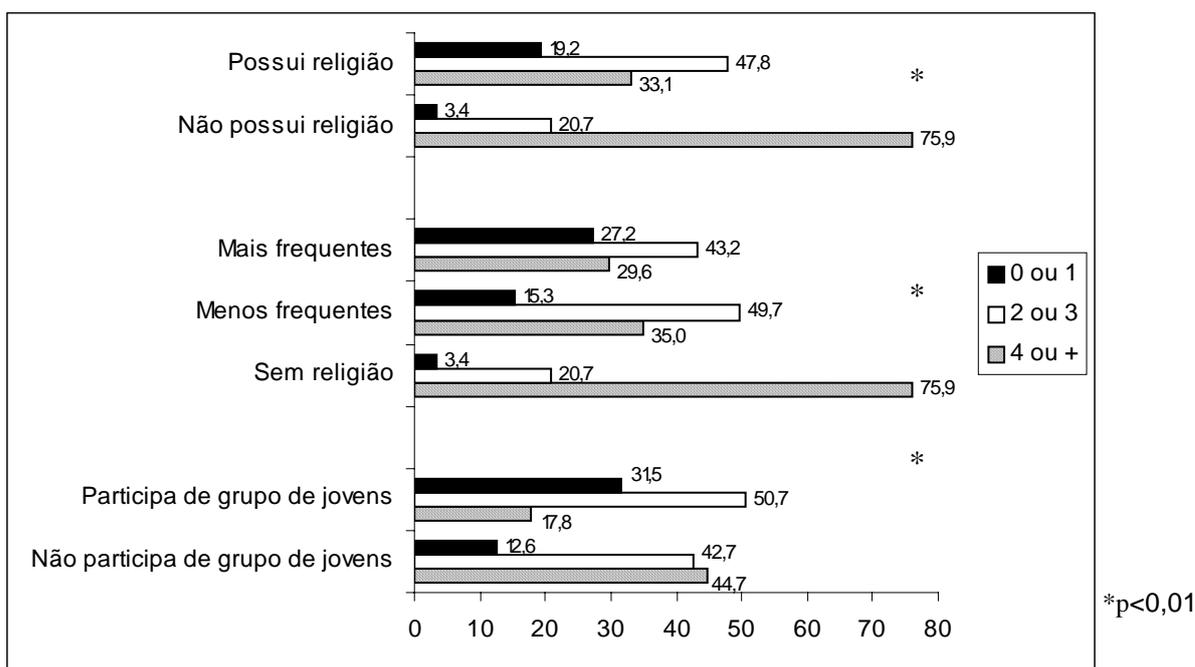


Figura 3: Proporção de moças com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.

As figuras 4 e 5 dizem respeito à análise de simultaneidade respectivamente, para os adolescentes com nível econômico inferior (NEI) e nível econômico superior (NES).

Entre aqueles indivíduos com NEI (figura 4) a proporção de sujeitos classificados com “baixo risco” foi maior naqueles sem afiliação religiosa do que entre os que possuíam religião. De qualquer modo, na categoria inversa (alto risco) uma prevalência bastante superior foi observada naqueles sem religião (61,1% e 28,3% para os sem religião e para os com religião, respectivamente). Outro dado interessante, refere-se a participação em eventos religiosos. Neste caso, observou-se que aqueles sem

religião apresentavam maior proporção de “baixo risco” do que aqueles “menos frequentes”, entretanto, a prevalência de adolescentes expostos à “alto risco” foi bastante superior entre aqueles sem religião. Aqueles adolescentes com NEI que participavam de grupos de jovens apresentavam menor prevalência de “alto risco” e maior de “baixo risco” que seus pares não participantes de grupos de jovens. Todas as diferenças nas proporções de categorias de risco, segundo indicadores de religiosidade, foram significativas para  $p < 0,05$ .

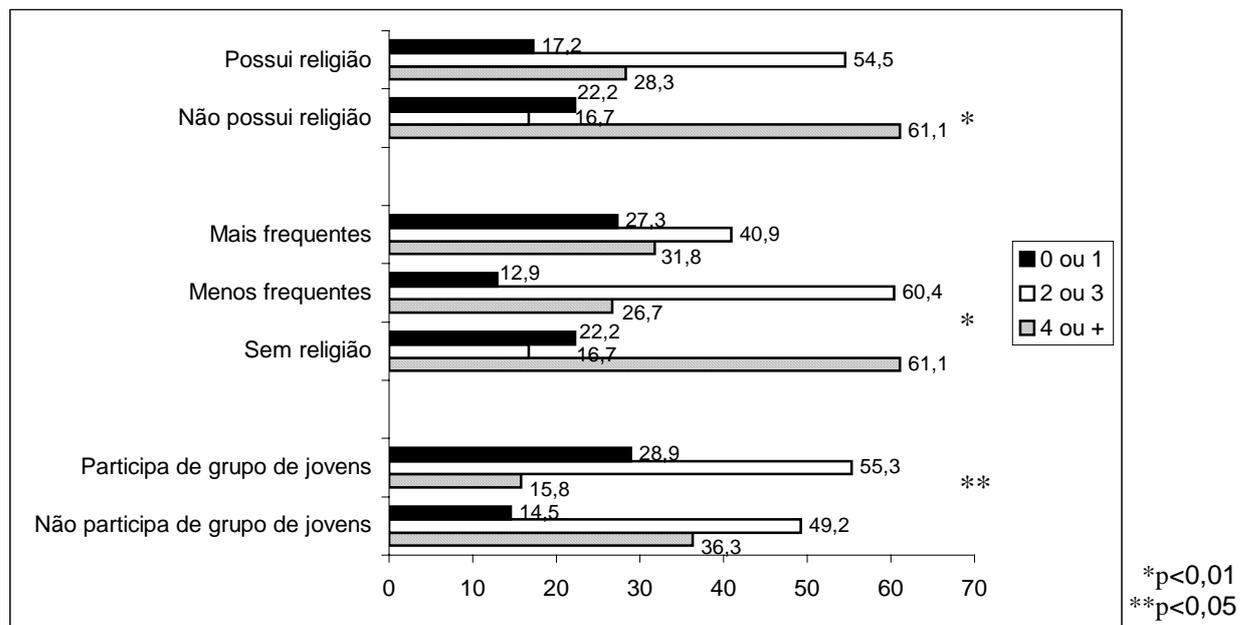
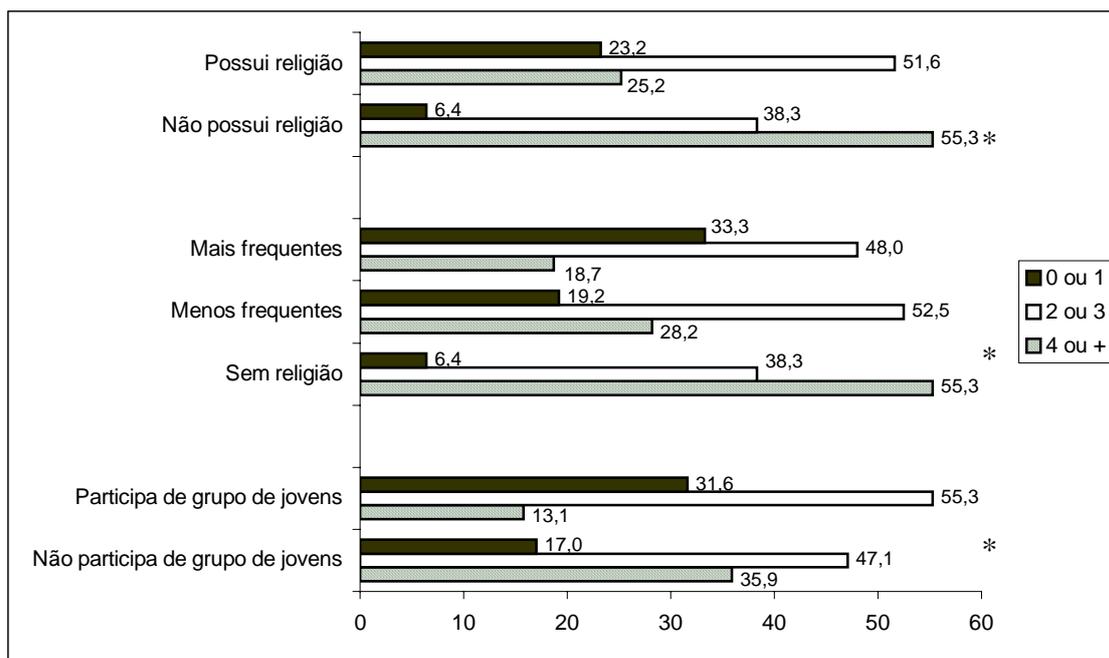


Figura 4: Proporção de adolescentes de nível econômico inferior com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.

Para os adolescentes com NES (figura 5), observou-se que aqueles que apresentavam maiores indicadores de religiosidade estavam menos expostos à “alto risco” e tinham maior prevalência de “baixo risco” que seus pares menos religiosos, sendo que todas as diferenças observadas nas proporções, das categorias de risco em relação aos indicadores de religiosidade, foram significativas para  $p < 0,01$ .

Através da análise de simultaneidade dos comportamentos de risco, é possível evidenciar que, de maneira geral, para o grupo investigado, a proporção de sujeitos considerados com alto risco (que apresentavam quatro ou mais indicadores negativos), foi superior entre aqueles com menores indicadores de religiosidade. Por outro lado, a prevalência de baixo risco (nenhum ou apenas um comportamento negativo) foi superior entre aqueles adolescentes com maiores indicadores de religiosidade.



\*p<0,01

Figura 5: Proporção de adolescentes de nível econômico superior com risco: baixo (0 ou 1 comportamento negativo), moderado (2 ou 3 comportamentos negativos) e alto (4 ou + comportamentos negativos), segundo variáveis da religiosidade.

Parece que esta relação é mais forte entre as moças do que entre os rapazes, e também para os adolescentes com NES do que em relação aos adolescentes com NEI, considerando evidentemente os critérios adotados no presente estudo.

Vários são os aspectos que podem ajudar a explicar melhor esta relação entre a religiosidade e melhores padrões comportamentais relacionados à saúde. Possivelmente, esta relação é mediada por vários fatores. Entre os principais mediadores, certamente estão o maior nível de apoio social, e as recomendações relacionadas ao estilo de vida que certas religiões fazem aos seus membros – na maioria das vezes, mas não sempre, positivas para a saúde.

Entretanto, é necessário considerar as limitações metodológicas do presente estudo. Em função do corte transversal, só é possível constatar associação entre as variáveis, e não causalidade. Assim, não é possível concluir que uma variável (no caso, os indicadores de religiosidade) causa a outra (comportamentos mais positivos relacionados à saúde), mas apenas que as variáveis estão associadas.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Considerando os objetivos e mediante os resultados encontrados no presente estudo, é possível concluir que:

- a) As moças apresentaram maiores indicadores de religiosidade do que os rapazes;
- b) Não foi observada associação significativa entre os indicadores de religiosidade e o nível econômico dos adolescentes.
- c) Alguns comportamentos negativos relacionados à saúde apresentaram uma alta prevalência, tanto nos rapazes, quanto nas moças. Considerando os oito comportamentos investigados, de maneira geral, os mais prevalentes foram, nesta ordem: consumo inadequado de frutas e verduras, insatisfação nos relacionamentos, consumo abusivo de álcool, inatividade física no lazer, nível insuficiente de atividade física, uso de outras drogas, percepção negativa de estresse e fumo.
- d) Quando a amostra foi dividida segundo gênero, observaram-se algumas diferenças nas prevalências dos comportamentos negativos. As moças se mostraram menos ativas do que os rapazes, tanto com relação ao nível de atividade física geral, quanto à prática de atividade física no lazer, além de apresentarem maior prevalência de percepção negativa de estresse. Por outro lado, entre os rapazes foi constatado maior proporção de sujeitos que referiu consumo abusivo de álcool. Nas demais variáveis não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros.
- e) A afiliação religiosa (fato de possuir religião, independentemente de qual), mostrou-se associada a menores prevalências de: Consumo abusivo de álcool (CAA), fumo, consumo de outras drogas (COD) e insatisfação nos relacionamentos (de maneira geral, considerando toda a amostra); Percepção negativa de estresse – PNE - (entre os rapazes); CAA, fumo, COD e insatisfação nos relacionamentos (entre as moças); COD (entre os

adolescentes com nível econômico inferior); CAA e fumo (entre os adolescentes com nível econômico superior);

- f) A maior frequência de participação em eventos religiosos mostrou-se associada à menores prevalências de: CAA, fumo e COD (de maneira geral); inatividade física no lazer e PNE (entre os rapazes); CAA, fumo e COD (entre as moças); CAA e COD (entre os com nível econômico inferior); e inatividade física, CAA e COD (entre os com nível econômico superior).
- g) A participação em grupo de jovens organizado pela religião, mostrou-se associada à menores prevalências de: CAA, fumo, COD, inatividade física no lazer e PNE (de maneira geral); consumo inadequado de frutas e verduras (entre os rapazes); CAA, fumo, COD e inativos no lazer e PNE (entre as moças); CAA, COD e PNE (entre os com nível econômico inferior); e CAA, COD e inativos no lazer (entre os com nível econômico superior).
- h) A análise de simultaneidade mostrou que, para o grupo investigado, a proporção de adolescentes classificados como tendo “baixo risco” (que apresentavam nenhum ou apenas um indicador negativo, entre os oito investigados) foi maior entre aqueles com maiores indicadores de religiosidade, enquanto que a prevalência de sujeitos com “alto risco” (quatro ou mais indicadores negativos), foi maior entre aqueles adolescentes com menores indicadores de religiosidade. Estas tendências se mantinham na maioria dos casos, mesmo quando a análise era realizada estratificando-se a amostra segundo gênero ou nível econômico.

Considerando estas conclusões, parece que de fato a religiosidade está associada à menores prevalências de comportamentos considerados negativos. No presente estudo, esta relação ficou muito mais evidente nas moças, e para aqueles comportamentos relacionados ao uso de drogas, sejam lícitas ou ilícitas.

Para os rapazes, a quantidade de associações constatadas foi bastante inferior, o que ajuda a reforçar a idéia de que existem diferenças culturais na determinação dos comportamentos segundo gênero. Estas diferenças implicam inclusive, em se pensar estratégias de saúde diferenciadas para rapazes e moças.

Possivelmente os comportamentos mais positivos relacionados à saúde entre aquelas pessoas com maior participação religiosa devem-se provavelmente, pelo menos em boa parte, ao maior nível de apoio social que estas pessoas recebem. Este maior

apoio social acaba por agir como um importante elemento facilitador de escolhas consideradas mais saudáveis do ponto de vista da saúde. Esta idéia pode de certa maneira ser reforçada se for considerado que, das variáveis da religiosidade que foram investigadas neste estudo, a participação em grupo de jovens foi a que se mostrou com maior associação com os comportamentos relacionados à saúde. Parece ser bastante razoável supor que aqueles adolescentes que participam destes grupos estão de fato expostos à uma maior rede de apoio social.

Entretanto, é preciso deixar claro que a participação religiosa não é a única maneira que os indivíduos tem de receber apoio social, e outras possibilidades devem ser consideradas, tendo inclusive o Estado um papel fundamental.

Também não é sempre, como foi já comentado neste trabalho, que as religiões agem positivamente na recomendação de certos hábitos para seus seguidores. Em alguns casos, estas recomendações são antes prejudiciais do que benéficas à saúde. Isto faz com que seja necessária uma grande cautela na interpretação desta relação entre a religião e a saúde.

Assim, os profissionais preocupados com a questão do estilo de vida das pessoas, precisam reconhecer a importância que a religião tem para muitas pessoas. Assim, é preciso entender a religião como parte importante do contexto sócio-cultural, sendo então um fator mediador para a adoção de certos hábitos por parte dos indivíduos. Não se trata, portanto, de se “prescrever” religião, mas sim de interpretá-la como um possível determinante dos comportamentos.

Para as futuras investigações que visem aprofundar o conhecimento acerca da relação entre a religiosidade e a saúde e/ou que abordem a questão da importância do apoio social como influenciador dos comportamentos, recomenda-se:

- a) Estudos longitudinais que permitam investigar se existe relação causal entre a religiosidade e os comportamentos mais positivos relacionados à saúde;
- b) Estudos que incluam escolares de outras regiões e realidades;
- c) Estudos que tenham como unidade amostral os grupos religiosos e não a escola;
- d) Estudos que incluam pessoas de outras faixas etárias;
- e) Estudos que investiguem a participação dos adolescentes em outros tipos de grupos de jovens, não limitando a análise aos grupos de jovens organizados pelas religiões;

- f) Investigações a respeito do funcionamento dos grupos de jovens, buscando aprofundamento do conhecimento de como a participação nestes grupos atua sobre a modelagem do estilo de vida dos adolescentes;
- g) Investigações que incluam medidas mais diretas de apoio social;
- h) Proposição e implementação de programas que estimulem e possibilitem o aumento na proporção de certos comportamentos – incluindo o consumo de frutas e verduras e a prática de atividade física – e a diminuição de outros – como o consumo abusivo de álcool – no Instituto Estadual de Educação de Santa Catarina. Estes programas devem considerar a complexidade do comportamento humano, e precisam atuar não somente sobre os indivíduos isoladamente, mas também sobre o ambiente na qual estes sujeitos vivem e sobre os determinantes destes comportamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, K.F., Levine, D. & Burstin, H.R. (2003). African American Church Participation and Health care practices. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 906-813.
- Abbotts, J.E., Williams, R.A., Sweeting, H.N. & West, P.B. (2004). Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. *Social Science & Medicine*, 58, 645-656.
- Afifi Soweid, R.A. Khawaja, M. & Salem, M.T. (2004). Religious identity an smoking behavior among adolescents: evidence from entering students at the American University of Beirut. *Health Commun*, 16, (1), 47-62.
- Almeida Filho, N. & Rouquayrol, M.Z. (1999). Análise de Dados Epidemiológicos In: Rouquayrol, M.Z. (Org.). *Epidemiologia e Saúde* (pp. 171-181). Rio de Janeiro: Editora Medsi.
- Alves, R.. (1992). *O que é religião*. São Paulo: Brasiliense.
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., Koenig, H.G. & Marcoux, E. (2004). The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12) 818-822.
- Barros, A.J.D. & Hirakata, V.N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparasion of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3:21.
- Barros, M.D.A., Ximenes, R. & Lima, M.L. (2001). Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1989. *Revista de Saúde Pública*, 35, (2), 142-149.
- Baus, J., Kupek, E. & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36 (1), 40-46.
- Betts, P.R., Jefferson, I.G. & Swift, P.G.F. (2002). Diabetes care in childhood and adolescence. *Diabetic Medicine*, 19 (Suppl. 4), 61-65.
- Bohn, S.R. (2004). Evangélicos no Brasil: Perfil socioeconômico, afinidades ideológicas e determinantes do comportamento eleitoral. *Opinião Pública*, 10, (2), 288-338.

- Boing, A.F. & Peres, M.A., Kovaleski, D.F., Zange, S.E. & Antunes, J.L.F. (2005). Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Caderno de Saúde Pública*, 21, (3), 673-678.
- Caputo, R.K. (2004). Parent religiosity, family processes, and adolescent outcomes. *Families in Society*, 85 (4), 495-510.
- Carlini-Cotrim, B., Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, (6), 636-645.
- Carter, T.M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 409-413.
- Chor, D. (1999). Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea.. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, (2), 423-425.
- Costa, R.C.T. (2001). *A religião na sociedade contemporânea: a experiência religiosa da comunidade Chico Mendes e Fraternidade Esperança*. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Dalgalarrodo, P., Soldera, M.A., Corrêa Filho, H. R. & Silva, C.A. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, (2), 82-90.
- Dietz, W.H. (1996). The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 55, 829-840.
- Farias Jr., J.C. (2002). *Estilo de vida relacionado à saúde de adolescentes do ensino médio do município de Florianópolis - SC*. Mestrado em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Fleck, M.P.A., Borges, Z.N., Bolognesi, G & Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37, (4), 446-445.
- Fonnebo, V. & Helseth, A. (1991). Câncer incidence in Norwegian Seventh-Day Adventists 1961 to 1986. Is the cancer-life-style association overestimated. *Cancer*, 68, (3), 667-671.

- Fonnebo, V. (1992). Mortality in Norwegian Seventh-day adventists: 1962-1986. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, (2), 157-167.
- Fraser, G.E. (1999). Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic White Califórnia Seventh-day Adventists. *American Journal of Clinic Nutrition*, 70, (3S), 532s-538s.
- Gaarder, J. Hellern, V. & Notaker, H. (2000). *O livro das religiões*. São Paulo: Cia das Letras.
- Gianetti, E. (2005). *O valor do amanhã*. São Paulo: Cia das Letras.
- Goldstein, L.L. (1993). Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Neri, A.A. (org). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus.
- Goldstein, L.L. & Neri, A.L. (1993). Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: Neri, A.A. (org). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus.
- Graham, T.W. , Kaplan, B.H., Cornoni-Huntley, J.C., James, S.A., Becker, C., Hames, C. G. E. & Heyden, S. (1978). Frequency of church attendance and blood pressure elevation. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 37-43.
- Griep, R.H. , Chor, D., Faerstein, E. & Lopes, C. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 19, (2), 625-634.
- Guedes, D.P. & Guedes, J.E.R. (1997). Características dos programas de educação física escolar. *Revista Paulista de Educação Física*, 11 (1), 49-62.
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S. (2003). Religiosity and Mental Health: a meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42 (1), 43-55.
- Hallal, P.C. (2005). Epidemiologia da atividade física na adolescência. *5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*, Florianópolis, SC.
- Hart, M.C. (2001). *As 100 maiores personalidades da história*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil Ltda.

- Heiman, A., Just, D., McWilliams, B. & Zilberman, D. (2004). Religion, Religiosity, Lifestyles and food consumption. *Agricultural Issues Center University of California*, 9-11.
- Hixson, K.A. , Gruchow, Hw. & Morgan, D.W. (1998). The relation between religiosity, selected health behaviors and blood pressure among adult females. *Preventive Medicine*, 27, 545-552.
- Horta, B.L., Calheiros, P., Pinheiro, R.T., Tomasi, E. & Amaral, K.C. (2001). Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 35, (2), 159-164.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2000*. (2000). Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 03 de novembro de 2005.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *A mortalidade no Brasil no período 1980-2004: desafios e oportunidades para os próximos anos*. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 06 de dezembro de 2005.
- Inca- Instituto do Câncer. (2004). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*.
- Johansson, S.E. & Sundquist, J. (1999). Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28, 1073-1080.
- Kahan, D. (2002). Religiosity as a Determinant of Physical Activity: the case of Judaism. *Quest*, 54, 97-115.
- Kartzmarkzyk, P. & Malina, R., Song, T. & Bouchard, C. (1994). Television viewing, physical activity, and health-related fitness of youth in the Quebec Family Study. *Journal of adolescent Health*, 23, 318-325.
- Kawachi, I, Kim, D., Coutts, A. & Subramanian, S.V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33, 682-690.
- Kendler, K.S., Liu, X., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D. & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, 496-453.

- Kinney, A.Y., Bloor, L.E., Dudley, W.N., Millikan, R.C., Marshall, E., Martin, C. & Sandler, R.S. (2003). Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among blacks and whites. *American Journal of Epidemiology*, 158 (11), 1097-1107.
- Klasson-Heggebo, L. & Anderssen, S.A. (2003). Gender and age differences in relation to the recommendations of physical activity among Norwegian children and youth. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 13, 293-298.
- Kneller, G.F. (1980). *A ciência como atividade humana*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Lian, J. & Sugisawa, H. (1999). Religion, social support and health among the Japanese elderly. *Journal of Health and Social Behavioral*, 40, 405-421.
- Kyngas, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 549-556.
- Lacerda, Y. (2001). *Saúde e espiritualidade nas atividades corporais*. Rio de Janeiro: Editora Gama Filho.
- Lee, C.D. & Blair, S.N. (2002). Cardiorespiratory fitness and stroke mortality in men. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34, (4), 592-595.
- Lee, I.M. & Paffenbarger, R.S. (2000). Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity: the Harvard Alumni Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 151, (3), 293-299.
- Lemos, C.T. (2002). Religião e saúde: a busca de uma vida com sentido. *Fragmentos de Cultura*, 12 (3) 479-510.
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, J., Robins, C. & Sherwood, A. (2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Levin, J.S. & Vanderpool, H.Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*, 24, (7), 589-600.

- Levin, J.S., Chatters, L.M. & Taylor, R.J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50b, (S), 154-163.
- Levin, J. (2001). *Deus, fé e Saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Lewis, C.A. (2002). Church attendance and happiness among Northern Irish undergraduate students: no association. *Pastoral Psychology*, 50 (3), 191-195.
- Lolio, C.A., Santo, A.H. & Buchalla, C.M. (1990). Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985: magnitude e tendências *Revista de Saúde Pública*, 24, (6), 481-489.
- Luiz, R.R. & Magnanini, M.M.F. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 8, (2), 9-28.
- McCullough, M.E. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, (3), 211-222.
- Mendonza, A.Z. (2004). *O uso de álcool na adolescência, uma expressão de masculinidade*. Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo.
- Merril, R.M. & Thygeson, A.L.. (2001). Religious preference, church activity and Physical Exercise. *Preventive Medicine*, 33, 38-45.
- Miller, C.K. & Davis, M.S. (2005). The influential role of social support in diabetes management. *Topics in clinical nutrition*, 20, (2), 157-165.
- Miller, L. & Gur, M. (2002). Religiousness and Sexual responsibility in adolescent girls. *Jornal of Adolescent Health* , 31, 401-406.
- Mills, P.K., Beeson, W.L., Phillips, R.L. & Fraser, G.E. (1994). Cancer incidence among Califórnia Seventh-day Adventists, 1976-1982. *American Journal of Clinic Nutrition*, 59, (5S), 1136-1142.
- Monteiro, C.A., Iunes, R.F. & Torres, A.M. (1996). A evolução do país e de suas doenças: síntes, hipóteses e aplicações. In: Monteiro, C.A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças* (pp. 349-356). São Paulo: Editora Hucitec.

- Muza, G.M., Bettioli, H., Muchillo, G & Barbaieri, M.A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I- Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31, (1), 21-29.
- Muza, G.M. & Costa, M.P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, (1), 321-327.
- Nahas, M.V., Barros, M.V & Francalacci, V.L. (2000). O pentágono do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5, (2), 48-59.
- Nahas, M.V., De Bem, M.F.L., Barros, M.V.G., Oliveira, E.S. & Loch, M.R. (2002). *Atividade Física em adolescentes catarinenses: estudo da prevalência de comportamentos sedentários e fatores determinantes da atividade física habitual*. Relatório Técnico CNPq.
- Nahas, M.V. (2003). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida*. Londrina: Midiograf.
- Ness, P.H.V. (2003). Epidemiology and the study of religion. *Religion*, 33, 147-159.
- Nonnemaker, J.M, McNeely, C.A. & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57, 2049-2054.
- O'Connor, D.B., Cobb, J. & O'Connor, R.C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
- Oliveira, E.S.A., Nahas, M.V., Barros, M.V.G., De Bem, M.F.L. & Silva, D.K. (2002). Níveis de atividade física de crianças e adolescentes: um estudo de revisão. XXI *Simpósio Nacional de Educação Física*, Pelotas, RS.
- Oro, A.P. (2001). Políticos e Religião no Rio Grande do Sul - Brasil. *Horizontes antropológicos*, 7, (15), 161-179.
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I.M., Jung, D.L. & Kampert, J.B. (1993). The association of changes in Physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *The New England Journal of Medicine*, 328, (8), 538-545.

- Pereira, M.G. (1995). *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pires, E.A.G., Duarte, M.F.S., Pires, M.C. & Souza, G.S. (2004). Hábitos de atividade física e o estresse em adolescentes de Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 23, (1), 51-56.
- Pires, M.C. (2002). *Crescimento, composição corporal e Estilo de vida de escolares no município de Florianópolis*. Mestrado em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Reed, K. (1991). Strength of religious affiliation and Life Satisfaction. *Sociological Analysis*, 52, 205-210.
- Regnerus, M.D. & Elder, G.H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research*, 32, (4), 633-658.
- Rimm, EB & Stampfer, MJ. (2004). Diet, Lifestyle, and Longevity – The Next Steps? *Lancet*, 22/29, (12), 1490-1492.
- Sallis, J.F. & Owen, N. (1999). *Physical activity & Behavioral Medicine*. London: Sage.
- Sanchez, Z.V., Oliveira, L.G. & Nappo, S.A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, (1), 43-55.
- Schiller, P.L. & Levin, J.S.. (1988). Is there a religious factor in health care utilization: a review. *Social Science and Medicine*, 27, (12), 1369-1379.
- Schnohr, P., Scharling, H. & Jensen, J.S. (2003). Changes in Leisure-time Physical Activity and risk of death: an observational study of 7.000 men and women. *American Journal of Epidemiology*, 158, (7), 639-644.
- Seybold, K.S. & Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, (1), 21-24.
- Singh, P.H., Tonstad, S., Abbey, D.E. & Fraser, G.E. (1996). Validity of selected physical activity questions in white seventh-day Adventists and non-Adventists. *Medicine Science in Sports and Medicine*, 28, (8), 1026-1037.

- Sousa, P.L.R., Tilmann, I.A., Horta, C.L. & Oliveira, F.M. (2001). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria na Prática Médica*, 34, (4).
- Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J.R., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S. & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146, 732-737.
- Sartorelli, DS & Franco, LJ. (2003). Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Caderno de Saúde Pública*, 19, (suplemento 1), S29-S36.
- Schimidt, S., Petersen, C. & Bullinger, M. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents – a conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health & Development*, 29 (1), 63-75.
- Silverstein, J., Klingensmith, G.A., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L.A. & Clark, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 28(1), 186-212.
- Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, M.S. & Kaplan, G.A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, (6), 957-961.
- Tanasescu, M., Leitzmann, M.F., Rimm, E.B., Willett, W.C., Stampfer, M.J. & Hu, F.B. (2002). Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *Jama*, 288, (16), 1994-2000.
- Tavares, B.F., Béria, J.H. & Lima, M.S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38, (6), 787-796.
- Tommasi, M.C. (1998). Desenvolvimento emocional e cognitivo do adolescente. In: Assumpção Jr., F.B. (Orgs.). *Adolescência normal e patologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- Topel, M.F. (2003). As leis dietéticas judaicas: um prato cheio para a antropologia. *Horizontes Antropológicos*, 9, (19), 202-222.

- Torres, L.A.P., Lluch, C., Moral, R.R., Espejo, J.E., Tapia, G. & Luque, P.M. (1998). Prevalência de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Revista Espanhola Salud Pública*, 13, (3), 233-244.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and Health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, G.A.: DHSS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Control and Prvention.
- Van Mechelen, W., Twisk, J.W., Post, G.B., Snel, J. & Kemper, H.C. (2000). Physical Activity of Young people: the Amsterdam Longitudinal Growth and Health Study. *Medicine Science Sports Medicine*, 32, (9), 1610-1616.
- Vermelho, L.L & Jorge, M.H.P.M. (1996). Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Revista de Saúde Pública*, 30, (4), 319-331.
- Volcan, S.M.A., Souza, P.L., Mari, J.J. & Horta, B.L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37, (4), 440-445.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. & Walker, M. (1998). Changes in physical activity, mortality and incidence of coronary. *The Lancet*, 351, 1603-1608.
- Weber, M. (1992). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 7ª edição. São Paulo: Pioneira.
- Whooley, M.A., Boyd, A.L., Gardin, J.M & Willians, D.R. (2002). Religious involvement and cigarette smoking in Young adults: the cárdia stydy. *Arch. Intern. Med.*, 162, 1604-1610.
- Wills, T.A., Yaeger, A.M. & Sandy, J.M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of addictive behaviors*, 17, (1), 24-31.
- World Health Organization (2003). *Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents*. Disponível em [www.who.int/](http://www.who.int/). Acessado em 05 de dezembro de 2005.
- World Health Organization (2005). *Facing the facts: the impact of chronic disease in Brazil*. Disponível em: [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/). Acessado em 08 de novembro de 2005.

Zollinger, T.W., Philips, R.L. & Kuzma, J.W. (1984). Breast cancer survival rates among seventh-day Adventists and non-seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 119, 503-509.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:**  
**Termo de consentimento**  
**livre e esclarecido**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Informações Gerais

Com o objetivo de entender melhor os comportamentos dos adolescentes e jovens, e conseqüentemente possibilitar a implementação de estratégias que auxiliem na adoção de hábitos saudáveis, estaremos realizando nos próximos dias na sua escola o estudo “Comportamentos relacionados à saúde e a religiosidade de adolescentes de Florianópolis, SC”.

Este estudo faz parte do trabalho final para conclusão do mestrado do Prof. Mathias Roberto Loch, que é orientado pelo Prof. Markus V. Nahas do Programa de Mestrando em Educação Física da UFSC.

A sua participação neste estudo não é obrigatória, mas é bastante importante, pois este trabalho permitirá o levantamento de dados que irão auxiliar muitas pessoas. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, você pode fazer as perguntas que precisar.

**Para participar, você só precisa responder a um questionário que será aplicado no horário da aula, junto com os seus colegas. Você não precisa se identificar e os dados só serão utilizados para fins de pesquisa.**

---

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Comportamentos relacionados à saúde e religiosidade de adolescentes de Florianópolis, SC”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**→ Se você tem idade inferior a 18 anos completos, você precisa da autorização de seu pai, mãe ou responsável para poder participar do estudo. Peça que ele(a) preenche os campos abaixo e assine no local indicado.**

Nome \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
Relação com o estudante ( ) Pai ( ) Mãe Outro, qual \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2005

**IMPORTANTE:**  
Qualquer dúvida pode ser esclarecida com Prof. Mathias  
(331-8519 ou 9968-8347)

**ANEXO 2:  
Questionário**



## 2- INFORMAÇÕES SOBRE A AFILIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO RELIGIOSA

12. Você tem alguma religião?

<sup>1</sup>[ ] Sim                      <sup>2</sup>[ ] Não → vá para a questão 17

13. Qual é a sua religião?

<sup>1</sup>[ ] Católica

<sup>2</sup>[ ] Luterana

<sup>3</sup>[ ] Assembléia de Deus

<sup>4</sup>[ ] Evangelho Quadrangular

<sup>5</sup>[ ] Espírita

<sup>6</sup>[ ] Universal do Reino de Deus

<sup>7</sup>[ ] Outra, qual \_\_\_\_\_

14. Com que freqüência você participa de eventos religiosos, como missas, cultos e rezas coletivas?

<sup>1</sup>[ ] 1 vez por semana ou mais

<sup>2</sup>[ ] De 1 a 3 vez(es) por mês

<sup>3</sup>[ ] Menos de 1 vez por mês

<sup>4</sup>[ ] Nunca

15. Em geral, você considera a religião:

<sup>1</sup>[ ] Muito importante para a sua vida

<sup>2</sup>[ ] Importante para a sua vida

<sup>3</sup>[ ] Um pouco importante para a sua vida

<sup>4</sup>[ ] Sem nenhuma importância para a sua vida

16. Você participa de algum tipo de grupo de jovens organizado pela sua Religião?

<sup>1</sup>[ ] Sim

<sup>2</sup>[ ] Não

17. Com que freqüência você reza em casa (sozinho ou com familiares)?

<sup>1</sup>[ ] Mais de 1 vez por dia

<sup>2</sup>[ ] 1 vez por dia

<sup>3</sup>[ ] Menos de 1 vez por dia

<sup>4</sup>[ ] Nunca rezo

## 3- HÁBITOS ALIMENTARES E CONTROLE DO PESO CORPORAL

18. Marque as **refeições e lanches** que geralmente você faz num dia de semana normal?

<sup>1</sup>[ ] Café da manhã

<sup>2</sup>[ ] Lanche da manhã

<sup>3</sup>[ ] Almoço

<sup>4</sup>[ ] Lanche da tarde

<sup>5</sup>[ ] Janta

<sup>6</sup>[ ] Ceia ou lanche noturno

19. Em quantos dias de uma semana normal você toma um **bom café da manhã** (incluindo pão, café com leite, suco / frutas, iogurte ou cereais, etc.)?

[ ] 0   [ ] 1 dia   [ ] 2 dias   [ ] 3 dias   [ ] 4 dias   [ ] 5 dias   [ ] 6 dias   [ ] 7 dias

20. Em quantos dias de uma semana normal você come **frutas** ou toma **sucos naturais**?

[ ] 0   [ ] 1 dia   [ ] 2 dias   [ ] 3 dias   [ ] 4 dias   [ ] 5 dias   [ ] 6 dias   [ ] 7 dias

21. Em quantos dias de uma semana normal você come **verduras ou saladas verdes**?

[ ] 0   [ ] 1 dia   [ ] 2 dias   [ ] 3 dias   [ ] 4 dias   [ ] 5 dias   [ ] 6 dias   [ ] 7 dias

22. Em quantos dias de uma semana normal você come “**salgadinhos**” (coxinhas, pastéis, empadas, etc).  
 0  1 dia  2 dias  3 dias  4 dias  5 dias  6 dias  7 dias
23. Em quantos dias de uma semana normal você come “**doces**” (bolos, tortas, sonhos, etc.)?  
 0  1 dia  2 dias  3 dias  4 dias  5 dias  6 dias  7 dias
24. Em quantos dias de uma semana normal você bebe **refrigerantes**?  
 0  1 dia  2 dias  3 dias  4 dias  5 dias  6 dias  7 dias
25. Qual é o seu peso (kg): \_\_\_\_\_
26. Qual é a sua altura: 1, \_\_\_ \_\_ m.
27. Você está satisfeito com seu peso corporal?  
<sup>1</sup> sim <sup>2</sup> não, gostaria de aumentar <sup>3</sup> não, gostaria de diminuir

#### **4- PREFERÊNCIA NO LAZER E CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE FÍSICA**

28. Em geral, quantas horas você assiste televisão?  
 a) **Em um dia normal de semana:** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  
 b) **Em um dia normal de final de semana:** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
29. Em geral, quantas horas você usa o computador (não inclua o trabalho) e/ou vídeo-game?  
 a) **Em um dia normal de semana:** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  
 b) **Em um dia normal de final de semana:** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
30. Cite, **por ordem de preferência**, duas **atividades de lazer que você realiza** (por exemplo: assistir televisão, ouvir música, jogar futebol, volei, etc.):  
<sup>1</sup>\_\_\_\_\_ <sup>2</sup>\_\_\_\_\_

#### **Atividades Físicas**

31. Em quantos dias de uma semana normal você caminha ou usa bicicleta no trajeto até a escola e/ou da escola para casa (ou outro local de destino)?  
 0  1 dia  2 dias  3 dias  4 dias  5 dias
32. Em geral, quanto tempo você gasta neste deslocamento (considere ida e volta, se for o caso)?  
 \_\_\_\_\_ minutos
33. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física **no seu tempo livre** (como exercícios, esportes, dança ou artes marciais)?  
<sup>1</sup> Sim <sup>2</sup> Não

34. Preencha o quadro abaixo, informando a frequência e a duração das atividades físicas **que você pratica no seu tempo livre**.

→ **Não inclua as aulas de educação física na escola, nem o deslocamento até a escola.**

ATIVIDADE	Não	Sim	Quantas vezes por semana?	Quanto tempo em cada vez?
Alongamentos/Yoga	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Basquetebol	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Caminhada (como exercício)	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Capoeira	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Ciclismo	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Corrida	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Dança	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Futebol	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Musculação	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Natação	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Surfe	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Tênis de campo	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Tênis de mesa	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Voleibol	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
Outras atividades:				
_____	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min
_____	<sup>1</sup> [ ]	<sup>2</sup> [ ]	_____	____ h ____ min

35. Quantas aulas de Educação Física você **participa** por semana na escola?

<sup>1</sup>[ ] uma   <sup>2</sup>[ ] duas   <sup>3</sup>[ ] três   <sup>4</sup>[ ] nenhuma, sou dispensado

36. Qual a duração de **cada aula** de Educação Física? \_\_\_\_\_ minutos

37. Você exerce atualmente algum tipo de trabalho remunerado?

<sup>1</sup>[ ] Sim, 20 h/sem ou +   <sup>2</sup>[ ] Sim, menos de 20 h/sem   <sup>3</sup>[ ] Não → pule para a questão 39

38. Minhas atividades **no trabalho** podem ser descritas como:

<sup>1</sup>[ ] Passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distâncias curtas

<sup>2</sup>[ ] Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais

<sup>3</sup>[ ] Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)

## 5- COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS

**Atenção** → Comportamento Preventivo pode ser definido como uma conduta pessoal que reduz os riscos para a saúde. O uso da *camisinha*, por exemplo, é um comportamento preventivo que reduz o risco de infecção pelo vírus HIV e por outras doenças sexualmente transmissíveis. As questões seguintes procuram avaliar esses tipos de comportamentos. **Lembre-se que suas respostas são anônimas e individuais.**

### Fumo

39. Com relação ao fumo, marque a resposta apropriada para o seu caso:

- <sup>1</sup>[ ] nunca fumei  
<sup>2</sup>[ ] já fumei, mas não fumo atualmente  
<sup>3</sup>[ ] fumo somente em festas  
<sup>4</sup>[ ] fumo menos de 10 cigarros/dia  
<sup>5</sup>[ ] fumo mais de 10 cigarros/dia

### Bebidas Alcoólicas

**Atenção** → **bebidas alcoólicas** incluem: cerveja, vinho, cachaça, rum, gim, vodca, uísque ou qualquer outra bebida destilada ou fermentada contendo álcool. *Uma dose de bebida alcoólica corresponde a meia cerveja (uma latinha), uma taça de vinho ou uma dose padrão de bebidas destiladas.*

40. Independente da quantidade, você toma bebidas alcoólicas?

- <sup>1</sup>[ ] sim      <sup>2</sup>[ ] não → **vá para a questão 43**

41. Quantas doses de bebidas alcoólicas você toma em uma SEMANA NORMAL?

\_\_\_\_\_ doses

42. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou **5 (cinco)** ou mais doses **em uma mesma ocasião?** \_\_\_\_\_ vezes

### Outros comportamentos de risco

43. Nos últimos 12 meses, você se envolveu em alguma briga?

- <sup>1</sup>[ ] não      <sup>2</sup>[ ] 1 a 3 vezes      <sup>3</sup>[ ] 4 ou mais vezes

44. Nos últimos 12 meses, você andou com alguma arma de defesa pessoal?

- <sup>1</sup>[ ] nunca andei      <sup>2</sup>[ ] durante a semana      <sup>3</sup>[ ] só no final de semana      <sup>4</sup>[ ] sempre

45. Você já teve relações sexuais? <sup>1</sup>[ ] sim      <sup>2</sup>[ ] não      <sup>3</sup>[ ] não quero responder

*Se responder não ou não quero responder* → **vá para a questão 47**

46. Quanto ao uso de preservativo nas suas relações sexuais, você:

- <sup>1</sup>[ ] sempre usou      <sup>2</sup>[ ] às vezes usou      <sup>3</sup>[ ] nunca usou



**ANEXO 3:**  
**Parecer do Comitê de Ética em**  
**Pesquisa com seres humanos da UFSC**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 053/05

**I – Identificação:**

- Título do Projeto: Comportamento relacionados à saúde e religiosidade de adolescentes de Florianópolis, SC
- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas
  - Pesquisador Principal: Mathias Roberto Loch
  - Data Coleta dados: abril/2005 a dezembro/2005
  - Local onde a pesquisa será conduzida: Colégio de Aplicação da UFSC- Florianópolis/SC

**II - Objetivos:**

Geral:

Investigar a associação entre comportamentos relacionados à saúde com a religiosidade e a afiliação religiosa de adolescentes de Florianópolis/ SC

**III - Sumário do Projeto**

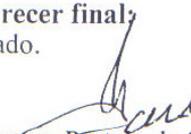
A fim de atingir os objetivos acima expostos, será utilizado um questionário, a ser respondido por adolescentes de ambos os sexos, de 15 a 19 anos, estudantes do Colégio de Aplicação da UFSC. A amostra será escolhida por conveniência e incluirá todos os estudantes do ensino médio do Colégio de Aplicação da UFSC, cerca de 300 sujeitos.

**IV - Comentário**

O projeto apresenta todos os documentos necessários para sua instrução, atendendo os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência.

**V – Parecer final**

Aprovado.

  
Washington Portela de Souza  
Coordenador em exercício

Data da Reunião do Conselho de Ética: 25/04/2005

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

**ANEXO 4:**  
**Declaração de ciência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre a  
alteração da instituição realizadora**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Comité de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**  
**Fone: (048) 331-9206 - Fax: (048) 331-9599**

### DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para os devidos fins e efeitos legais que na reunião de 08 de agosto de 2005, este Comité tomou ciência e aprovou a alteração da amostra bem como alteração da instituição realizadora, deixando de ser realizada no Colégio de Aplicação para ser realizada no Instituto Estadual de Educação de Santa Catarina, referente ao projeto 053/05 intitulado: "Comportamentos relacionados á saúde e religiosidade de adolescentes de Florianópolis, SC." Florianópolis, 08 de agosto de 2005.

*Vera Lúcia Bosco*

Vera Lúcia Bosco Coordenadora  
do CEP/UFSC.

**ANEXO 5**  
**Relatório da Reprodutibilidade do Instrumento**

## RELATÓRIO REPRODUTIBILIDADE DO INSTRUMENTO

### Introdução e Métodos

Visando aprimorar o questionário, determinar a reprodutibilidade das principais questões do mesmo e verificar o tempo necessário para a sua aplicação, realizou-se duas aplicações deste (teste-reteste) em uma turma de primeiro ano do ensino médio do Centro de Educação Federal Tecnológico (CEFET) de Florianópolis/SC.

Fizeram parte da amostra 24 sujeitos, com idade entre 14 e 16 anos, sendo 16 rapazes e oito moças, que participaram de maneira voluntária do estudo. O intervalo entre a primeira aplicação (T1) e a segunda (T2) foi de cinco dias. Nas duas aplicações foi solicitado que os adolescentes apresentassem críticas e sugestões a respeito do questionário ao pesquisador, o que fez com que algumas pequenas modificações fossem feitas para a versão final do instrumento.

Para a determinação da reprodutibilidade do questionário, optou-se por analisar cada variável individualmente, procurando aproximar-se o máximo possível da análise que viria a ser realizada quando da coleta definitiva. Como indicador de reprodutibilidade utilizou-se o Índice Kappa (ver tabela 1 para interpretação). O nível de significância adotado foi de  $p < 0,005$ .

Quadro1:

Interpretação dos valores da estatística Kappa

<b>Kappa (k)</b>	<b>Interpretação</b>
>0	Nenhuma concordância/concordância ruim
0,00 a 0,19	Concordância pobre
0,20 a 0,39	Concordância fraca
0,40 a 0,59	Concordância moderada
0,60 a 0,79	Concordância forte
0,80 a 1,00	Concordância quase perfeita

### Apresentação dos Resultados

O tempo de aplicação do questionário ficou em torno de 30 minutos em T1 e em 20 minutos em T2. Esta grande variação no tempo foi dada provavelmente em função de os adolescentes já conhecerem o instrumento em T2, o que fez com que o tempo necessário para explicações tenha sido menor nesta ocasião quando comparado ao T1.

As tabelas 1 e 2 apresentam respectivamente os valores do índice Kappa, considerando as informações obtidas em T1 e T2 para os indicadores de religiosidade (variáveis independentes) e dos comportamentos relacionados à saúde (variáveis dependentes).

Observando-se a tabela 1 verifica-se que todos os indicadores apresentaram valores de Kappa maior que 0,800, o que indica concordância quase perfeita, sendo que para todas as variáveis o nível de significância observado foi de  $p < 0,001$ .

A tabela 2 demonstra que nos indicadores do componente alimentação, os valores observados indicam concordância de forte a quase perfeita, sendo que todos os níveis de significância observados foram menores que  $p < 0,005$ .

Quanto aos indicadores relacionados ao Componente Atividade Física, observou-se que a prática de atividade física no lazer apresentou coeficiente de concordância moderado, enquanto que a classificação do nível de atividade física, segundo critério adotado apresentou concordância perfeita, já que todos os sujeitos que foram classificados na categoria ativos fisicamente em T1 também o foram em T2, sendo que o mesmo aconteceu com aqueles classificados como insuficientemente ativos.

Tabela 1:  
Valores do Índice Kappa e respectivo nível de significância dos indicadores de religiosidade

<b>Indicador</b>	<b>Valor de Kappa</b>	<b>Significância</b>
Afiliação religiosa	1,00	<0,001
Frequência de participação em eventos religiosos	0,883	<0,001
Importância percebida de religião na vida	0,885	<0,001
Participação em grupos de jovens organizados pela Religião	0,937	<0,001
Frequência de rezas e preces individuais	0,822	<0,001

Em relação aos indicadores de comportamento preventivo, um indicador, especificamente o consumo abusivo de álcool, apresentou nível de concordância moderada. Os demais indicadores tiveram concordância forte ou quase perfeita, sendo que todos apresentaram nível de significância inferior a  $p < 0,05$ .

Quanto ao componente relacionamentos, observou-se concordância perfeita no item referente ao relacionamento com colegas e amigos, enquanto que o item que dizia respeito ao relacionamento com os professores apresentou nível de concordância moderado.

Por fim, o componente estresse, que se limita ao indicador de nível de estresse percebido, apresentou concordância quase perfeita, sendo o valor significativo para  $p < 0,001$ .

Tabela 2:  
Valores do Índice Kappa das variáveis relacionados ao estilo de vida

<b>Componente: alimentação</b>	<b>Valor de Kappa</b>	<b>Significância</b>
Consumo de frutas ou sucos naturais <sup>1</sup>	0,746	<0,001
Consumo de verduras ou saladas verdes <sup>1</sup>	0,657	=0,001
Consumo de “salgadinhos” <sup>2</sup>	0,704	<0,001
Consumo de “doces” <sup>2</sup>	0,817	<0,001
Consumo de refrigerantes <sup>2</sup>	0,907	<0,001
<b>Componente: Atividade Física</b>		
Prática de Atividade Física no lazer <sup>3</sup>	0,589	=0,005
Classificação do nível de atividade física <sup>4</sup>	1,00	=0,001
<b>Componente: Comportamentos Preventivos</b>		
Tabagismo <sup>5</sup>	0,617	=0,003
Consumo de álcool <sup>6</sup>	0,676	<0,001
Consumo abusivo de álcool <sup>7</sup>	0,515	=0,004
Envolvimento em brigas nos últimos 12 meses <sup>8</sup>	0,803	<0,001
Porte de armas de defesa pessoal <sup>9</sup>	1,00	<0,001
Uso de preservativo nas relações sexuais <sup>10</sup>	0,891	<0,001
Uso de drogas ilícitas <sup>11</sup>	0,758	<0,001
<b>Componente: Relacionamentos</b>		
Relacionamento com amigos e colegas <sup>12</sup>	1,00	<0,001
Relacionamento com professores <sup>12</sup>	0,591	=0,003
<b>Componente Estresse</b>		
Percepção do nível de estresse <sup>13</sup>	0,882	<0,001

CrITÉRIOS de corte:

<sup>1</sup> Consumo em pelo menos cinco dias/sem x consumo inferior a cinco dias/sem

<sup>2</sup> Consumo em 3 dias ou menos x consumo em 4 dias ou mais

<sup>3</sup> Prática atividade física no lazer x não pratica

<sup>4</sup> 300 minutos de atividade física/sem x menos que 300 minutos/sem

<sup>5</sup> Não fuma atualmente x fuma atualmente

<sup>6</sup> não bebe x bebe (independente da quantidade)

<sup>7</sup> consumo de 5 ou mais doses em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias x não consumo de 5 ou mais doses em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias

<sup>8</sup> sem envolvimento em brigas nos últimos 12 meses x envolvimento em pelo menos uma briga nos últimos 12 meses

<sup>9</sup> Não portou nenhuma arma de defesa pessoal nos últimos 12 meses x Portou alguma arma de defesa pessoal nos últimos 12 meses

<sup>10</sup> sempre utilizou x utilizou às vezes ou nunca

<sup>11</sup> já consumiu x nunca consumiu

## **Conclusão**

De maneira geral o questionário se mostrou com boa reprodutibilidade, sendo sua aplicação adequada a adolescentes. Algumas questões, por sugestão dos próprios adolescentes que participaram deste estudo, passaram por pequenas alterações para a versão final do questionário, entretanto, vale ressaltar que estas modificações não alteraram de maneira significativa o questionário. Com relação ao tempo necessário para aplicação do instrumento, o planejamento da pesquisa considerou que seriam necessários entre 25 e 35 minutos para a adequada aplicação do mesmo.