

Estilo de Vida de Adventistas e Determinantes Sociais da Saúde: Um Estudo Exploratório

Miguel Sangar de Oliveira Sousa¹
Naomi Vidal Ferreira²
Victor José Machado de Oliveira³

Resumo: Os adventistas do sétimo dia (ASD) têm sido alvo de estudos relacionados à saúde principalmente pelo estilo de vida baseado nos oito remédios naturais (8RN): nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança. Quando comparados a não adventistas, apresentam bons resultados. Porém, quando comparados entre si, elementos sociodemográficos e culturais influenciam no processo saúde-doença.

Objetivo: Analisar o estilo de vida baseado no uso dos 8RN por ASD residentes no município de Manaus-AM e suas relações com os determinantes sociais da saúde (DSS).

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Fizeram parte da amostra 86 participantes que responderam a dois questionários (8RN e DSS). A estatística descritiva e inferencial foi utilizada para análise dos dados. O nível de significância assumido foi de $p < 0,05$.

Resultados: As médias relacionadas aos scores dos 8RN e seus domínios foram positivas. No entanto, verificou-se diferenças entre os seguintes grupos para vulnerabilidades: homens podem ter maior vulnerabilidade quanto à nutrição; e as redes sociais e comunitárias em torno da fé, a idade e o nível de escolaridade do indivíduo podem contribuir para o uso dos 8RN e vários domínios.

Considerações finais: As variáveis sexo, tempo de batismo, afastamento da fé (redes sociais e comunitárias), idade e escolaridade do indivíduo interferiram em algum grau no uso dos 8RN. Destaca-se a necessidade de se levar em consideração os DSS que podem influenciar na adoção de hábitos mais saudáveis, o que requer a construção de políticas públicas que reduzam as iniquidades produzidas socialmente.

Palavras-chave: Estilo de vida saudável; Determinantes sociais da saúde; Vulnerabilidade em saúde; Religião e Ciência; Organizações religiosas.

Editor Científico: **Eduardo Cavalcante Oliveira Santos**
Organização Comitê Científico
Double Blind Review pelo SEER/OJS
Recebido: 05/03/2022
Aprovado: 11/06/2022

¹ Graduando em Bacharelado em Educação Física - Promoção em Saúde e Lazer pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Amazonas, (Brasil). E-mail: miguel.sangar97@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-1752-5183>

² Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. São Paulo, (Brasil). E-mail: naomi.ferreira@unasp.edu.br Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-1557-7350>

³ Doutor em educação física pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Espírito Santo, (Brasil). Professor na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Amazonas, (Brasil). E-mail: oliveiravjm@gmail.com Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-7389-9457>



Como citar: SOUSA, M. S. de O.; FERREIRA, N. V.; OLIVEIRA, V. J. M. de. Estilo de Vida de Adventistas e Determinantes Sociais da Saúde: Um Estudo Exploratório. *Kerygma*, Engenheiro Coelho (SP), v. 17, n. 1, p. e01503, 2022. DOI: <https://10.19141/1809-2454.kerygma.v17.n1.pe01503>

Adventist Lifestyle and Health Social Determinants: An Exploratory Study

Abstract: Seventh-day Adventists (SDA) have been focused on studies related to health, mainly due to their lifestyle based on the eight laws of health (8LH): nutrition, exercise, water, sunlight, temperance, pure air, rest, and trust. When compared to non-Adventists they present good health results. However, when compared with each other, sociodemographic and cultural elements influence the health-disease process.

Objective: To analyze the lifestyle based on the 8LH by SDA living in Manaus, AM, Brazil, and its relation with health social determinants (HSD).

Methodology: We use a descriptive, quantitative, and transversal approach. Eighty-six participants answered two questionnaires (8LH and HSD). We used descriptive and inferential statistics to analyze the data. The level of significance assumed was $p < 0.05$.

Results: The means related to the 8LH scores and their areas were positive. However, we could see differences between the following groups for certain vulnerabilities: men were more vulnerable regarding nutrition; and the social and community networks around faith, age, and educational level can contribute to the use of the 8LH and several areas.

Conclusion: The variables sex, time of baptism, distance from faith (social and community networks), age, and educational level interfered to some degree with the use of the 8LH. We highlight the need to consider the HSD that might influence the adoption of healthier habits, demanding the construction of public policies that reduce socially-produced inequalities.

Keywords: Healthy lifestyle; Social determinants of health; Health vulnerability; Religion and science; Faith-based organizations.

Introdução

A Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) tem se destacado pelas práticas de saúde que adota, tendo seus membros sido foco de investigações diversas no Brasil e internacionalmente (BUTLER *et al.*, 2008; GIAQUINTO; SPIRIDIGLIOZZI, 2007). A igreja, enquanto instituição eclesial, orienta seus membros a adotarem um estilo de vida baseado em dieta vegetariana, abstinência do tabagismo e consumo de álcool, dentre



outras práticas (PORTES; SILVA, 2017; ZUKOWSKI, 2010). Essas orientações com respeito ao estilo de vida se materializam com base em oito remédios naturais (8RN): nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança (ABDALA *et al.*, 2018).

No Brasil, estudos apontam que os adventistas do sétimo dia (ASD) apresentam menor prevalência de hipertensão arterial (SILVA *et al.*, 2012), menor mortalidade por fatores externos (VELTEN *et al.*, 2017) ou por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares (OLIVEIRA *et al.*, 2016), expectativa de vida de 4,57 anos a mais que a população em geral (VELTEN, 2013), melhores hábitos e menor idade biológica quando comparados a grupos não adventistas (KANNO; SELLA; OLIVEIRA, 2014).

No entanto, Ferreira *et al.* (2011) indicam que entre os ASD os que eram semi-vegetarianos exibiram aspectos mais favoráveis ao estilo de vida do que os ASD não vegetarianos. Silva *et al.* (2017) apontam que há prevalência de hipertensão arterial entre ASD, sendo que o risco se mostrou aumentado entre os mais velhos, os que se declaram estressados e comem em intervalos menores do que duas horas. Silva *et al.* (2012) observaram que houve diferença na prevalência de hipertensão arterial entre ADS que moravam na capital e no interior, possivelmente por melhores condições socioeconômicas e hábitos de vida.

Como visto nos estudos citados anteriormente, por um lado, as orientações eclesiais da IASD contribuem para a diminuição do acometimento de doenças e aumento da expectativa de vida em ASD quando comparado com não adventistas. Mas, por outro lado, as próprias características sociodemográficas e culturais parecem influenciar ou encadear processos de adoecimento dos membros considerando seus distintos estilos de vida.

Inicia-se aqui o questionamento sobre as características apontadas anteriormente e como elas podem interferir no estilo de vida e, conseqüentemente, no processo saúde-doença das pessoas. Sobre esse assunto, a concepção dos determinantes sociais da saúde (DSS) pode nos auxiliar a compreender tais fenômenos. Resumidamente, os DSS estão relacionados às condições concretas de vida das pessoas e os processos de iniquidades/vulnerabilidades que elas enfrentam, destacadas em esferas que vão desde os fatores biológicos, passando pelos comportamentos individuais até chegar à esfera sociocultural, econômica e ambiental (CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



Processos de iniquidades podem impedir que as pessoas tenham acesso a condições básicas para desenvolver certos comportamentos relacionados ao estilo de vida (CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, o foco do estudo está no estilo de vida baseado nos 8RN e suas relações com os DSS. Esse estudo se justifica ao discutir a relação entre os DSS e a adoção de práticas saudáveis por ASD que vivem realidades socioeconômicas e culturais distintas.

Diante do exposto, apresenta-se a questão de pesquisa: fatores individuais/biológicos, condições, comportamentos adotados no estilo de vida, redes comunitárias, condições de vida, trabalho e distribuição de renda podem interferir no uso dos 8RN? Logo, a presente investigação objetivou analisar o estilo de vida baseado no uso dos 8RN por ASD residentes no município de Manaus-AM e adjacências e suas relações com os DSS. Neste sentido, nos distanciamos de análises persecutórias e culpabilizadoras dos indivíduos por suas condições de saúde.

Referencial Teórico

Para a presente pesquisa, abordamos dois tópicos centrais para as análises: 1) as orientações da IASD quanto aos 8RN; 2) os DSS e suas conjecturas sobre o acesso à direitos básicos e condições de vida e trabalho dignas.

Os Oito Remédios Naturais

A IASD se fundamenta na Bíblia para orientar quanto ao estilo de vida, cujo foco se concentra mais na dieta, no exercício físico e na abstinência de álcool e fumo (PORTES; SILVA, 2017). Tais orientações acompanham a organização da igreja e do desenvolvimento de suas instituições de saúde e educação. Ellen G. White, considerada profetisa pelos membros da denominação, relatou ter recebido uma visão em 1863 sobre a mensagem de saúde. Desde então, a relação saúde e espiritualidade tem sido um dos fundamentos doutrinários da IASD (ZUKOWSKI, 2010).

Segundo Abdala *et al.* (2018), os 8RN foram denominados por Ellen G. White desde 1863 e se constituem por: nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança. Os 8RN têm sido considerados “como princípios saudáveis de vida



que podem ajudar na promoção da saúde, na prevenção de doenças e manutenção da qualidade de vida” (ABDALA *et al.*, 2018, p. 111).

Estudos científicos têm apontado que os 8RN são elementos profícuos para a saúde e qualidade de vida. Vejamos algumas evidências relacionadas aos 8RN.

Quadro 1 — Benefícios dos 8RN baseados em evidências.

Remédio natural	Benefícios baseados em evidências
Nutrição	A alimentação é a base construtora do corpo humano e protege contra doenças como diabetes, hipertensão etc. (MONTEIRO, 2001).
Exercício	A atividade física está associada à melhor qualidade de vida e ao desenvolvimento humano, assim como na prevenção de várias doenças (BRASIL, 2021; PNUD, 2017).
Água	A água é o elemento mais abundante no corpo humano e contribui com diversas funções orgânicas, assim como recurso terapêutico (SERAFIM <i>et al.</i> , 2004).
Luz solar	A luz solar auxilia no sistema nervoso, contribui no combate a depressão e na metabolização da vitamina D (MAEDA <i>et al.</i> , 2014).
Temperança	A temperança contribui para menor prevalência de hipertensão arterial, redução da mortalidade por fatores externos e por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares e expectativa de vida maior do que a população em geral (VELTEN <i>et al.</i> , 2017; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2016; VELTEN, 2013; SILVA <i>et al.</i> , 2012).
Ar	O ar puro está relacionado com a qualidade de vida. Estudos apontam que os efeitos de exposição ao ar poluído são reversíveis após o indivíduo se afastar desse ambiente (ARBEX <i>et al.</i> , 2004).
Descanso	O descanso contribui para a melhora da atenção, da memória e do desempenho de tarefas cotidianas. O sono de qualidade se associa com a qualidade de vida e prevenção de doenças como a depressão (QUEIROZ; SARDINHA; LEMOS, 2019).
Confiança	A relação religiosidade e saúde traz benefícios como a redução do estresse psicológico e a diminuição da taxa de encurtamento do relógio biológico. A esperança foi um fator profícuo para idosos em tratamento do câncer (MELGOSA; BORGES, 2017; SILVA <i>et al.</i> , 2019).

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos citados.

A constituição de um estilo de vida saudável com base nos 8RN é corroborada por evidências científicas. No entanto, fatores podem facilitar ou dificultar a sua adoção. Por exemplo, a adoção de uma alimentação saudável ou de uma vida fisicamente ativa é influenciada por fatores naturais, econômicos, políticos, culturais ou sociais (PNUD, 2017; BRASIL, 2014).



Determinantes Sociais da Saúde

Os DSS são compreendidos como as iniquidades em saúde que estão vinculadas às condições concretas de vida e evidenciam fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais que se relacionam com a macroestrutura da sociedade. Estas, por sua vez, influenciam os processos de saúde-doença e na ocorrência de fatores de risco (CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O estudo dos DSS não pode ser encarado como uma relação de causa e efeito (BADZIAK; MOURA, 2010). Por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB) de uma sociedade não é garantia de melhores indicadores de saúde. Logo, o marcador das condições de vida de uma sociedade deveria ser observado pelas condições de vida de seus membros mais vulneráveis (BAUMAN, 2013).

O modelo de Dahlgren e Whitehead tem sido adotado para uma análise dos DSS. Esse modelo é representado por camadas: 1) características individuais (idade, sexo, fatores hereditários); 2) estilo de vida; 3) redes sociais e comunitárias; 4) condições de vida e trabalho (acesso a serviços de educação, sociais e saúde, ao emprego, habitação etc.); 5) macrodeterminantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BADZIAK; MOURA, 2010).

No bojo dos DSS, alguns dos fatores preponderantes são a equidade na distribuição de renda, a escolaridade e o gênero. As diferenças de saúde entre pessoas e grupos não são explicadas unicamente por fatores biológicos ou comportamentais. Essas diferenças são constituídas pelas estruturações socioculturais, historicamente determinadas e sua superação se dá no imperativo da mudança dessas próprias estruturas (NEDEL; BASTOS, 2020; CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa base teórica nos permite alçar uma análise para além da culpabilização/responsabilização do indivíduo, o que pode gerar um efeito de “tampão social e naturalização da injustiça” (NEDEL; BASTOS, 2020, p. 4). Nesse sentido, consideramos que a adoção de um estilo de vida com base nos 8RN deve considerar os DSS. Assim, a IASD se constitui como uma rede social que amplia as possibilidades de as pessoas lutarem por melhores condições de vida, mais justas e dignas, que fundamentem condições de saúde desejáveis.



Materiais e Métodos

Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

Participantes da Pesquisa

Fizeram parte do estudo 86 ASD pertencentes a comunidades das sedes administrativas da IASD no Amazonas – Associação Central Amazonas (Aceam) e Associação Amazonas Roraima (Aamar).

Instrumentos

Foram utilizados: 1) O *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN), validado por Abdala *et al.* (2018); contém 22 questões que compreendem as oito dimensões dos 8RN. 2) O questionário sociodemográfico e dos DSS, com 47 questões, elaborado pelos autores.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão: a) ter idade igual ou superior a 18 anos; b) ser membro batizado da IASD na Aceam ou Aamar. Critérios de exclusão: a) não responder integralmente aos questionários; b) solicitar remoção da participação da pesquisa. Nenhum participante da pesquisa foi excluído.

Procedimentos de Pesquisa

Solicitamos autorização das sedes administrativas da IASD na região do Amazonas (Aceam e Aamar) e fomos orientados a pedir a autorização em cada comunidade separadamente. Após, solicitamos autorização em duas comunidades que ficam localizadas nos bairros São José Operário e Ponta Negra (Manaus – AM). Encaminhamos para os responsáveis o *link* dos questionários na plataforma *Google Forms* para serem compartilhados nos grupos de *WhatsApp* dessas comunidades. Solicitamos



que os participantes pudessem compartilhar o *link* com outros ASD, assim, realizando um desdobramento em formato de “bola de neve”.

Na sequência, recebemos os questionários respondidos, tabulamos os dados e calculamos o *score* total dos 8RN e por domínio. Enviamos um e-mail aos participantes contendo a classificação do estilo de vida com base no Q8RN. Por fim, realizamos a análise estatística.

Análise dos Dados

Foi utilizada estatística descritiva de percentual, média, mediana e desvio padrão para descrever características da amostra. Para a análise inferencial, foram utilizados os testes t-Student, ANOVA, Correlação de Pearson e Regressão Linear para as variáveis paramétricas. Para as variáveis não paramétricas, foram usados os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman. Para todos os testes foi considerado o valor de $p > 0,05$. Foram utilizados os programas Microsoft Excel (pacote Microsoft Office 365) e SigmaPlot versão 14.5.

As variáveis dependentes utilizadas foram o *score* total do Q8RN e demais domínios que o compõe. As variáveis independentes foram os fatores sociodemográficos e relacionados aos DSS (sexo, etnia, afastamento da fé, tempo de batismo, renda familiar *per capita*, escolaridade do indivíduo, escolaridade da mãe).

Aspectos Éticos

Adotamos os princípios éticos na condução de pesquisas com seres humanos, submetendo e aprovando a pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob CAAE 53346321.5.0000.5020 e parecer de nº 5.142.955. Os participantes foram esclarecidos e deram seu consentimento no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* antes de iniciar a responder os instrumentos.

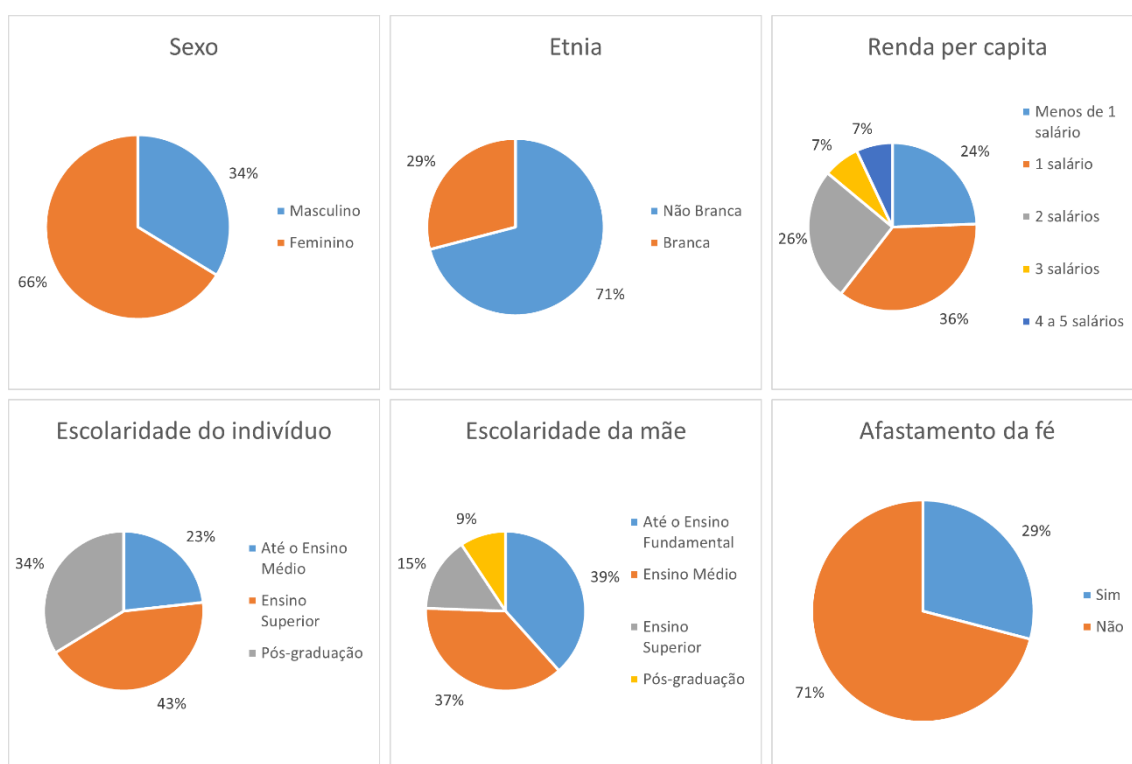
Resultados

Dentre os 86 participantes, 66,3% são do sexo feminino. A idade média foi de 37,21 anos ($\pm 11,99$ anos). Com relação à etnia autorreferida, 71% se classificaram como



não-brancos (pardos, negros ou amarelos). A renda familiar *per capita* declarada apresenta uma maior concentração em três grupos: menos de 1 salário (24,4%), 1 salário (36%) e 2 salários (26,6%). Sobre os níveis de escolaridade do indivíduo, temos: ensino superior (43%), pós-graduação (33,7%) e até o ensino médio (23,3%). Já em relação aos níveis de escolaridade da mãe, temos: até o ensino fundamental (38,4%), ensino médio (37,2%), ensino superior (15,1%) e pós-graduação (9,3%). Dos participantes, 70,9% declararam não terem se afastado da fé.

Figura 1 — Gráficos descritivos das características dos participantes.



Fonte: Banco de dados dos autores.

Tabela 1 — Média, desvio padrão e percentual dos scores 8RN e domínios.

		Total			Masculino			Feminino		
		X+	_dp	%*	X+	_dp	%*	X+	_dp	%*
1	8RN	60,34	9,17	68,57	58,62	9,89	66,61	61,21	8,74	69,56
2	Nutrição	6,19	2,81	51,55	5,31	2,79	44,25	6,63	2,74	55,26
3	Exercício	6,51	3,78	54,26	6,62	4,20	55,17	6,46	3,58	53,80
4	Água	5,22	1,82	65,26	5,31	2,00	66,38	5,18	1,74	64,69
5	Sol	5,33	1,58	66,57	5,48	1,70	68,53	5,25	1,52	65,57
6	Temperança	13,81	2,18	86,34	13,66	2,00	85,34	13,89	2,28	86,84
7	Ar	4,55	1,64	56,83	4,14	1,57	51,72	4,75	1,65	59,43
8	Descanso	4,12	1,87	51,45	3,62	1,72	45,26	4,37	1,91	54,61
9	Confiança	14,62	1,46	91,35	14,48	1,98	90,52	14,68	1,14	91,78

%* = Este percentual é relacionado ao próprio score total ou domínio. Exemplo 1: O score 8RN 60,34 equivale a 68,57% (em que 0=0% e 88=100%). Exemplo 2: O score nutrição 6,19 equivale a 51,55% (em que 0=0% e 12=100%).

Fonte: Banco de dados dos autores.

A Tabela 1 apresenta um panorama geral no qual estão as médias do score dos 8RN e dos oito domínios que o compõem. Também são apresentados os percentuais referentes a cada média, pois há uma diferença na constituição da pontuação de cada domínio. Segundo Abdala *et al.* (2018), o score total do Q8RN é o somatório dos pontos atribuídos a cada item e que são classificados categoricamente. A seguir, apresentamos um quadro com as categorias de classificação são:

Quadro 1 — Classificação do Q8RN.

Classificação	Insuficiente	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente
Pontuação	0 a 25	26 a 44	45 a 58	59 a 73	74 a 88

Fonte: Abdala *et al.* (2018).

A média de pontuação dos participantes é de 60,34 pontos ($\pm 9,17$), classificada como “muito bom”. Já com relação aos domínios, Abdala *et al.* (2018) indicam que para a classificação é necessário levar em consideração a média/mediana como ponto de corte. Por exemplo, no domínio nutrição há três perguntas, podendo a pontuação ir de 0 a 12. Logo, a média/mediana é de 6 pontos, sendo esse o ponto de corte para este domínio. Abaixo colocamos informações sobre a classificação de cada domínio.

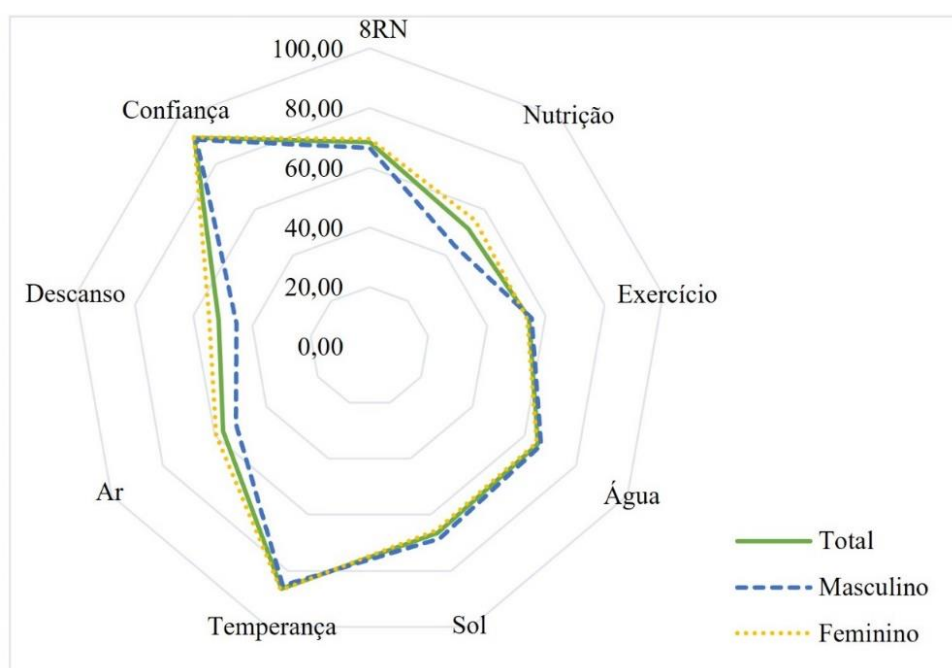
**Quadro 2** — Classificação dos domínios.

Domínio	Nutrição	Exercício	Água	Sol	Temperança	Ar	Descanso	Confiança
Nº de questões	3	3	2	2	4	2	2	4
Ponto de corte	6	6	4	4	8	4	4	8

Fonte: Abdala *et al.* (2018).

Os dados apontam as seguintes médias por domínio: nutrição (6,19; \pm 2,81), exercício (6,51; \pm 3,78), água (5,22; \pm 1,82), sol (5,33; \pm 1,58), temperança (13,81; \pm 2,18), ar (4,55; \pm 1,64), descanso (4,12; \pm 1,87), confiança (14,62; \pm 1,46). Todas as médias estão dentro da classificação “bom”. Porém, quando consideramos o desvio padrão para menos, vemos que há participantes na classificação “ruim” nos domínios nutrição, exercício, água, sol, ar e descanso.

Quando comparamos as pontuações dos *scores* entre os sexos feminino e masculino, vemos algumas diferenças nos domínios nutrição, descanso e ar, sendo que nesses três os homens apresentam escores médios menores que as mulheres.

Figura 2 — Comparação entre o score dos 8RN e dos domínios (total e por sexo).

Fonte: Banco de dados dos autores.



A figura 2, além da relação de diferença entre masculino e feminino, nos permite observar uma comparação entre os próprios domínios. Nota-se que os maiores escores, em uma comparação de 0 a 100% da pontuação possível em cada domínio, se dão para confiança (91,35%) e temperança (86,34%). Os demais domínios estão muito próximos da média/mediana (ponto de corte).

Na tabela 2, observamos os testes utilizados para comparar ou verificar a associação entre os 8RN e seus domínios com as variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos e dos DSS. Para a variável sexo, houve significância na comparação entre os grupos para o domínio nutrição ($p = 0,022$). Mulheres apresentaram uma mediana de 7,0 (bom) e homens de 5,0 (ruim).

Para a variável etnia, não houve significância na comparação entre os grupos para nenhum domínio. Para a variável afastamento da fé, houve significância entre os grupos para os 8RN ($p = 0,0416$). Pessoas que declararam não ter se afastado da fé apresentaram uma média de 61,62 ($\pm 9,39$), classificada como “muito bom”, quando comparados com os que relataram ter se afastado, cuja média foi de 57,2 ($\pm 7,9$), considerada como “bom”.



Tabela 2 — Testes para comparação e associação dos 8RN com variáveis sociodemográficas e dos DSS.

		Scores																	
		<i>8RN</i>		<i>Nutrição</i>		<i>Exercício</i>		<i>Água</i>		<i>Sol</i>		<i>Temperança</i>		<i>Ar</i>		<i>Descanso</i>		<i>Confiança</i>	
Sexo	Teste-t	Mann-Whitney																	
	T	1,242	U	578	U	795,5	U	782,5	U	748,5	U	765	T	1,662	T	1,776	U	768,5	
	Df	84	p	0,022	p	0,776	p	0,683	p	0,466	p	0,521	Df	84	Df	84	p	0,582	
	p	0,218											p	0,1	p	0,079			
Etnia	Teste-t	Mann-Whitney																	
	T	-0,195	U	640,5	U	731,5	U	693	U	751	U	756,5	T	-0,915	T	-1,029	U	577,5	
	Df	84	p	0,243	p	0,767	p	0,502	p	0,911	p	0,948	Df	84	Df	84	p	0,068	
	p	0,846											p	0,363	p	0,307			
Afastamento da fé	Teste-t	Mann-Whitney																	
	T	2,07	U	587,5	U	638,5	U	586,5	U	671,5	U	630,5	T	0,817	T	0,621	U	748,5	
	Df	84	p	0,094	p	0,236	p	0,089	p	0,376	p	0,152	Df	84	Df	84	p	0,89	
	p	0,0416											p	0,416	p	0,536			
Idade	Correlação de Pearson																		
	r	0,341	r	0,388	r	0,107	r	-0,043	r	0,264	r	0,187	r	-0,0393	r	0,247	r	0,335	
	p	0,00131	p	0,000219	p	0,326	p	0,694	p	0,0142	p	0,0853	p	0,719	p	0,0218	p	0,00163	
Tempo de batismo	Correlação de Pearson																		
	r	0,28	r	0,342	r	-0,0206	r	0,0485	r	0,0492	r	0,4	r	0,307	r	0,000459	r	0,096	
	p	0,00906	p	0,00129	p	0,85	p	0,658	p	0,652	p	0,000138	p	0,00399	p	0,997	p	0,379	
Renda familiar per capita	Correlação de Spearman																		
	ρ	0,0501	ρ	0,123	ρ	0,177	ρ	-0,256	ρ	-0,15	ρ	0,0611	ρ	0,0292	ρ	0,0771	ρ	-0,0519	
	p	0,646	p	0,26	p	0,102	p	0,0173	p	0,167	p	0,576	p	0,789	p	0,48	p	0,635	
Escolaridade do indivíduo	Correlação de Spearman																		
	ρ	0,21	ρ	0,275	ρ	0,0365	ρ	-0,00494	ρ	0,102	ρ	0,262	ρ	0,123	ρ	0,121	ρ	-0,0832	
	p	0,0526	p	0,0107	p	0,738	p	0,964	p	0,351	p	0,0152	p	0,258	p	0,268	p	0,446	
Escolaridade da mãe	Correlação de Spearman																		
	ρ	-0,0306	ρ	-0,111	ρ	0,137	ρ	0,18	ρ	0,0133	ρ	-0,113	ρ	0,0418	ρ	-0,215	ρ	-0,243	
	p	0,779	p	0,308	p	0,208	p	0,0978	p	0,903	p	0,298	p	0,701	p	0,0469	p	0,0243	

Fonte: Banco de dados dos autores. (Obs.: Em negrito, os dados com estatística significativa, p<0,05)

Também, verificamos as associações e adotamos como modelo de interpretação da magnitude dos coeficientes a classificação proposta por Dancey e Reidy (2005):

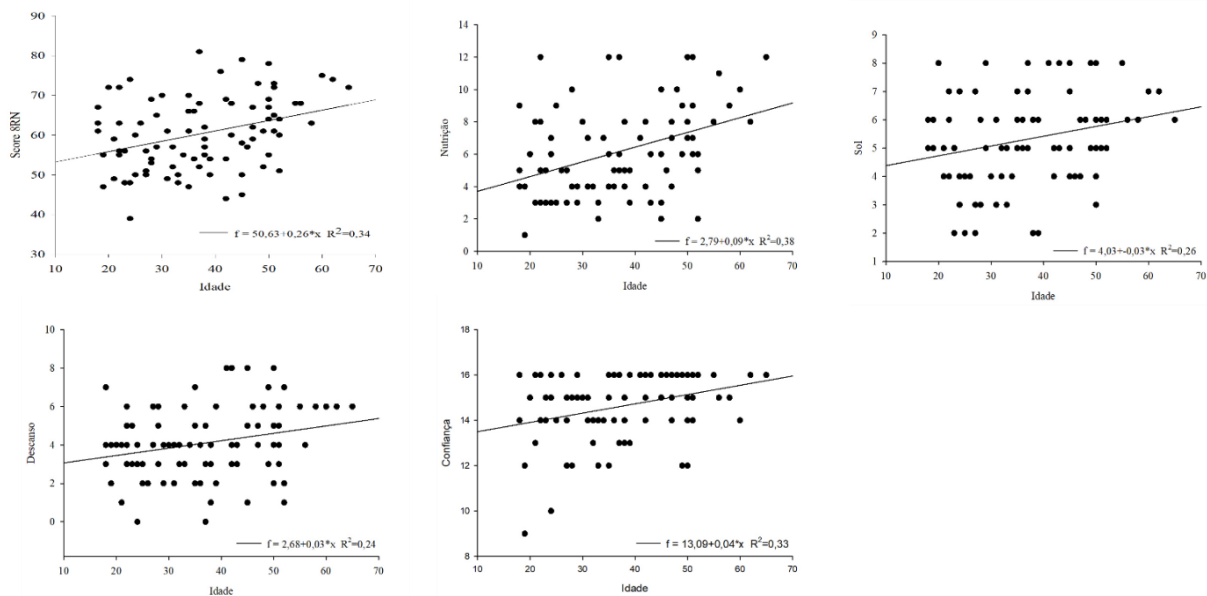
Quadro 3 — Classificação da magnitude do coeficiente.

Classificação	Fraco	Moderado	Forte
Coefficiente	0,10 a 0,30	0,40 a 0,60	0,70 a 1,0

Fonte: Dancey e Reidy (2005).

Observamos que para a variável idade houve associação significativa com os 8RN ($r = 0,341$; $p = 0,0013$) e os domínios nutrição ($r = 0,388$; $p = 0,0002$), sol ($r = 0,264$; $p = 0,0142$), descanso ($r = 0,247$; $p = 0,0218$) e confiança ($r = 0,335$; $p = 0,0016$). Em todos os casos, as associações foram positivas e com grau de magnitude fraca para 8RN, nutrição, sol, descanso e confiança.

Figura 3 — Correlação linear de idade em relação aos 8RN e domínios nutrição, sol, descanso e confiança.

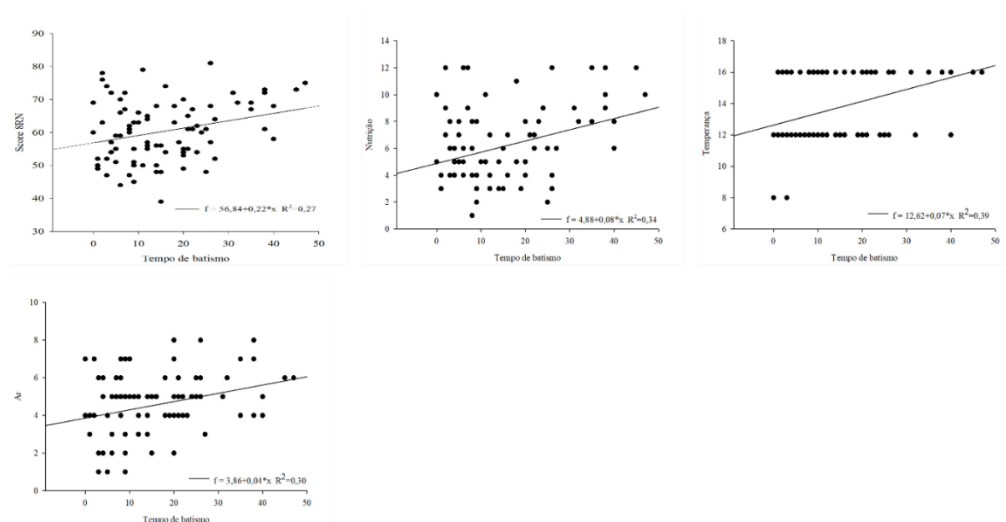


Fonte: Banco de dados dos autores.

Para a variável tempo de batismo houve associação significativa com os 8RN ($r = 0,28$; $p = 0,0091$) e os domínios nutrição ($r = 0,342$; $p = 0,0013$), temperança ($r = 0,4$; $p = 0,0001$) e ar ($r = 0,307$; $p = 0,004$). Em todos os casos, as associações foram

positivas e com grau de magnitude moderada para temperança e fraca para 8RN, nutrição e ar.

Figura 4 — Correlação linear de tempo de batismo em relação aos 8RN e domínios nutrição, temperança e ar.



Fonte: Banco de dados dos autores.

Para a variável renda familiar *per capita* houve associação significativa com o domínio água ($p = 0,0173$). Neste caso, a associação foi negativa e com grau de magnitude fraca ($\rho = -0,256$). Observou-se um declínio na média da pontuação do domínio água conforme a renda *per capita* aumentava de menos de 1 salário (5,85; $\pm 1,87$) para 1 salário (5,45; $\pm 1,63$), 2 salários (4,5; $\pm 1,92$) e 3 salários (4,33; $\pm 1,96$).

Para a variável escolaridade do indivíduo houve associação significativa com os domínios nutrição ($p = 0,0107$) e temperança ($p = 0,0152$). Em ambos os casos, a associação foi positiva e com grau de magnitude fraca para os domínios nutrição ($\rho = 0,275$) e temperança ($\rho = 0,262$). Observou-se um aumento da mediana da pontuação dos domínios nutrição e temperança de, respectivamente, 5,0 e 12,0 para as escolaridades até o ensino médio e ensino superior para 7,0 e 16,0 para quem cursou até a pós-graduação.

Para a variável escolaridade da mãe, houve associação significativa para os domínios descanso ($p = 0,0469$) e confiança ($p = 0,0243$). Em ambos os casos, a associação foi negativa e com grau de magnitude fraca para descanso ($\rho = -0,215$) e

confiança ($\rho = -0,243$). Observou-se que houve um decréscimo da média do descanso conforme o nível de escolaridade da mãe aumentava de até o ensino fundamental (4,45; $\pm 1,9$) para o ensino médio (4,28; $\pm 2,05$) e ensino superior (3,30; $\pm 1,43$). Também, notou-se uma redução da mediana da confiança de 15,0 para 14,0 quando comparada as escolaridades de até o ensino fundamental e ensino superior, respectivamente.

Discussão

Este estudo objetivou analisar o estilo de vida baseado no uso dos 8RN por ASD residentes no município de Manaus-AM e adjacências e suas relações com os DSS. Problematizamos questões acerca de como os DSS podem influenciar na adoção de um estilo de vida mais saudável, conforme as recomendações da IASD.

Observou-se que as médias gerais relacionadas aos scores dos 8RN e seus domínios estiveram em classificações positivas. Dentro dos domínios do estilo de vida baseados nos 8RN, destacam-se com maior média a temperança e a confiança. Esses dados podem apontar que, em média, os participantes adotam um estilo de vida mais saudável.

Os resultados podem ser uma expressão das recomendações da IASD, inclusive nos aspectos da espiritualidade e da temperança, em que os membros são motivados a adotar um estilo de vida com dieta vegetariana, abstinência do tabagismo e do consumo de álcool (PORTES; SILVA, 2017; ZUKOWSKI, 2010). E esse estilo de vida tem sido observado como fator preponderante para a diminuição de agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2012; VELTEN *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; VELTEN, 2013; KANNO; SELLA; OLIVEIRA, 2014).

No entanto, como já afirmado anteriormente, a média em si não revela os processos de iniquidades e pode “esconder” aqueles mais vulneráveis dentro de um grupo (BAUMAN, 2013). Um fato são as próprias variações no desvio padrão que indicou alguns scores em classificação ruim para domínios como nutrição, exercício, água, sol, ar e descanso. Nesse sentido, verificamos as comparações e associações possíveis entre os 8RN e seus domínios com variáveis referentes aos DSS, assim como outras de caráter sociodemográficas.

Com relação à variável sexo, os homens se mostraram mais vulneráveis quanto ao domínio nutrição. Esses dados são corroborados pelo Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2020. Aponta-se que, em Manaus, o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana é realizado por 31% de mulheres e 25% de homens (BRASIL, 2021b).

No entanto, cabe ressaltar que, quando comparado à média nacional (mulheres – 38,2%; homens – 26,2%) ou com as capitais com maior percentual (mulheres de Florianópolis – 57,2%; homens de João Pessoa – 39,6%), vemos que o consumo de frutas e hortaliças, seja por homens ou mulheres, em Manaus está abaixo, sendo um dos piores percentuais do país (BRASIL, 2021b).

Já em relação à variável etnia, não houve comparação significativa entre os grupos declarados de cor branca e não branca. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD 2012-2019), apontou que em 2019 a região Norte tinha 72,2% de pessoas declaradas de cor parda, 7,3% de cor preta e 19,1 de cor branca (IBGE, 2020). O alto número de pessoas declaradas não brancas, inclusive, nesta amostra (71%), nos faz considerar que, talvez, a variável etnia pode não ser um fator no qual possamos observar uma influência direta no uso dos 8RN.

Duas variáveis se aproximam da esfera da espiritualidade. São elas o tempo de batismo e o afastamento da fé. Foi observado que quanto maior foi o tempo de batismo, houve uma associação significativa no aumento do score para os 8RN e os domínios nutrição, temperança e ar. E as pessoas que já se afastaram da fé, tiveram uma classificação dos 8RN menor (bom) em relação aos que não se afastaram (muito bom).

Esses resultados podem expressar a ação das redes sociais e comunitárias (CNDSS, 2008) que são constituídas na comunidade religiosa. Em estudo de revisão sobre a associação entre vida religiosa e saúde, Vasconcelos (2010) indica que as pesquisas apontam que ser membro de uma religião se associa fortemente a um comportamento mais saudável. Nesse sentido, o corpo doutrinário e a constituição de redes de apoio social parecem ser fatores preponderantes para a adoção de estilos de vida mais saudáveis (VASCONCELOS, 2010).

A variável idade foi a que mais apresentou associações significativas. Observou-se que as associações ocorreram de forma positiva e com grau de magnitude fraca para os 8RN e os domínios nutrição, sol, descanso e confiança. Ou seja, conforme a idade aumenta, também aumenta o score nos domínios citados. Entretanto, o avanço da idade parece ser um agravante nas condições e percepções de saúde, pois o processo de envelhecimento evidencia o aparecimento de enfermidades (SZWARCOWALD *et al.*, 2005).

O descompasso entre os dados desta pesquisa e a literatura, pode ser explicado em virtude dos benefícios adquiridos pelos ASD devido ao estilo de vida adotado por eles. Exemplo preponderante do estilo de vida adventista é a Zona Azul (*Blue Zone*) de Loma Linda (EUA), em que há uma grande concentração de centenários (BUETTNER; SKEMP, 2016), sendo que os benefícios do estilo de vida adventista não se concentram apenas nesta Zona Azul, mas, também, em outras localidades (GREEN, 2021). Outro fator, que pode explicar o aumento dos scores dos 8RN com o avançar da idade é o próprio contato com a religião que progride juntamente com ela.

Quando observamos a renda familiar *per capita*, viu-se que ela teve uma associação negativa com o domínio água. Quanto mais se aumentava a renda, menor era a pontuação para esse domínio. A distribuição equitativa de renda é considerada como um dos elementos essenciais para a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). No entanto, os dados divergem dessa hipótese, ao demonstrar que o aumento da renda esteve associado a um menor consumo da água para questões de saúde. Outros estudos são necessários para melhor observar esse fenômeno, que pode ser uma característica peculiar desta amostra.

A escolaridade do indivíduo destacou associação positiva com os domínios nutrição e temperança. Ou seja, quando o nível de escolaridade aumentava também se aumentava a pontuação nesses domínios. O VIGITEL 2020 aponta que pessoas com níveis maiores de escolaridade apresentaram o aumento do consumo de frutas e hortaliças e a diminuição do hábito de fumar. Por outro lado, a frequência do uso de álcool aumentou com o nível de escolaridade (BRASIL, 2021b).

Em vista dos dados, podemos considerar que o nível de escolaridade pode encadear processos reflexivos na pessoa para uma escolha melhor de sua

alimentação. Já com relação a temperança, os dados apontaram que foi o maior aproveitamento médio, visto que esse é um assunto amplamente motivado pela religião aos seus membros para se absterem do uso de álcool, tabaco e outras drogas (PORTES; SILVA, 2017; ZUKOWSKI, 2010).

Já a escolaridade da mãe apresentou uma associação negativa para os domínios descanso e confiança. Ou seja, conforme o nível de escolaridade da mãe subia, as pontuações desses domínios diminuía. Estudos apontam que a autopercepção de saúde de pessoas era pior ou que as condutas negativas de saúde eram maiores quando os pais tinham menor grau de escolaridade (MENDONÇA; FARIAS JÚNIOR, 2012; SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013) e que quando a escolaridade era maior havia maior busca pelos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Os dados da pesquisa divergem desses estudos, o que pode evidenciar alguma peculiaridade da amostra, se fazendo necessárias outras pesquisas.

Em geral, apesar de os scores obtidos nos dados deste estudo apontarem para uma média positiva, vemos que existem diferenças entre grupos que podem apontar algumas vulnerabilidades quanto à adoção de um estilo de vida saudável com foco nos 8RN. Nesta pesquisa ficou evidenciado que homens podem ter maior vulnerabilidade quanto à nutrição. E que as redes sociais e comunitárias em torno da fé, a idade e o nível de escolaridade do indivíduo podem contribuir para o uso dos 8RN e vários domínios.

Apesar do estilo de vida com base nos 8RN ser considerado um fator positivo para o desenvolvimento da saúde, é necessário considerar que ele não se restringe ao campo de ação individual. Ao tratarmos do assunto do desenvolvimento das Zonas Azuis, Buettner e Skemp (2016) indicam que colocar sobre o indivíduo a responsabilidade de cuidar de sua saúde não funciona. Mas, quando existem políticas e mudanças ambientais é possível aumentar a expectativa de vida e tornar possível as escolhas por uma vida mais saudável.

Essas colocações nos permitem alçar uma reflexão sobre a construção de políticas públicas, visto que no Brasil a maioria da população é de religião cristã (católica apostólica romana = 64,6% e evangélica = 22,2%), segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010). Nesse sentido, a abordagem do estilo de vida baseado nos 8RN, pode contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida, visto que muitos

brasileiros e brasileiras poderão se identificar com essa abordagem baseada na fé cristã.

Cabe ressaltar que tais políticas não devam ser de caráter proselitista, culpabilizadora ou persecutória para com outros grupos religiosos ou de pessoas que não se declaram religiosas, visto a sociedade democrática e laica em que vivemos. Também, consideramos que aspectos latentes aos DSS sejam considerados ao se abordar os 8RN, para que os grupos mais vulneráveis tenham maior atenção na constituição de ações e políticas.

Limitações do Estudo

Apontamos como limites da pesquisa: 1) A aplicação do questionário de forma *online* por conta da pandemia da COVID-19, o que pode ter ocasionado erros de interpretação por meio dos entrevistados e variações indesejadas. 2) O baixo número da amostra, da qual esperávamos um mínimo de 200 participantes, que pode ter influenciado nos testes de correlação. 3) O comprometimento de uma amostra mais homogênea devido ao não controle do alcance do *link*, uma vez que houve uma dispersão não prevista com alguns participantes de distintas localidades. 4) Um viés nas respostas por uma possível postura “corporativista” para defender a religião, em que os participantes respondem positivamente para dar uma boa visibilidade à igreja.

Considerações Finais

Diante do exposto, observa-se que os participantes apresentam scores positivos para a adoção de um estilo de vida baseado nos 8RN e seus domínios. Também, conclui-se que as variáveis sexo, tempo de batismo, afastamento da fé (redes sociais e comunitárias), idade e escolaridade do indivíduo interferiram em algum grau no uso dos 8RN. Por outro lado, as variáveis etnia, renda e escolaridade da mãe não tiveram uma interferência significativa ou apresentaram dados divergentes. No entanto, o *n* amostral não nos permite generalizar esses dados sendo necessários novos estudos.

Também se nota como algo positivo a produção de políticas públicas baseadas nos 8RN para a promoção da saúde pública e coletiva, visto que os estudos apontam ganhos significativos para a saúde na adoção de um estilo de vida com base neles e que a maioria da população brasileira é composta por pessoas de religiões de base cristãs. Logo, vemos como uma alternativa viável o uso dos 8RN na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde com uma abordagem complementar, sem caráter proselitista, culpabilizador ou persecutório de outras religiões ou grupos não religiosos. Por fim, destacamos a necessidade de se levar em consideração os DSS que podem influenciar na adoção de hábitos mais saudáveis, o que solicita a construção de políticas públicas que reduzam as iniquidades produzidas socialmente.

Referências

- ABDALA, G. A., MEIRA, M. D. D., ISAYAMA, R. N., RODRIGO, G. T., WATAYA, R. S., TERTULIANO, I. W. Validação do questionário oito remédios naturais – Q8RN – versão adulto. **LifeStyle Journal**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 109-134, jul/dez 2018.
- ARBEX, M. A., CANÇADO, J. E. D., PEREIRA, L. A. A., BRAGA, A. L. F., SALDIVA, P. H. do N. Queima de biomassa e efeitos sobre a saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 158-175, mar/abr 2004.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan/jun 2010.
- BAUMAN, Z. **44 cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- BRASIL. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.
- BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BUETTNER, D.; SKEMP, S. Blue zones: lessons from the world's longest lived. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 10, n. 5, p. 318-321, set/out 2016.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan/abr 2007.

BUTLER, T. L.; FRASER, G. E.; BEESON, W. L.; KNUTSEN, S. F.; HERRING, R. P.; CHAN, J.; SABATÉ, J.; MONTGOMERY, S.; HADDAD, E.; PRESTON-MARTIN, S.; BENNETT, H.; JACELDO-SIEGL, K. Cohort profile: the adventist health study-2 (AHS-2). **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 2, p. 260–265, abr 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Acessado em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Data de acesso: 26 de fev. 2020.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**: Usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, G. M. F.; STAUT, T. C. P.; ARAÚJO, S. P.; OLIVEIRA, N. C.; PORTES, L. A. Estilo de vida entre brasileiros adventistas do sétimo dia. **Lifestyle Journal**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 17-25, jan/jun 2011.

GIAQUINTO, S.; SPIRIDIGLIOZZI, C. Possible influence of spiritual and religious beliefs on hypertension. **Clinical and Experimental Hypertension**, v. 29, n. 7, p. 457-64, 2007.

GREEN, C. M. Longevity blue zone centenarians: an expository paper. **Inquiries Journal**, v. 13, n. 05, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Características gerais dos domicílios e dos moradores. IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KANNO, D. T.; SELLA, L. F.; OLIVEIRA, N. C. Estilo de vida de adventistas do sétimo dia e de não adventistas do município de Cotia, São Paulo. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 137-144, set/dez, 2014.

MAEDA, S. S.; BORBA, V. Z. C.; CAMARGO, M. B. R.; SILVA, D. M. W.; BORGES, J. L. C.; BANDEIRA, F.; LAZARETTI-CASTRO, M. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 411-433, jul 2014.

MELGOSA, J.; BORGES, M. **O poder da esperança**: segredos do bem-estar emocional. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2017.

MENDONÇA, G.; FARIAS JÚNIOR, J. C. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 174-180, jun 2012.

MONTEIRO, C. S. **A influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosos.** 80f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

NEDEL, F. B.; BASTOS, J. L. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e15, 2020.

OLIVEIRA, E. R. A.; CADE, N. V.; VELTEN, A. P. C.; SILVA, G. A. E.; FAERSTEIN, E. Estudo comparativo da mortalidade cardiovascular e por neoplasia de adventistas e não adventistas do estado do Espírito Santo, no período de 2003 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 112-121, jan/mar 2016.

OLIVEIRA, M. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; CAMPOS, M. O.; MALTA, D. C. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1603-14, ago 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas: 2017.** Brasília: PNUD, 2017.

PORTES, L. A.; SILVA, N. C. V. O. Estilo de vida: fundamento adventista de saúde. **LifeStyle Journal**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 103-111, jun/dez 2017.

QUEIROZ, B. O.; SARDINHA, L. S.; LEMOS, V. A. As consequências da restrição de sono sobre a qualidade de vida de caminhoneiros: uma visão da Psicologia. **Diálogos Interdisciplinares**, Manaus, v. 8, n. 8, p. 49-57, 2019.

SERAFIM, A. L.; VIEIRA, E. L.; LINDEMANN, I. L. Importância da água no organismo humano. **VIDYA**, Santa Maria, v. 24, n. 41, p. 147-157, jan/jun 2004.

SILVA, N. M.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, R. A. A.; STORTI, L. B.; SOUZA, I. M. O.; FORMIGHIERI, P. F.; MARQUES, S. Idosos em tratamento quimioterápico: relação entre nível de estresse, sintomas depressivos e esperança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, e35441, 2019.

SILVA, E.; SANTOS, J.; CAMPOS, I.; TEIXEIRA, W.; MARTIS, E.; PORTO, E. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre adventistas do sétimo dia na zona sul de São Paulo. **LifeStyle Journal**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 87-102, jul/dez 2017.

SILVA, L. B. E.; SILVA, S. S. B. E.; MARCÍLIO, A. G.; PIERIN, Â. M. G. Prevalência de hipertensão arterial em adventistas do sétimo dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 4, p. 329-337, abr 2012.

SOUSA, T. F.; JOSÉ, H. P. M.; BARBOSA, A. R. Conduas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3563-3575, dez 2013.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; ESTEVES, M. A. P.; DAMACENA, G. N.; VIACAVA, F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, Sup: S54-S64, 2005.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 12-18, set 2010.

VELTEN, A. P. C.; CADE, N. V.; SILVA, G. A.; OLIVEIRA, E. R. A. Perfil de mortalidade por causas externas entre adventistas do sétimo dia e a população geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2375-2382, jul 2017.

VELTEN, A. P. C. **Comparação da mortalidade dos adventistas do sétimo dia com a população não adventista no período de 2003 a 2009 no estado do Espírito Santo**. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2013.

ZUKOWSKI, J. Reforma de saúde: história e relevância teológica no movimento adventista. **Parousia**, São Paulo, jul/dez 2010.