



# PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

Taísa Ceratti Treptow  
(Organizadora)



PROMOÇÃO  
DA SAÚDE  

---

E QUALIDADE DE VIDA  
3

Taísa Ceratti Treptow  
(Organizadora)

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Promoção da saúde e qualidade de vida 3

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Taísa Ceratti Treptow

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P965 Promoção da saúde e qualidade de vida 3 / Organizadora  
Taísa Ceratti Treptow. – Ponta Grossa - PR: Atena,  
2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0608-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.082221710>

1. Saúde 2. Qualidade de vida. I. Treptow, Taísa Ceratti  
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada devido aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, além de grandes avanços na saúde pública. Na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em 1986 foi elaborada a carta de Ottawa que descrevia a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Neste contexto, propõe uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a articulação dos saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos ou privados com o intuito de enfrentar e promover a resolução destas dificuldades no âmbito da saúde.

A obra “Promoção da saúde e qualidade de vida” da Atena Editora está dividida em dois volumes. O volume 3 está constituído em 20 artigos técnicos e científicos que destacam pesquisas principalmente na esfera pública do Sistema Único de Saúde em todos os ciclos da vida da gestação ao envelhecimento, contemplando a saúde e as mais diversas patologias. Pesquisas envolvendo a comunidade geral e universitária, abordagens e técnicas diferenciadas, além de percepções da promoção da saúde e qualidade de vida internacional. Já, o volume 4 contempla 21 artigos técnicos e científicos com pesquisas focadas principalmente na esfera ambulatorial e hospitalar juntamente com técnicas laboratoriais e profissionais, englobando interpretação de exame, suplementação, atuações profissionais, pesquisas voltadas para urgência, emergência e unidade de terapia intensiva, além de opções de tratamento para diversas patologias.

Sendo assim, o *e-book* possibilita uma infinidade de experiências nos diferentes cenários de atuação, permitindo extrapolar fronteiras e limites do conhecimento dos profissionais da área da saúde e demais interessados. Além disso, desejamos que a leitura seja fonte de inspiração e sirva de instrumento didático-pedagógico para acadêmicos e professores nos diversos níveis de ensino, e estimule o leitor a realizar novos estudos focados na promoção da saúde e qualidade de vida.

Agradecemos aos autores por suas contribuições científicas nesta temática e desejamos a todos uma excelente leitura!

Taísa Ceratti Treptow

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **INFLUÊNCIA DOS GASTOS COM SAÚDE NO ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS CATARINENSES**

Camilly Vitória Moreira Loth

Cleonice Witt

Gabriel Matheus Ostrovski

Isabely Aparecida Kroll

Mislaine Lourenço

Vitória Nader Dutra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217101>

### **CAPÍTULO 2..... 10**

#### **INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE REALEZA, PARANÁ**

Bianca Cestaroli

Izabel Aparecida Soares

Alexandre Carvalho de Moura

Jucieli Weber

Camila Dalmolin

Dalila Moter Benvegneu

Gisele Arruda

Silvana Damin

Vanessa Silva Retuci

Felipe Beijamini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217102>

### **CAPÍTULO 3..... 19**

#### **IMPACTO DO ESTÍMULO EXCESSIVO DA VISÃO DE PERTO NO DESENVOLVIMENTO DE MIOPIA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Renan Felipe Silva de Moura

Lívia Oliveira Delgado Mota

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217103>

### **CAPÍTULO 4..... 31**

#### **PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO LEIOMIOMA UTERINO NO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JANEIRO DE 2021**

Yasmin Taffner Binda

Oswaldo Aparecido Caetano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217104>

### **CAPÍTULO 5..... 41**

#### **OS TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ESTILO DE VIDA E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NO GANHO DE PESO GESTACIONAL TOTAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Gabriela de Melo Junqueira

Sara Cristine Marques dos Santos

André Elias Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

**CAPÍTULO 6..... 53**

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS- UMA REVISÃO NARRATIVA**

Aline Lopes Ferreira  
Ana Carolina Lima Furtado  
Gabrielle Alexandra Andrade Alves  
Juliana de Paula Ferreira  
Kayky Nathan Lopes Ferreira Marota  
Larissa Carolina Carvalho Marques  
Maria Eduarda Santos Figueiredo  
Mariana Beatriz Lima e Silva  
Taynara Larissa Silva Oliveira  
Claudio Marcos Bedran de Magalhães, Msc

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

**CAPÍTULO 7..... 66**

**CAMPANHA DE TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Jhulye Vieira de Sousa  
Kézia da Costa Falcão  
Débora Pena Batista e Silva  
Samyly Marques Ribeiro de Oliveira  
Rocyane Isidro de Oliveira  
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

**CAPÍTULO 8..... 71**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/SEXUAL SEGUNDO RAÇA/COR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Julia Verli Rosa  
Ana Luiza de Oliveira Carvalho  
Juliana da Fonsêca Bezerra  
Fernanda Martins Cardoso  
Natália Moreira Leitão Titara  
Ana Beatriz Azevedo Queiroz  
Maria Ludmila Kawane de Sousa Soares  
Aline Furtado da Rosa  
Luana Christina Souza da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

**CAPÍTULO 9..... 81**

**INCIDÊNCIA DE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E OS DIFERENTES NÍVEIS DE ANSIEDADE EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA**

## FACULDADE DO MARANHÃO

Thaiza Cortês de Mesquita  
Ana Clara Lisboa dos Santos  
Roberth Silva Oliveira Segundo  
Yanna Eutalia Barbosa Figueredo Sousa  
Valéria de Sousa Viralino  
Naiana Deodato da Silva  
Josiene Felix de Moura Macedo  
Greice Lanna Sampaio do Nascimento  
Sara Ferreira Coelho  
Lélia Lilianna Borges de Sousa Macedo  
Francisco Mayron de Sousa e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217109>

## **CAPÍTULO 10..... 93**

### INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PROMOTORAS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171010>

## **CAPÍTULO 11 ..... 107**

### PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO AO IDOSO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESPECIALIZADAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rayana Gonçalves de Brito  
Denise Machado Duran Gutierrez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171011>

## **CAPÍTULO 12..... 120**

### CONSTRUÇÃO DE PODCAST PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: RELATO DE EXPERIENCIA

Isael Cavalcante Silva  
Ivanete Silva De Sousa  
Vitoria Kisla Brasil Barros  
Natalia Barbosa De Sousa  
Otaline Silva Abreu  
Paloma Ferreira Rodrigues  
Elisabeth Soares Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171012>

## **CAPÍTULO 13..... 127**

### ESTILO DE VIDA, RELIGIÃO, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Estêfano de Lira Fernandes  
Lanny Cristina Burlandy Soares  
Natália Cristina de Oliveira  
Márcia Cristina Teixeira Martins  
José Lázaro Vieira dos Passos  
Leslie Andrews Portes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171013>

**CAPÍTULO 14..... 140**

**O PATRIMÔNIO NATURAL À LUZ DA ABORDAGEM ONE HEALTH**

Rodolfo Nunes Bittencourt  
Fábio Luiz Quandt  
Ana Carenina Gheller Schaidhauer  
João Carlos Ferreira de Melo Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171014>

**CAPÍTULO 15..... 155**

**HEALTHY AGING PROMOTION IN BAIXO ALENTEJO, PORTUGAL**

Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171015>

**CAPÍTULO 16..... 169**

**CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIOS E A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Lalesca Gomes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171016>

**CAPÍTULO 17..... 174**

**ATENÇÃO A PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À VIDA**

Maria Gabriela Teles de Moraes  
Carolina Nunes Werneck de Carvalho  
Caroline Silva de Araujo Lima  
Lionel Espinosa Suarez Neto  
Renata Reis Valente  
Ana Luiza Silva de Almeida  
Luciane Guiomar Barbosa  
Júlia Ágata Cardoso Barbosa  
Ana Luiza Batista Moraes  
Juliana Cidade Lopes  
Jéssica José Leite de Melo  
Tiago Mello dos Santos  
Juliana Claudia Araujo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171017>

**CAPÍTULO 18..... 183**

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA NO ESTADO DO AMAZONAS: UM DOS DETERMINANTES PARA O CONTROLE DA ENDEMIAS**

Myrna Barata Machado  
Elder Augusto Figueira  
Ricardo Augusto dos Passos

Cristiano Fernandes  
Bernardino Claudio Albuquerque  
Rosemary Costa Pinto  
Martha Cecilia Suárez Mutis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171018>

**CAPÍTULO 19..... 200**

**TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: - CONSULTA DE ENFERMAGEM NA RUA**

Antônio de Magalhães Marinho  
Maria Lelita Xavier  
Conceição de Maria Neres Silva Vieira  
Carmen Dias dos Santos Pereira  
Elisabete Bárbara Teixeira  
Jovita Vitoria da Silva Vianna  
Julia Marinho Ribeiro  
Antônio de Magalhães Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171019>

**CAPÍTULO 20..... 220**

**ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE IDOSOS E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Daniel Monteiro Constant  
Bianca Accioly Tavares  
Isabela Regina Vieira Barbosa  
Josué De Oliveira Leitão  
Amanda Karoline da Silva Pedrosa  
Maria das Graças Monte Mello Taveira  
Priscila Nunes de Vasconcelos  
Divanise Suruagy Correia  
Ricardo Fontes Macedo  
Sandra Lopes Cavalcanti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171020>

**SOBRE O ORGANIZADORA ..... 233**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 234**

# CAPÍTULO 13

## ESTILO DE VIDA, RELIGIÃO, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 20/08/2022

### **Estêfano de Lira Fernandes**

M.Sc. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Presidente Prudente e Enfermeiro no Hospital Estadual de Presidente Prudente, SP  
<https://orcid.org/0000-0002-7855-8448>

### **Lanny Cristina Burlandy Soares**

Ph.D. Coordenadora e docente do Programa de Doutorado em Liderança da Andrews University at UNASP – Engenheiro Coelho. UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

### **Natália Cristina de Oliveira**

Ph.D. Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo, e pesquisadora no LAFEX - Laboratório de Fisiologia do Exercício  
<https://orcid.org/0000-0002-0747-9478>

### **Márcia Cristina Teixeira Martins**

Ph.D. Docente da Universidade Del Plata, Argentina  
<https://orcid.org/0000-0002-9565-954X>

### **José Lázaro Vieira dos Passos**

MSc. Pesquisador do LAFEX-UNASP – Laboratório de Fisiologia do Exercício, UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/7899032400379153>

### **Leslie Andrews Portes**

M.Sc. Docente UNASP – Centro Universitário Adventista de São Paulo e pesquisador do LAFEX-UNASP – Laboratório de Fisiologia do Exercício  
<https://orcid.org/0000-0003-0537-4725>

**RESUMO:** A religiosidade e a espiritualidade exercem impacto sobre vários aspectos da saúde física e mental. Assim, o objetivo deste capítulo foi resumir e apresentar dados sobre longevidade e mortalidade por várias doenças em relação a aspectos do estilo de vida. Trata-se de uma revisão narrativa baseada em estudos científicos publicados em periódicos internacionais, envolvendo populações que professam o cristianismo, principalmente a população adventista do sétimo dia (ASD), tratando dos efeitos do estilo de vida peculiar desse público sobre aspectos de saúde, longevidade e mortalidade. Quase 470 estudos científicos com ASD já foram publicados, especialmente na população norte-americana, e sabe-se que esta população apresenta maior expectativa de vida, menor mortalidade e menores taxas de doenças crônicas não transmissíveis. As principais causas não violentas de óbitos no Brasil e no mundo estão relacionadas ao estilo de vida, e, portanto, poderiam ser evitadas. Apesar disso, ainda são muito escassas as informações a respeito da saúde, longevidade e mortalidade de brasileiros relacionadas à religião. Presume-se que quanto maior o tempo de afiliação religiosa, maior o tempo de exposição às orientações de estilo de vida e saúde e, conseqüentemente, maior a

influência da religiosidade e/ou espiritualidade na saúde. A religiosidade e a espiritualidade se associam positivamente à expectativa de vida e reduzem a mortalidade por várias causas. Entre os mecanismos que explicam esta relação destacam-se as orientações de estilo de vida fornecidas pela igreja, bem como aqueles inerentes às atividades religiosas organizacionais e às de cunho pessoal ou espirituais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estilo de vida; Religiosidade; Espiritualidade; Expectativa de vida; Mortalidade.

## LIFESTYLE, RELIGION, MORTALITY AND LIFE EXPECTANCY

**ABSTRACT:** Religiosity and spirituality have an impact on various aspects of physical and mental health. Thus, the purpose of this chapter was to summarize and present data on longevity and mortality from various diseases in relation to aspects of lifestyle. This is a narrative review based on scientific studies published in international journals, involving populations that profess Christianity, mainly the Seventh-day Adventist population (SDA), dealing with the effects of the peculiar lifestyle of this public on aspects of health, longevity, and mortality. Almost 470 scientific studies on ASD have been published, especially in the North American population, and it is known that this population has a longer life expectancy, lower mortality, and lower rates of chronic non-communicable diseases. The main non-violent causes of death in Brazil and in the world are related to lifestyle and, therefore, could be avoided. Despite this, there is still very little information about the health, longevity and mortality of Brazilians related to religion. It is assumed that the longer the time of religious affiliation, the longer the exposure to lifestyle and health guidelines and, consequently, the greater the influence of religiosity and/or spirituality on health. Religiosity and spirituality are positively associated with life expectancy and reduce mortality from various causes. Among the mechanisms that explain this relationship, the lifestyle guidelines provided by the church, as well as those inherent to organizational religious activities and to those of a personal or spiritual nature, stand out.

**KEYWORDS:** Lifestyle; Religiosity; Spirituality; Life expectancy; Mortality.

## 1 | INTRODUÇÃO

O estudo de revisão do Prof. Dr. Harold G. Koenig (Koenig, 2012), com 601 referências apenas de estudos quantitativos, revelou o positivo impacto da religiosidade e da espiritualidade sobre vários aspectos de saúde física, mental, estilo de vida e várias doenças. Seus achados estão em franca oposição a outros grandes cientistas. Por exemplo, em 1927, Freud escreveu em seu livro “O Futuro de uma Ilusão” (Freud, 1927) que “...a religião seria a neurose obsessiva universal da humanidade; tal como a neurose obsessiva das crianças, ela surgiu do complexo de Édipo, do relacionamento com o pai. A ser correta essa conceituação, o afastamento da religião está fadado a ocorrer com a fatal inevitabilidade de um processo de crescimento, e nos encontramos exatamente nessa junção, no meio dessa fase de desenvolvimento. Nosso comportamento, portanto, deveria modelar-se no de um professor sensato que não se opõe a um novo desenvolvimento

*iminente, mas que procura facilitar-lhe o caminho e mitigar a violência de sua irrupção. Decerto nossa analogia não esgota a natureza essencial da religião. Se, por um lado, a religião traz consigo restrições obsessivas, exatamente como, num indivíduo, faz a neurose obsessiva, por outro, ela abrange um sistema de ilusões plenas de desejo juntamente com um repúdio da realidade, tal como não encontramos, em forma isolada, em parte alguma, senão na amênia (deficiência mental, desordem mental), num estado de confusão alucinatória beatífica (devoto, religioso, fanático)”. Parece claro que a ideia que Freud tinha da Religião era negativa e não saudável.*

Mais recentemente, Deus e, conseqüentemente, a religião, foram tratados com bastante hostilidade por Richard Dawkins (2006), em seu livro “Deus, um delírio”. Embora o livro trate sobre um Deus que não existe e que é desnecessário para sermos pessoas boas e morais, o que desperta a pergunta “como alguém que não existe pode ser tão odiado?”, Dawkins também não vê qualquer benefício na religião ou nas crenças religiosas.

O presente texto é uma revisão narrativa baseada em estudos científicos publicados em vários periódicos internacionais, envolvendo populações que professam o cristianismo, principalmente a população adventista do sétimo dia (ASD), tratando sobre os efeitos do estilo de vida peculiar desses religiosos sobre vários aspectos de saúde, longevidade e mortalidade. Por isso, o objetivo da presente revisão foi resumir e apresentar dados sobre longevidade e mortalidade por várias doenças em relação a aspectos do estilo de vida.

## **2 | CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO**

Quase 470 estudos científicos com Adventistas do Sétimo Dia (ASD) já foram publicados, especialmente na população norte-americana (EUA e Canadá), e vários aspectos interessantes têm servido como representativos dos potenciais benefícios de um estilo de vida saudável (<https://adventisthealthstudy.org/researchers/scientific-publications>), tais como, maior expectativa de vida (Singh et al., 2003), menor mortalidade por todas as causas e por doenças do aparelho circulatório e cânceres (Fonnebo, 1992; Fraser, 2003), e menores taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Fraser, 2003). Essas características tornam a população ASD apropriada para estudos sobre os efeitos de distintos padrões dietéticos e outros comportamentos do estilo de vida sobre os principais fatores de risco de mortalidade (Fraser et al., 2015).

A Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) surgiu em decorrência do movimento adventista do grande despertamento de 1840 a 1844, seguido pelo grande desapontamento de 22 de outubro de 1844. Os ASD compõem um grupo religioso que têm a Bíblia como sua única regra de fé e recomenda aos seus membros a prática de um estilo de vida saudável (Phillips, 1975; Phillips et al 1978; GCSDA, 2015). Seus membros são orientados a se absterem completamente do tabaco, das bebidas alcoólicas, das bebidas contendo cafeína, como os chás estimulantes e o café, e a se absterem de alimentos considerados

impróprios para consumo, listados na Bíblia, no livro de Levítico 11, como o porco e peixes de couro, entre outros. Em relação à alimentação, são orientados a adotarem uma dieta com ênfase em alimentos *in natura* e de origem vegetal, evitando produtos condimentados e refinados, com uso abundantemente frutas, hortaliças, cereais integrais, castanhas e água. Ainda enfatizam a educação de qualidade, relacionamentos familiares duradouros e relacionamento profundo com Deus por meio da oração, estudo da Bíblia e do testemunho pessoal (Fraser, 2003). Essas características distintivas têm sido amplamente relacionadas à saúde física, mental e espiritual.

### 3 | PRINCIPAIS CAUSAS-MORTIS

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição, conhecida também como CID-10 (OMS, 1994), permite avaliar, de forma sistemática, as informações sobre a causa de morte, possibilitando a interpretação e comparação de dados coletados em diferentes locais e períodos.

As principais causas não violentas de óbitos no Mundo e no Brasil estão relacionadas ao estilo de vida: 1) doenças do aparelho circulatório, 2) cânceres (neoplasias), 3) doenças do aparelho respiratório e 4) doenças nutricionais, metabólicas e endócrinas (WHO, 2011; WHO, 2014). Juntas, essas doenças contam com quase 70% de todos os óbitos no mundo e 78% no Brasil (WHO, 2018). Essas causas são coletivamente chamadas de DCNT (MOURA et al., 2009; VICTORA et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; WHO, 2013), ou Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), ou ainda, de Doenças do Estilo de Vida (PAPPACHAN, 2011). Os relatórios estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) também indicam que essas são as principais causas de anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (WHO, 2018). Adicionalmente, a taxa de os óbitos por DCNT podem alcançar 80% nos países de baixa a média renda (WHO, 2018). Tendo em conta que grande parte desses óbitos poderia ser evitada com mudanças no estilo de vida (EV), e que esses óbitos ocorrem em fase produtiva da vida, tal contingente impõe pesado custo social e econômico a esses países.

### 4 | ESTILO DE VIDA

O EV é a maneira de viver, com base em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, as interações e condições socioeconômicas e ambientais de vida (WHO, 1998). Quanto maior o número de fatores do EV saudável, menor o risco relativo para a mortalidade por todas as causas (Belloc, 1973; Loef e Walach, 2012; Li et al., 2018). Quanto mais componentes do EV são praticados (não fumar, peso adequado, atividade física, dieta saudável e consumo moderado de álcool) maior a redução (66% ou RR = 0,34, IC95%: 0,27–0,44) no risco de morte. As características enfatizadas de EV dos ASD podem ser resumidas

em oito princípios, que têm como acrônimo a expressão em inglês *NEW START* (HENRY; KALYNOVSKYI, 2004; SLAVÍČEK et al., 2008; WHO, 2008): nutrição (dieta vegetariana), exercício físico, água, exposição adequada ao sol, abstinência de tabaco, álcool, cafeína e de outros produtos nocivos à saúde, ar puro, repouso adequado e confiança em Deus. Henry e Kalynovskyi (2004) recomendaram o *NEW START* como programa de EV para reverter o diabetes e a obesidade naturalmente. Slavíček et al. (2008) aplicaram o *NEW START* por uma semana em 1.349 voluntários, sendo 76% mulheres, com idade média de  $51 \pm 15$  anos. Esses autores avaliaram os efeitos agudos (ao longo da semana de tratamento) e crônicos (após um ano) do Programa *NEW START* e verificaram significantes reduções ( $P < 0,001$ ) de 0,8% no peso corporal em 91% dos sujeitos, de 1,2% no índice de massa corporal (IMC) em 78% deles, de 5% na pressão sistólica e de 3% na pressão diastólica em 90% deles, de 11% no colesterol sérico em 74% dos avaliados e de 10% na glicemia em 40% dos sujeitos, na primeira semana. Após um ano de seguimento de uma pequena amostra, os autores observaram manutenção desses efeitos alcançados. Os autores concluíram que o EV proposto pelo *NEW START* foi capaz de reduzir agudamente os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Adicionalmente, a OMS listou o *NEW START* como um dos programas mais bem-sucedidos no mundo para a promoção de EV fisicamente ativo (WHO, 2008). O documento (p. 25) relata os resultados do *NEW START* para 80 crianças de 5 a 16 anos da rede escolar das Ilhas Cook, como projeto piloto, e indicou melhoras no EV, incluindo aumento dos níveis de atividade física, que foram sustentados ao longo de todo o programa. Outros estudos com amostras representativas de suas respectivas populações têm contribuído enormemente para o entendimento das relações entre o EV, mortalidade e expectativa de vida (FRASER, 2003; BERKEL; WAARD, 1983; FONNEBO, 1992).

## 5 | ESTILO DE VIDA E MORTALIDADE

Estudos com ASD americanos (KAHN et al., 1984; SNOWDON, 1988), holandeses (BERKEL; WAARD, 1983) e noruegueses (FONNEBO, 1992) sustentam a noção de que o EV se associa a menores taxas de mortalidade decorrentes de doença cardíaca coronariana (PHILLIPS et al., 1978; FONNEBO, 1992), da maioria dos cânceres (PHILLIPS, 1975; FONNEBO, 1992) e por doenças nutricionais, metabólicas e endócrinas (ORLICH et al., 2013). Há sólidas indicações de que a dieta tem importante impacto nas taxas de mortalidade (KAHN et al, 1984; SNOWDON, 1988; FRASER, 1999; ORLICH et al., 2013). Esses estudos mostraram que o consumo de carne foi positivamente associado à mortalidade por todas as causas (em homens), por doença cardíaca coronariana (em homens e mulheres) e por diabetes mellitus (em homens). Além desses produtos, há indicações de que o consumo de ovos está positivamente associado à mortalidade por todas as causas e por doença cardíaca coronariana (mulheres) e cânceres do cólon (homens e mulheres), do ovário e

de próstata (KAHN et al, 1984; SNOWDON, 1988). Mais recentemente, estudando 96.469 ASD norte-americanos e canadenses, Orlich et al. (2013) identificaram menores taxas de mortalidade por doença cardiovascular, renal, endócrina e por causas não relacionadas ao sistema cardiovascular ou ao câncer, entre vegetarianos, em comparação aos não vegetarianos, especialmente entre os homens. Fomodu et al (1998) associaram a dieta vegetariana a menores níveis de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Mesmo entre pessoas muito idosas (FRASER e SHAVLIK, 1997), alguns hábitos de EV, tais como a prática de atividade física vigorosa pelo menos três vezes por semana e o consumo de castanhas pelo menos cinco vezes por semana, se associaram a menor mortalidade por doença cardíaca coronariana, diabetes e por todas as causas. Por outro lado, hábitos como o consumo de “donuts” e de carne vermelha aumentaram o risco de morte.

A prática do vegetarianismo está entre os mecanismos relacionados à menor mortalidade. Fraser (1999) mostrou que a mortalidade entre ASD vegetarianos era 20% menor (0,80, IC95%: 0,74-0,87) que entre os que consumiam quaisquer carnes. Fraser (1999) observou também que o risco de doença cardíaca isquêmica fatal e não fatal era aproximadamente 50% menor entre os que consumiam nozes e castanhas quatro a cinco vezes por semana em comparação aos que consumiam uma vez ou menos. O consumo de pão integral reduziu o risco de morte por doença cardíaca isquêmica em 11%. Por outro lado, entre os homens, o consumo de carne menos de três vezes e três vezes ou mais por semana aumentou o risco de morte em 93% e 131%, respectivamente, em relação aos que não consumiam. O mesmo efeito não foi observado entre as mulheres.

Outros aspectos interessantes incluem as relações entre frequentar uma Igreja, participar em atividades religiosas e professar religiosidade e/ou espiritualidade. Lucchetti e colaboradores (2011) revisaram a relação entre espiritualidade e/ou religiosidade sobre a mortalidade. Os autores selecionaram 25 intervenções de saúde bem conhecidas e realizaram busca por estudos de 1994 a 2009. No geral, as pessoas com maiores níveis de religiosidade e/ou espiritualidade exibiram 18% de redução da mortalidade. Participar de serviços religiosos (redução de 25%), ter envolvimento ativo na Igreja (redução de 22%) e exibir elevado nível de religiosidade e/ou espiritualidade (redução de 18%) foram tão importantes quanto consumir frutas e verduras (redução de 26%) para reduzir a mortalidade cardiovascular, e foram mais efetivas, por exemplo, do que o uso de baixas doses de aspirina (redução de 13%), drogas para o tratamento da hipertensão de idosos (redução de 12%) e terapia por estatinas (redução de 12%).

Outros pesquisadores estiveram interessados em avaliar o impacto do tempo de filiação à Igreja, por exemplo, por meio do batismo, sobre a mortalidade. Heuch e colaboradores (2005) acompanharam 29.871 membros da Igreja ASD por 12 anos e, nesse período, registraram 5.109 óbitos. Entre os homens, os que se uniram a Igreja ASD desde a infância exibiram menor mortalidade do que os que se uniram entre 40 e 70 anos de

idade. Além disso, quanto maior o tempo como membro da Igreja, menor foi a mortalidade. Entre as mulheres, as que se uniram a Igreja antes dos 40 anos experimentaram menor mortalidade. Fonnebo (1992) acompanham 7.173 ASD da Noruega, de 1962 a 1986, e verificaram que os que se filiaram a Igreja antes dos 19 anos de idade, provavelmente levados pelos familiares, exibiram 31% (homens) e 41% (mulheres) menor mortalidade que a população em geral. A principal causa dessa redução foi a diminuição da prevalência de doença cardiovascular (56% em homens e 48% em mulheres). Adicionalmente, entre aqueles que entraram na Igreja após os 19 anos de idade, observou-se que quanto maior o tempo de afiliação (batismo), menor a mortalidade.

## 6 | ESTILO DE VIDA E EXPECTATIVA DE VIDA

Expectativa de vida é o número de anos restantes a uma pessoa, em uma idade em particular, baseada nas taxas de mortalidade específicas da população (WHO, 2004). A expectativa de vida média no Brasil, em 1940, era de 45,5 anos (homens: 42,9 anos e mulheres: 48,3 anos) desde o nascimento, e passou para 76,6 anos (homens: 73,1 anos e mulheres: 80,1 anos), segundo o IBGE (2022). Em relação aos ASD, Fraser (2001) divulgou dados indicativos de que nos Estados Unidos da América, entre os que praticavam a maioria dos princípios de EV propostos pela Igreja (dieta vegetariana, exercícios físico, índice de massa corporal adequado e não fumavam), a expectativa de vida poderia ser de até 10 anos a mais que a população em geral. Em 2005, o jornalista Dan Buettner publicou um artigo na *National Geographic* que repercutiu mundialmente, apontando as três populações com maior expectativa de vida no mundo, entre as quais estavam os ASD da Califórnia, EUA, e sugeriu que havia relação direta entre a elevada expectativa de vida e seus distintivos aspectos do EV (BUETTNER, 2005). O jornalista chamou essas comunidades longevas de “Blue Zones”. Hoje em dia, são reconhecidas cinco principais Blue Zones, incluindo os ASD de Loma Linda na Califórnia, os japoneses da ilha de Okinawa, os italianos da ilha da Sardenha, a comunidade de Nicoya na Costa Rica (ROSETO-BIXBY, 2013) e Ikaria na Grécia (PANAGIOTAKOS, 2011). Verificou que as Blue Zones tinham em comum os seguintes hábitos: não fumavam, permaneciam fisicamente ativos, tinham importante envolvimento social, desfrutavam de carinho familiar e tinham dieta baseada em vegetais. Os ASD chamaram a atenção por suas características distintivas de EV, tais como fortes vínculos religioso e espiritual, guarda do sábado, consumo de derivados da soja, como o leite de soja, e elevado consumo de castanhas e legumes.

O estudo de Belloc (1973) ilustra bem a relação entre EV e expectativa de vida. Ele avaliou a influência de sete hábitos: 1) sono de 7h à 8h, 2) peso adequado, 3) não comer entre as refeições, 4) tomar o desjejum, 5) envolver-se frequentemente ou algumas vezes por semana em alguma atividade esportiva, ou nadar, caminhar longamente, realizar jardinagem ou exercícios físicos, 6) ingerir menos de 4 doses de bebida alcoólica por

semana e 7) não fumar. A expectativa de vida de homens e mulheres que tinham pelo menos seis desses hábitos era de 11 anos e 7 anos maior, respectivamente, que aqueles que tinham quatro hábitos ou menos.

Fonnebo (1992) seguiram 7.173 ASD da Noruega, de 1962 a 1986, e observaram que a expectativa de vida de homens e mulheres da população norueguesa, no período de 1961 a 1985, era de 53,4 anos (homens) e 59,0 anos (mulheres) a partir de 20 anos. Analisando-se toda a população ASD, as expectativas de vida foram de 56,4 anos e 59,7 anos, respectivamente, mas, entre os que se afiliaram antes dos 19 anos, as expectativas de vida eram de 58,6 anos e 64,2 anos, respectivamente. Os acréscimos às expectativas de vida foram de 4,0 e 0,7 anos, respectivamente, com respeito a todos os ASD, e de 5,2 anos para homens e mulheres entre os que se tornaram ASD antes dos 19 anos de idade.

Recentemente, Li e colaboradores (2018) avaliaram os dados de dois grandes estudos prospectivos, o *Nurses' Health Study* e o *Health Professionals Follow-up Study*, totalizando 123.219 homens e mulheres, os quais foram comparados a adultos do estudo NHANES. Eles avaliaram apenas cinco componentes do estilo de vida: nunca ter fumado, IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> e 24,9 kg/m<sup>2</sup>, 30 minutos ou mais de atividade física diária de moderada a vigorosa intensidade, consumo moderado de álcool e elevado escore dietético. A mortalidade diminuiu com o aumento do número de hábitos saudáveis. Em relação aos que não praticavam qualquer um dos cinco hábitos saudáveis, o risco de morte (razões de risco ajustadas) por todas as causas, por cânceres e por doenças cardiovasculares, respectivamente, foram reduzidos em 21%, 17% e 25% para os que praticavam um hábito saudável, de 39%, 32% e 46% para os que praticavam dois hábitos saudáveis, de 53%, 47% e 60% entre os que praticavam três hábitos, de 65%, 56% e 72% entre os que praticavam 4 hábitos e de 74%, 65% e 82% para os que praticavam os cinco hábitos (LI et al., 2018). Esses benefícios ocorreram em todas as faixas etárias, de 50 anos a 85 anos, entre os homens e as mulheres. As expectativas de vida dos homens e mulheres que praticavam os cinco hábitos foram 14,0 anos e 12,2 anos, respectivamente, maiores do que os que não praticavam qualquer um desses cinco hábitos (LI et al., 2018).

## 7 | ESTUDOS COM BRASILEIROS

São muito escassas as informações a respeito da saúde, longevidade e mortalidade de brasileiros relacionadas à religião. Apenas quatro estudos estão disponíveis com ASD do Brasil (NAVARRO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2007; FERREIRA et al., 2011; SILVA et al., 2012 e VELTEN et al., 2016).

Navarro et al. (2006) estudaram 136 ASD com diferentes padrões alimentares: vegetarianos, semi-vegetarianos e não vegetarianos. Os autores observaram que, os que praticavam a dieta vegetariana exibiam valores significativamente menores de pressão arterial sistólica e diastólica, de colesterol total, e menores prevalências de

hipercolesterolemia e de hipertensão arterial.

Teixeira et al. (2007) compararam 67 ASD vegetarianos das cidades de Vitória e Vila Velha, no Espírito Santo, Brasil, a 134 onívoros (não vegetarianos) do Projeto MONICA/Vitória. Após pareamento por classe socioeconômica, sexo, idade e raça, os ASD vegetarianos exibiram significativamente menores valores de IMC, relação cintura/quadril, pressão arterial, ureia, ácido úrico, sódio urinário, glicemia de jejum, colesterol total, LDL-Colesterol e triglicérides que os não vegetarianos.

Ferreira et al. (2011) estudaram 244 indivíduos semivegetarianos e 364 não vegetarianos, membros da maior IASD do estado de São Paulo, avaliando a prevalência de DCNT e uso de produtos recomendáveis e não recomendáveis à saúde. Os semivegetarianos exibiram significativamente menores valores de peso corporal e IMC que os não vegetarianos, e baixas prevalências de doença cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia em relação à população brasileira, (entre 2% e 10%). Adicionalmente, os semivegetarianos consumiam significativamente menos açúcar, arroz branco, café, doces em geral, margarina e refrigerantes, e significativamente mais alimentos integrais, amêndoas, amendoim, castanha de caju, castanha do Pará, frutas frescas, leite de soja, proteína vegetal texturizada e saladas.

Silva et al. (2012) determinaram a prevalência de hipertensão arterial de 264 ASD da capital e do interior do Estado de São Paulo, com alto nível de religiosidade, avaliada pelo DUREL - Duke Religious Index (ALMEIDA et al., 2008). As prevalências de hipertensão arterial dos ASD da capital (15%) e do interior (27,4%) foram significativamente inferiores às verificadas na população brasileira.

Velten et al. (2016) não ofereceram informações sobre a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes, mas a reanálise dos dados mostrou que os ASD exibiram maior taxa de óbitos por cânceres (20% *versus* 15%) e menor taxa de mortes por causas externas de morbidade e de mortalidade (10% *versus* 19%).

## 8 | INFLUÊNCIA DO TEMPO DE BATISMO

O ingresso de uma pessoa em uma determinada Igreja geralmente ocorre por meio do batismo. Alguns estudos avaliaram o tempo decorrido desde o batismo como indicador de exposição às orientações da Igreja, por exemplo, em relação aos hábitos de saúde (PHILLIPS, 1975, MILLS *et al.*, 1988). Presume-se que quanto mais tempo de afiliação, maior o tempo de exposição às orientações de estilo de vida e saúde e, por isso, maior a influência da religiosidade e/ou espiritualidade (HEUCH *et al.*, 2005). Mills e colaboradores (1988) notaram que as razões de chance para o câncer de mama tenderam a ser inversamente associadas ao tempo de exposição ao estilo de vida proposto pela IASD ( $0,09 < P < 0,20$ ).

## 9 | CONCLUSÕES

A religiosidade e a espiritualidade influenciam positivamente diversos aspectos de saúde, se associam positivamente à expectativa de vida e reduzem a mortalidade por várias causas. Entre os mecanismos destacam-se as orientações de estilo de vida fornecidas pela Igreja, bem como aquelas inerentes às atividades religiosas organizacionais e às de cunho pessoal ou espirituais.

## REFERÊNCIAS

- BELLOC, N. B. Relationship of Health Practices and Mortality. **Preventive Medicine**, v. 2, n. 1, p. 67-81, 1973. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(73\)90009-1](https://doi.org/10.1016/0091-7435(73)90009-1).
- BERKEL, J.; WAARD, F. Mortality pattern and life expectancy of Seventh-Day Adventists in the Netherlands. **International Journal of Epidemiology**, v. 12, n. 4, p.455-9, 1983. <https://doi.org/10.1093/ije/12.4.455>.
- BUETTNER, D. Os segredos da longa vida. **National Geographic**, nov. 2005.
- DAWKINS, R. **Deus, um delírio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- FAMODU, A. A.; OSILESI, O.; MAKINDE, Y. O.; OSONUGA, O. A. Blood pressure and blood lipid levels among vegetarian, semi-vegetarian, and non-vegetarian native Africans. **Clinical Biochemistry**, v. 31, n. 7, p. 545-9, 1998. [https://doi.org/10.1016/s0009-9120\(98\)00067-8](https://doi.org/10.1016/s0009-9120(98)00067-8).
- 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. 15-23, 2011.
- FONNEBO, V. Mortality in Norwegian Seventh-day Adventists 1962-1986. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 45, n. 2, p. 157-67, 1992. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90008-b](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90008-b).
- FRASER, G. E. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white California Seventh-day Adventists. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 70, n. 3, p. 532S-8S, 1999. <https://doi.org/10.1093/ajcn/70.3.532s>.
- FRASER, G. E. **Diet, life expectancy and chronic disease: studies of seventh-day Adventists and other vegetarians**. Oxford University Press Oxford, 2003.
- FRASER, G. E. Ten years of life: Is it a matter of choice? **Archives of Internal Medicine**, v. 161, n.13, p. 1645-52, 2001. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.13.1645>.
- FRASER, G. E.; ORLICH, M. J.; JACELDO-SIEGL, K. Studies of chronic disease in Seventh-day Adventists (Letter to the Editor). **INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY**, v. 184, p. 573, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.015>.
- FRASER, G. E.; SHAVLIK, D. J. Risk factors for all-cause and coronary heart disease mortality in the oldest-old. **Archives of Internal Medicine**, v. 157, n. 19, p. 2249-58, 1997.
- FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão**. Londres: Hogarth Press e Instituto de Psicanálise, 98 págs, 1928 (Trad. de W. D. Robson-Scott).

GCSDA. General Conference of Seventh-Day Adventists. **Seventh-Day Adventist Church Manual**. 19<sup>th</sup> edition, Pacific Press Publishing Association: Nampa, Idaho, 2015.

HENRY, B.; KALYNOVSKYI, S. Reversing Diabetes and Obesity Naturally: A NEWSTART® Lifestyle Program. **The Diabetes Educator**, v. 30, n.1, p. 48-59, 2004. <https://doi.org/10.1177/0145721704030010109>.

HEUCH, I.; JACOBSEN, B. K.; FRASER, G. E.; A cohort study found that earlier and longer Seventh-day Adventist church membership was associated with reduced male mortality. **Journal Clinical Epidemiology**, v. 58, n.1, p. 83-91, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.04.014>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativas de vida em idades exatas, variação em ano do período e tempo médio de vida – Brasil – 1940/2019. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso feito em 10 de Agosto de 2022.

KAHN, H. A.; PHILLIPS, R. L.; SNOWDON, D. A.; CHOI, W. Association between reported diet and all-cause mortality: twenty-one-year follow-up on 27,530 adult seventh-day Adventists. **American Journal Epidemiology**, v. 119, n. 5, p. 775-87, 1984. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113798>.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012, p. 278730, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

LI, Y.; PAN, A.; WANG, D. D.; LIU, X.; DHANA, K.; FRANCO, O. H.; KAPTOGE, S.; DI ANGELANTONIO, E.; STAMPFER, M.; WILLETT, W. C.; HU, F. B. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation*. 2018; v. 138, n. 4, p. 345-355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>. Erratum in: *Circulation*. 2018; 138(4): e75.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163-70, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore (N. Y.)**, v. 7, n. 4, p. 234–238, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.04.005>.

MILLS, P. K.; ANNEGERS, J. F.; PHILLIPS, R. L. Animal product consumption and subsequent fatal breast cancer risk among Seventh-Day Adventists. **American Journal of Epidemiology**, v. 127, n. 3, p. 440-53, 1988. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114821>.

MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 17-22, 2009. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000700003>.

NAVARRO, J. C. A.; PRADO, S. C.; GUIMARÃES, G.; MARTINS, M.; CAMELLI, B. Vegetarians and semi-vegetarians are less exposed to cardiovascular risk factors. **International Journal of Atherosclerosis**, v. 1, n. 1, p. 48-54, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 – Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10.ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1994.

ORLICH, M. J.; SINGH, P. N.; SABATÉ, J.; JACELDO-SIEGL K.; FAN, J.; KNUTSEN, S.; BEESON, W. L.; FRASER, G. E. Vegetarian Dietary Patterns and Mortality in Adventist Health Study 2. **Journal of the American Medical Association**, v. 173, n. 13, p. 1230-8, 2013. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6473>.

PANAGIOTAKOS, D. B.; CHRYSOHOOU, C.; SIASOS, G.; ZISIMOS, K.; SKOUMAS, J.; PITSAVOS, C.; STEFANADIS, C. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: the Ikaria study. **Cardiology Research and Practice**, v. 2011, p. 679187, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/679187>.

PAPPACHAN, M. J. Increasing prevalence of lifestyle diseases: high time for action. **Indian Journal of Medical Research**, v.134, n.2, p. 143-145, 2011.

PHILLIPS, R. L. Role of Life-style and Dietary Habits in Risk of Cancer among Seventh-Day Adventists. **Cancer Research**, v. 35, n.11, p. 3513-22, 1975.

PHILLIPS, R. L.; LEMON, F. R.; BEESON, W. L.; KUZMA, J. W. Coronary heart disease mortality among Seventh-Day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 31, n.10, p.S191-S8, 1978. <https://doi.org/10.1093/ajcn/31.10.S191>.

ROSETO-BIXBY, L. DOW, W. H.; REHKOPF, D. H. The Nicoya region of Costa Rica: a high longevity island for elderly males. **Vienna Yearbook of Population Research**, v. 11, p. 109-36, 2013. <https://doi.org/10.1553/populationyearbook2013s109>.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n.9781, p. 1949-61, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).

SILVA, L. B.; SILVA, S. S.; MARCÍLIO, A. G.; PERIM, A. M. Prevalence of arterial hypertension among Seventh-Day Adventists of the São Paulo state capital and inner área. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 4, p. 329-37, 2012. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012005000026>.

SINGH P. N.; SABATÉ, J.; FRASER, G. E. Does low meat consumption increase life expectancy in humans? **American Journal Clinical Nutrition**, v. 78, n.3, p. 526S-32S, 2003. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.3.526S>.

SLAVÍČEK, J.; KITTNAR, O.; FRASER, G. E.; MEDOVÁ, E.; KONECNA, J.; ZIZKA, R.; DOHNALOVÁ, A.; NOVÁK, V. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Central European Journal of Public Health**, v. 16, n.4, p. 161-4, 2008. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3474>.

SNOWDON, D. A. Animal product consumption and mortality because of all causes combined, coronary heart disease, stroke, diabetes, and cancer in Seventh-day Adventists. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 48, n.3, p. 739-48, 1988. <https://doi.org/10.1093/ajcn/48.3.739>.

TEIXEIRA, R.; MOLINA, M.; ZANDONADE, E.; MILL, J. G. Cardiovascular risk in vegetarians and omnivores: a comparative study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 4, p. 237-244, 2007. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2007001600005>.

VELTEN, A. P. C.; OLIVEIRA, E. R. A.; OLIVEIRA, C. S.; CADE, N. V. Perfil de mortalidade de adventistas e da população geral do estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, v.3, p. 6-16, 2016.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J.; BASTOS, F. I.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; TRAVASSOS, C.; REICHENHEIM, M.; BARROS, F. C. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X).

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva; 1998.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Geneva; 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013-2020**. Geneva; 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva; 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Review of best practice in interventions to promote physical activity in developing countries**. China; 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2014**. Geneva; 2014.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aconselhamento 47, 48, 67, 68, 206, 208

Adolescente 126, 206, 208, 223

Alimentação saudável 46, 47, 97, 120, 122, 123, 124, 167

Ansiedade 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 116, 228, 229, 231

Atenção primária 3, 112, 113, 114, 116, 119, 174, 176, 178, 180, 190

### B

Bruxismo 83, 92

### C

Câncer 12, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 132, 135, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181

Consulta de enfermagem na rua 200, 201, 205, 206, 210

Covid-19 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 24, 30, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 89, 91, 92, 152, 220, 221, 223, 224, 227, 229, 230, 232

Criança 8, 9, 27, 68, 206, 208

### D

Diabetes mellitus 11, 42, 131, 135, 170

Doença 2, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 55, 62, 67, 68, 69, 94, 95, 97, 98, 101, 104, 107, 108, 116, 121, 131, 132, 133, 135, 141, 142, 144, 149, 152, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 192, 194, 195, 196, 210, 215

Doenças crônicas não transmissíveis 116, 127, 129, 228

Dor 31, 33, 37, 54, 55, 56, 58, 60, 62, 64, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 113, 116, 119, 218

### E

Efeitos colaterais 176

Endemia 183, 185

Envelhecimento 2, 55, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 105, 107, 109, 115, 116, 117, 121, 124, 126, 168, 179, 211, 220, 221, 231, 232

Equipe multiprofissional 175, 181

Estilo de vida 21, 25, 27, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 83, 93, 94, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 206, 228

Estratégia da Saúde da Família 6, 180, 188, 196

Exercício físico 59, 61, 120, 123, 124, 131, 230

Expectativa de vida 127, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 221

## G

Ganho de peso 32, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

Gravidez 7, 8, 32, 41, 42, 46, 48, 69, 73

## H

*Health* 1, 8, 9, 28, 29, 31, 39, 40, 49, 50, 51, 52, 63, 72, 79, 80, 82, 92, 93, 103, 104, 105, 106, 108, 113, 118, 121, 126, 128, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 174, 175, 181, 184, 198, 199, 200, 201, 221, 232

Hipertensão arterial sistêmica 11, 170

## I

Idoso 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 206, 208, 211, 222, 223, 226, 229, 230, 231, 232

Indicadores epidemiológicos 10, 70

Infecções sexualmente transmissíveis 66, 69, 73

## M

Malária 141, 150, 152, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Medicamentos 2, 7, 8, 68, 169, 170, 171, 172, 173, 181, 216, 218

Meio ambiente 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 203, 204

Miopia 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Morbidade 11, 20, 31, 37, 38, 135, 179, 183

Mortalidade 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 55, 73, 94, 98, 99, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 179, 197, 229

Mulher 32, 33, 37, 38, 41, 42, 47, 48, 49, 58, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 92, 104, 206, 208, 217

## O

*One Health* 140, 142, 143, 150, 152, 153, 154

Orientação 12, 13, 69, 77, 169, 170, 171, 172, 206, 207, 208, 209, 213, 216

## P

Pandemia 10, 11, 16, 18, 24, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 125, 143, 148, 150, 230

*Podcast* 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Políticas públicas 78, 95, 109, 111, 112, 117, 141, 146, 151, 174, 195, 222, 232

População 2, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 66, 69, 75, 84, 88, 89, 94, 95, 97, 100, 103, 107, 109, 111, 112, 113, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 129, 133, 134, 135, 138, 143, 146, 172, 173, 174, 179, 180, 185, 186, 187, 189, 191, 197, 201, 210, 220, 221, 222, 223, 227, 228, 229, 230, 231

Profissionais de saúde 42, 46, 67, 77, 78, 79, 82, 93, 96, 97, 100, 101, 102, 113, 174, 175, 176, 209

Promoção da saúde 1, 2, 7, 21, 66, 69, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 122, 126, 127, 146, 167, 179, 227

## **Q**

Qualidade de vida 1, 2, 6, 7, 32, 33, 37, 38, 46, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 69, 83, 89, 92, 95, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 142, 145, 146, 170, 172, 210, 218, 226, 227, 228, 231

## **R**

Rede de atenção básica 206, 208

Religião 127, 128, 129, 134, 214

## **S**

Saúde da mulher 47, 49, 67, 206, 208

Saúde mental 73, 89, 90, 114, 119, 206, 208, 220, 223, 224, 227, 229, 230, 231

Saúde pública 2, 2, 3, 4, 9, 11, 21, 27, 39, 63, 66, 71, 72, 75, 90, 95, 103, 104, 105, 107, 108, 117, 118, 126, 143, 145, 149, 151, 152, 167, 168, 169, 181, 184, 195, 197, 198, 199, 221, 232, 233

Serviços de saúde 2, 4, 76, 78, 98, 100, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 143, 144, 180, 183, 185, 188, 191, 195, 197, 198, 199, 210, 211, 230

Sistema único de saúde 2, 2, 3, 9, 31, 34, 66, 72, 74, 113, 147, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 195, 210, 232

## **U**

Unidade Básica de Saúde 200, 201

## **V**

Vigilância em saúde 4, 9, 146, 147, 183, 187, 190, 195

Violência sexual 77, 79



# PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



# PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)