



AFILIAÇÃO RELIGIOSA E ESTILO DE VIDA EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO NO ALTO SERTÃO BAIANO

RELIGIOUS MEMBERSHIP AND LIFESTYLE IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN UPPER HINTERLANDS IN BAHIA STATE

Claudio Bispo de Almeida ¹
Deyvis Nascimento Rodrigues ²
Ricardo Franklin de Freitas Mussi ³

Manuscrito recebido em: 28 de junho de 2021.

Aprovado em: 15 de novembro de 2021.

Publicado em: 30 de dezembro de 2021.

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre afiliação religiosa e estilo de vida em escolares do ensino médio de um município de Guanambi, Bahia, Brasil. **Método:** Inquérito de base escolar, com amostra de 1.140 escolares matriculados em escolas públicas e privadas. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário. Para análise, utilizou-se regressão logística, sendo selecionadas as variáveis com $p < 0,20$, e significância estatística para $p < 0,05$ no modelo final. A referência positiva quanto à religião determinou a afiliação religiosa. **Resultados:** A prevalência de escolares com afiliação religiosa foi de 92,0%. Em toda a amostra, as variáveis com menor chance de apresentar afiliação religiosa foi: sexo masculino (OR=0,31; IC95%:0,22-0,54); não consumir bebida alcóolica (OR=0,50; IC95%:0,31-0,80); consumo inadequado de verduras (OR=0,47; IC95%: 0,28-0,78); e autopercepção de alto nível estresse (OR=0,47; IC95%:0,29-0,78); E maior entre aqueles que consumiam inadequadamente frutas/sucos naturais (OR=1,71; IC95%:1,08-2,68). No grupo masculino, as menores chances de apresentar o desfecho foram entre aqueles que não consumiam bebida alcóolica (OR=0,52; IC95%:0,29-0,94) e com autopercepção de alto nível estresse (OR=0,43; IC95%:0,22-0,85). No sexo feminino as chances de ter afiliação religiosa foram maiores naqueles com consumo inadequado de frutas/sucos naturais (OR=2,54; IC95%:1,20-5,38) e menor entre os que consumiam inadequadamente verduras (OR=0,31; IC95%:0,13-0,75). **Conclusão:** Afiliação religiosa está associada às variáveis de estilo de vida dos escolares do ensino médio do município de Guanambi, Brasil, com variação de associação conforme os sexos.

¹ Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade da Universidade do Estado da Bahia. Integrante do Núcleo Internacional de Estudos em Direitos Humanos, Educação, Cultura e Saúde.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9486-7163> E-mail: rodriguesdeyvis@yahoo.com.br

² Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco. Docente Permanente no Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade da Universidade do Estado da Bahia. Integrante do Núcleo Internacional de Estudos em Direitos Humanos, Educação, Cultura e Saúde.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8688-6716> E-mail: rimumsi@yahoo.com.br

³ Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade da Universidade do Estado da Bahia. Integrante do Núcleo Internacional de Estudos em Direitos Humanos, Educação, Cultura e Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1515-9121> E-mail: rimumsi@yahoo.com.br



Palavras-chave: Religião; Comportamento do adolescente; Estilo de vida; Comportamentos Relacionados com a Saúde.

Abstract

Objective: Analyzing the association between religious membership and lifestyle in high school students from the city in Guanambi, Bahia state, Brazil. **Method:** School-based survey, with a sample of 1,140 students enrolled in public and private schools. Data collection was performed through a questionnaire. Logistic regression was used for analysis, the variables with $p < 0.20$, and statistical significance to $p < 0.05$ in the final model were selected. Positive reference regarded to religion determined religious membership. **Results:** The prevalence of students with religious membership was 92.0%. In the entire sample, the variables with the lowest chance of showing religious membership were: male gender (OR=0.31; 95%CI: 0.22-0.54); drinking no alcohol beverages (OR=0.50; 95%CI: 0.31-0.80); inadequate consumption of vegetables (OR=0.47; 95%CI: 0.28-0.78); and self-perception of high stress level (OR=0.47; 95%CI: 0.29-0.78); It is higher among those who inappropriately consumed natural fruits/juices (OR=1.71; 95%CI: 1.08-2.68). In the male group of students, the lowest chances of presenting the outcome were among those who did not consume alcoholic beverages (OR=0.52; 95%CI: 0.29-0.94) and those with self-perception of high stress level (OR=0.43; 95%CI: 0.22-0.85). Among female students, the chances of having religious membership were higher among those with inadequate consumption of natural fruits/juices (OR=2.54; 95%CI: 1.20-5.38) and lower among those who consumed vegetables inadequately (OR=0.31; 95%CI: 0.13-0.75). **Conclusion:** Religious membership is associated to the lifestyle variables of high school students from the city of Guanambi, Brazil, with variation in association according to the gender.

Keywords: Religion; Adolescent Behavior; Lifestyle; Health Behavior.

INTRODUÇÃO

A religião se constitui por um sistema solidário/coletivo de crenças e práticas relativas a elementos sagrados, que unem numa comunidade moral, aqueles que a ela aderem¹. Neste sentido, a religião desempenha importante papel na experiência humana, influenciando a maneira como os sujeitos percebem e reagem ao mundo². As crenças não se separam das demais dimensões da vida das pessoas³.

O censo demográfico de 2010 identificou alta indicação de afiliação religiosa na população brasileira, e 8% declararam não ter religião⁴. A afiliação religiosa é fundamentada na orientação e admiração pautada na experiência com o sagrado, pelo compartilhamento de mitos, ritos e símbolos espirituais. Neste sentido, a pessoa assume o compromisso de respeitar e seguir um arcabouço moral que embasará suas relações com a vida e com o mundo⁵.



A afiliação religiosa exerce importante influência nas diversas dimensões da vida humana, ao atribuir-lhe valores, normas e comportamentos que contribuem no processo de construção e aderência a um estilo de vida^{6,7}. O estilo de vida é afetado pelos diferentes ambientes sociais de convivência, emoções e religiosidade, sob influência de fatores hereditários, disponibilidade de serviços de saúde e ambiente, que o tornam importante indicador de saúde⁸. Enquanto componente da vida humana, interfere no desenvolvimento de atitudes, crenças e valores, inclusive entre os jovens⁹.

A adolescência, fase que antecede e prepara para a vida adulta, é caracterizada por mudanças comportamentais e pela formação ou reorganização do caráter e da personalidade. Nesta etapa, os jovens estão sujeitos a experimentação e/ou incorporação à comportamentos de risco à saúde física e/ou mental^{6,10,11}, e também à interferências externas, dos valores e da cultura¹¹.

Diante da possibilidade do primeiro contato com uso de substâncias psicoativas, prática sexual de risco, comportamento antissocial, alimentação inadequada, baixo nível de atividade física, entre outros fatores, devem ser priorizadas ações direcionadas à promoção da saúde em adolescentes⁶. Investigações com escolares brasileiros não identificaram religião específica associada aos comportamentos relacionados à saúde^{5,12}. O status de saúde também pode ser associado à afiliação religiosa¹³. Pessoas com níveis regulares e ruins de saúde buscam na religião um meio alternativo de enfrentamento ou superação da doença e do sofrimento¹⁴.

Foram mencionadas importantes interações entre afiliação religiosa e elementos do estilo de vida, no entanto, ainda há carência de informações relativas a sua conformação em escolares de regiões distantes dos centros urbanos/metropolitanos. Esse quadro situacional dificulta intervenções preventivas e corretivas de possíveis condições deletérias a saúde nesta faixa etária conforme as demandas locais/regionais. Neste sentido, o presente estudo objetiva analisar a associação entre afiliação religiosa e estilo de vida em escolares do ensino médio do município de Guanambi, Bahia, Brasil.



MÉTODOS

Esta investigação é recorte da pesquisa “Comportamentos relacionados à saúde de adolescentes do município de Guanambi (BA)” aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 167.017/2012. Trata-se de estudo descritivo, transversal, de base escolar, do tipo *Survey*, desenvolvido no município de Guanambi, região do Alto Sertão Baiano, distante 796 km da capital, Salvador, no Nordeste brasileiro, com índice médio de desenvolvimento humano (IDH), em 2010, de 0,673¹⁵. A população de referência foi composta pelos escolares, de 15 a 19 anos, matriculados e frequentando o ensino médio das 10 unidades de ensino (100% das unidades de ensino), públicas e privadas, de Guanambi, totalizando 4.132 estudantes do ensino médio em 2012, período de coleta do presente estudo.

O cálculo amostral, do projeto original, considerou prevalência de 50% para o desfecho, erro amostral de três pontos percentuais e nível de confiança de 95%, que definiu amostragem mínima de 848 participantes. Com a aplicação do fator de correção para coleta por conglomerados (turmas integrais), multiplicou-se a amostra inicial por 1,5, e houve o acréscimo de 20% para possíveis perdas. A amostra final ficou definida em 1.527 participantes, sendo aplicados 1.374 questionários, dos quais, após perda amostral (em virtude de recusas e exclusões – por estarem fora da faixa etária prevista, ou por preenchimento inadequado do instrumento), permaneceram 1.140, mantendo-se a representatividade da amostra.

As turmas (conglomerados) foram sorteadas para garantir a proporcionalidade entre os tamanhos das escolas, tipo de escola (privada, pública estadual e pública federal), turno (diurno e noturno) e série (primeiro, segundo e terceiro anos do ensino médio). Para as análises foi realizada a ponderação da amostra, atribuindo-se peso aos participantes, o que explica os resultados expressos apenas em percentuais. Desta forma, fez-se com que os cálculos fossem desenvolvidos sem maiores prejuízos à representatividade amostral.



Para coleta de dados foi estruturado um instrumento, a partir de questionários validados para adolescentes^{8,16}. Um constava das dimensões relativas às informações pessoais, informações sobre o trabalho, hábitos alimentares e controle de peso, características da Educação Física e atividade física habitual, comportamentos de risco, percepção de saúde e bem-estar¹⁶ e o outro serviu de base para as questões sobre religiosidade⁸.

Os dados foram coletados no segundo semestre de 2012. A equipe de coleta de dados foi composta por professores e acadêmicos de Educação Física da Universidade do Estado da Bahia, previamente treinados. Em todas as unidades de ensino pesquisadas, inicialmente, foram solicitadas as anuências das instituições de ensino para a realização da pesquisa. Em seguida, realizou-se reunião com dirigentes escolares para explicar os procedimentos da pesquisa. Após a aprovação pelo CEP, solicitou-se às unidades de ensino apoio na logística da investigação e agendamento das datas para a aplicação dos questionários nas turmas sorteadas.

Os escolares das turmas sorteadas foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, da importância da participação e do anonimato das informações. Aos pais dos menores de idade foram encaminhados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); além disso, aos menores cujos pais permitiram a participação, foi solicitado que também assinassem o termo de assentimento. Para os estudantes maiores de idade, foi entregue o TCLE para que eles assinassem, caso concordassem em participar. Após o consentimento de participação na pesquisa, os questionários foram aplicados, em sala de aula, para todos os estudantes presentes no dia e horário da coleta de dados.

A afiliação religiosa foi a variável independente, com resposta dicotomizada (sim; não). Definiu-se como afiliado a alguma religião aqueles que responderam 'sim' ao seguinte questionamento: "Você tem alguma religião?", o que caracteriza os adolescentes que relatam possuir alguma religião, e que é diferente daqueles que a praticam. As demais variáveis foram: sexo (masculino; feminino); faixa etária (15 a 17 anos; 18 e 19 anos); renda familiar mensal (\leq dois salários mínimos; $>$ dois salários mínimos); consumo de bebidas alcoólicas (não = não consome bebida alcóolica semanalmente; sim = consumo \geq 01/semana); consumo de frutas/sucos naturais (adequado: \geq 5 dias/semana; inadequado: $<$ 5 dias/semana); consumo de



verduras (adequado: ≥ 5 dias/semana; inadequado: < 5 dias/semana); estresse - autorreferido (nível baixo = raramente estressado, vivendo muito bem + às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem; nível alto = quase sempre estressado, enfrentando problemas com frequência + excessivamente estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária); prática de atividade física (suficiente: ≥ 300 min/semana; insuficiente: < 300 min/semana); e comportamento sedentário, determinado pelo tempo diário assistindo TV (sim: ≥ 02 h/dia; não: < 02 h/dia).

Na análise de dados foi utilizada a estatística descritiva, por meio de distribuição de frequências e regressão logística, bruta e ajustada (método *Backward Conditional*), considerando os resultados gerais e estratificadas por sexo, com os resultados expressos em *Odds Ratio* (OR) e IC95%. Foi considerado como critério estatístico de permanência no modelo final da regressão logística ajustada o valor de $p \leq 0,20$, e neste modelo adotou-se como nível de significância estatística de $p < 0,05$. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS versão 22.0.

RESULTADOS

A maior parte dos adolescentes na amostra caracterizou-se por: possuir afiliação religiosa (92%); ser do sexo feminino (60,9%); estar na faixa etária de 15 a 17 anos (69,3%); e pertencer a famílias com renda familiar de até dois salários mínimos (68,6%). Quanto aos elementos do estilo de vida, prevaleceram os adolescentes que: indicaram não consumo de bebida alcoólica (76,1%); relataram baixo nível de estresse (78,3%); praticavam pouca atividade física semanal (80,3%); apresentaram comportamento sedentário excessivo (75,7%); consumiam quantidade inadequada de frutas/sucos naturais (55,6%) e de verduras (62,2%).

A Tabela 2 mostra as associações entre afiliação religiosa, fatores sociodemográficos e de estilo de vida. Relataram menores chances de ter afiliação religiosa: adolescentes do sexo masculino (OR=0,34; IC95%: 0,22-0,54); aqueles que consumiam bebidas alcoólicas (OR=0,50; IC95%: 0,31-0,80); com consumo inadequado de verduras (OR=0,47; IC95%: 0,28-0,78); e com autopercepção de alto nível de estresse (OR=0,47; IC95%: 0,29-0,78). No sentido oposto, os adolescentes que disseram consumir frutas/sucos naturais em quantidade insuficiente tiveram maior chance para afiliação religiosa (OR=1,71; IC95%: 1,08-2,68).



Tabela 1 - Prevalência de afiliação religiosa, fatores sociodemográficos e comportamentos em amostra de escolares do ensino médio. Guanambi, Bahia, Brasil, 2012. (n=1.140).

	Distribuição de Frequências ¹ (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
Afiliação religiosa			
Sim	92,0	87,1	95,1
Não	8,0	12,9	4,9
Sexo			
Masculino	39,1	----	----
Feminino	60,9	----	----
Faixa etária			
15 a 17 anos	69,3	68,6	69,8
18 a 18 anos	30,7	31,4	30,2
Renda familiar mensal			
≤2 salários mínimos	68,6	57,9	75,4
>2 salários mínimos	31,4	42,1	24,6
Consumo de bebida alcoólica			
Não	76,1	71,2	79,3
Sim	23,9	28,8	20,7
Consumo de frutas e suco naturais			
Adequado	44,4	41,3	46,3
Inadequado	55,6	58,7	53,7
Consumo de verduras			
Adequado	37,8	33,5	40,6
Inadequado	62,2	66,5	59,4
Estresse			
Nível baixo	78,3	85,8	73,4
Nível alto	21,7	14,2	26,6
Atividade física			
Suficiente	19,7	23,8	17,0
Insuficiente	80,3	76,2	83,0
Comportamento sedentário			
Sim	75,7	74,5	76,5
Não	24,3	25,5	23,5

¹Valores expressos em % devido à ponderação da amostra, que atribuiu diferentes pesos aos indivíduos para garantir a proporcionalidade na análise.

No sexo masculino (Tabela 3) a afiliação religiosa mostrou-se associada às variáveis: consumo de bebida alcoólica ($p=0,03$) e autopercepção de estresse ($p=0,01$). Neste sentido, possuir alguma afiliação religiosa se associou com menor chance de consumir bebida alcoólica (OR=0,52; IC95%: 0,29-0,94) e de apresentar autopercepção de alto nível de estresse (OR=0,43; IC95%: 0,22-0,85).



Tabela 2 - Associação entre afiliação religiosa com fatores sociodemográficas e comportamentos de saúde em escolares do ensino médio. Guanambi, Bahia, Brasil, 2012. (n= 1.140).

Variáveis	Afiliação religiosa				
	Prevalência afiliação religiosa ¹	OR Bruta (IC95%)	P	OR Ajustada (IC95%) ²	P
Sexo			<0,01		<0,01
Feminino	95,2	1		1	
Masculino	87,0	0,34(0,22-0,54)		0,31(0,20-0,50)	
Faixa etária			0,09		0,07
15 a 17 anos	91,1	1		1	
18 e 19 anos	94,2	1,56(0,94-2,60)		1,65(0,96-2,82)	
Renda familiar mensal			0,12		0,84
≤2 salários mínimos	92,8	1		1	
>2 salários mínimos	90,1	0,70(0,45-1,09)		0,95(0,59-1,55)	
Consumo de álcool			<0,01		<0,01
Não	87,3	1		1	
Sim	93,5	0,47(0,30-0,74)		0,50(0,31-0,80)	
Consumo de frutas ou sucos naturais			0,08		0,02
Adequado	90,3	1		1	
Inadequado	93,3	1,46(0,95-2,25)		1,71(1,08-2,68)	
Consumo de verduras			<0,01		<0,01
Adequado	94,8	1		1	
Inadequado	90,2	0,50(0,30-0,82)		0,47(0,28-0,78)	
Estresse			0,02		<0,01
Nível baixo	92,9	1		1	
Nível alto	88,5	0,58(0,36-0,93)		0,47(0,29-0,78)	
Atividade física			0,57		0,49
Suficiente	91,0	1		1	
Insuficiente	92,2	1,16(0,69-1,96)		0,82(0,47-1,44)	
Comportamento sedentário			0,07		0,08
Não	91,2	1		1	
Sim	94,5	0,59(0,33-1,04)		0,58(0,32-1,06)	

¹Prevalência dentro da variável entre aqueles que possuem afiliação religiosa;

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: sexo, idade, renda familiar mensal, consumo de álcool, consumo de frutas ou sucos naturais de frutas, consumo de verduras, autopercepção de estresse, atividade física e comportamentos sedentários; método de seleção adotado: *Backward*. IC95% (Intervalo de confiança = 95%).



Tabela 3 - Associação entre afiliação religiosa com fatores sociodemográficas e comportamentos de saúde em escolares do sexo masculino do ensino médio. Guanambi, Bahia, Brasil, 2012. (n= 1.140).

Variáveis	Afiliação religiosa				
	Prevalência afiliação religiosa ¹	OR Bruta (IC95%)	p	OR Ajustada (IC95%) ²	p
Faixa etária			0,11		0,07
15 a 17 anos	85,3	1		1	
18 e 19 anos	90,6	1,72(0,89-3,34)		1,88(0,95-3,71)	
Renda familiar mensal			0,57		0,94
≤2 salários mínimos	87,8	1		1	
>2 salários mínimos	85,9	0,85(0,48-1,48)		1,02(0,56-1,86)	
Consumo de álcool			0,04		0,03
Não	81,7	1		1	
Sim	89,1	0,55(0,31-0,97)		0,52(0,29-0,94)	
Consumo de frutas ou sucos naturais			0,33		0,27
Adequado	85,1	1		1	
Inadequado	88,3	1,32(0,76-2,32)		1,39(0,78-2,48)	
Consumo de verduras			0,25		0,19
Adequado	89,7	1		1	
Inadequado	85,9	0,70(0,37-1,30)		0,65(0,35-1,24)	
Estresse			0,01		0,01
Nível baixo	88,8	1		1	
Nível alto	77,4	0,42(0,21-0,82)		0,43(0,22-0,85)	
Atividade física			0,08		0,40
Suficiente	81,9	1		1	
Insuficiente	88,6	1,70(0,93-3,11)		1,32(0,69-2,52)	
Comportamentos sedentários			0,21		0,27
Não	85,9	1		1	
Sim	90,2	0,64(0,32-1,29)		0,66(0,32-1,38)	

¹Prevalência dentro da variável entre aqueles que possuem afiliação religiosa;

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: idade, renda familiar mensal, consumo de álcool, consumo de frutas ou sucos naturais de frutas, consumo de verduras, autopercepção de estresse, atividade física e comportamentos sedentários; método de seleção adotado: *Backward*. IC95% (Intervalo de confiança = 95%).

Na Tabela 4, a análise estratificada para o sexo feminino indica associação entre afiliação religiosa e as variáveis consumo de frutas/sucos naturais (p=0,01) e consumo de verduras (p=0,01). Assim, verifica-se que na presença de afiliação religiosa há maior chance de consumo inadequado de frutas/sucos naturais de frutas (OR=2,54; IC95%:1,20-5,38). Em contrapartida, ocorre menor chance de consumo verduras em quantidade inadequada (OR=0,31; IC95%:0,13-0,75).



Tabela 4 - Associação entre afiliação religiosa com fatores sociodemográficas e comportamentos de saúde em escolares do sexo feminino do ensino médio. Guanambi, Bahia, Brasil, 2012. (n= 1.140).

Variáveis	Afiliação religiosa				
	Prevalência afiliação religiosa ¹	OR Bruta (IC95%)	p	OR Ajustada (IC95%) ²	p
Faixa etária			0,40		0,33
15 a 17 anos	94,7	1		1	
18 e 19 anos	96,1	1,42(0,63-3,22)		1,54(0,65-3,67)	
Renda familiar mensal			0,73		0,71
≤2 salários mínimos	95,3	1		1	
>2 salários mínimos	94,6	0,87(0,40-1,92)		0,85(0,36-1,99)	
Consumo de álcool			0,05		0,05
Não	92,2	1		1	
Sim	95,9	0,48(0,23-1,00)		0,47(0,22-1,01)	
Consumo de frutas ou sucos naturais			0,05		0,01
Adequado	93,4	1		1	
Inadequado	96,7	2,04(0,99-4,20)		2,54(1,20-5,38)	
Consumo de verduras			0,02		0,01
Adequado	97,8	1		1	
Inadequado	93,3	0,40(0,14-0,81)		0,31(0,13-0,75)	
Estresse			0,05		0,09
Nível baixo	96,2	1		1	
Nível alto	92,3	0,49(0,24-1,00)		0,52(0,25-1,10)	
Atividade física			0,06		0,05
Suficiente	99,1	1		1	
Insuficiente	94,3	0,15(0,02-1,07)		0,14(0,02-1,00)	
Comportamento sedentário			0,13		0,18
Não	94,4	1		1	
Sim	97,5	0,44(0,15-1,26)		0,48(0,16-1,40)	

¹Prevalência dentro da variável entre aqueles que possuem afiliação religiosa;

²Análise multivariável por meio de regressão logística binária, ajustada pelas seguintes variáveis: idade, renda familiar mensal, consumo de álcool, consumo de frutas ou sucos naturais de frutas, consumo de verduras, autopercepção de estresse, atividade física e comportamentos sedentários; método de seleção adotado: *Backward*. IC95% (Intervalo de confiança = 95%).

DISCUSSÃO

A prevalência de afiliação religiosa do presente estudo é maior que o encontrado no último censo demográfico brasileiro⁴. Enquanto 22,3% dos adolescentes brasileiros autodeclarados sem religião, entre escolares guanambienses o indicativo foi de apenas 8,0%. Diante dessas informações é importante mencionar que possuir alguma religião é um fator recorrentemente associado à manutenção de um estilo de vida positivo¹⁷⁻¹⁹.



A associação entre sexo feminino e afiliação religiosa presente nessa análise também foi observada em pesquisa com dados coletados em 192 países, indicando 83,4% das mulheres declarantes de afiliação religiosa, percentual 3,5 pontos maior que o indicado entre os homens²⁰. De maneira complementar, estudo de base nacional brasileiro, citou que as mulheres são mais envolvidas com questões religiosas que os homens²¹.

Entre os escolares baianos pesquisados, foi observado que a afiliação religiosa se associou inversamente com o consumo de bebida alcoólica. Contudo, na análise estratificada essa associação se manteve apenas no sexo masculino. Um estudo português com amostra de 378 estudantes secundaristas identificou que a presença de religião, assim como outros fatores sociodemográficos (sexo, grupo etário e ano de escolaridade), influenciava na adesão ao comportamento etilista²². A religião como fator de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas também foi observada em pesquisa com dados populacionais nos Estados Unidos, tal estudo concluiu que a religião é um importante fator, pois, retarda o início do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes²³.

Em uma investigação de base escolar realizada em Pernambuco, Brasil, identificou-se que aqueles que não aderem a algum segmento religioso possuem mais chances de consumir bebida alcoólica⁵. Outras análises brasileiras constataram que prática religiosa representava importante fator de prevenção ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas^{5,24}.

A afiliação religiosa também esteve associada com os hábitos alimentares entre os adolescentes pesquisados. Foi observado que os adolescentes que consumiam frutas e sucos naturais de forma inadequada estão mais propensos a ter uma afiliação religiosa, no entanto, na estratificação por sexo esta associação se manteve apenas no sexo feminino. Este resultado vai de encontro a um estudo com adolescentes religiosos que encontrou menor consumo de alimentos não saudáveis, e que considerou a religião como parte importante para mudanças na alimentação²⁵.

Entretanto, observou-se que, em estudo brasileiro realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, sobre padrões alimentares, em geral o padrão de alimentação dos adolescentes não era satisfatório, com baixas proporções do padrão saudável. Em um dos padrões encontrados, foi identificado baixo



consumo de frutas frescas²⁶. Outro estudo brasileiro encontrou baixo consumo de frutas (32,7%) em adolescentes²⁷, resultados similares ao encontrado no presente estudo, entretanto, deve-se considerar a não investigação das condições socioeconômicas e de acesso desta população à frutas e sucos naturais de frutas.

No presente estudo, ao ser correlacionada com o consumo de verduras, foi observado que, a afiliação religiosa esteve associada aos escolares que faziam consumo adequado de verduras, neste caso, na estratificação por sexo a associação se manteve apenas no sexo feminino. A associação entre consumo de verduras e afiliação religiosa pode ser descrita pelo papel da religião na adoção de estilo de vida saudável. Várias denominações religiosas atribuem ao corpo características sagradas e por isso devem ser incorporados comportamentos que mantenham a saúde e o bem-estar corporal. Neste sentido, os hábitos alimentares são incorporados aos ritos religiosos, por exemplo, a prática do jejum durante o Ramadã islâmico, e as diretrizes alimentares vegetarianas propostas aos Adventistas do Sétimo Dia e aos seguidores da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias como parte do ritual religioso²⁸.

A associação entre consumo inadequado de frutas e religião pode estar relacionada com a denominação religiosa praticada pelos adolescentes, pois os dados do censo demonstram que 64,6% dos brasileiros são católicos⁴. Além disso, tem-se que o consumo adequado de frutas e verduras é, geralmente, associado aos adeptos da Igreja Adventista do Sétimo dia do que entre outras denominações que não inclui hábitos alimentares em suas pregações²⁸. Contudo, é importante ressaltar que a afiliação religiosa e o apoio social dos membros da congregação podem influenciar positivamente na adoção de comportamentos positivos para saúde²⁹.

Nos escolares baianos, da presente pesquisa, a afiliação religiosa se associou com menores chances de autopercepção com alto nível estresse na amostra geral, e esta associação se manteve na estratificação com o sexo masculino. Tal resultado indicou que os adolescentes que possuíam alguma religião sentiam-se menos estressados. Desta forma, evitar níveis elevados de estresse torna-se importante, pois, sabe-se que eles estão associados à comorbidades físicas e mentais, comprometendo o desempenho escolar dos jovens^{17,18}. Além disso, foi observado em outro estudo que a prática religiosa é um componente facilitador para a saúde mental, contribuindo para melhor percepção de bem-estar e qualidade de vida³⁰.



É importante destacar algumas limitações do presente estudo, a primeira por ser um estudo transversal, o que não permite estabelecer uma relação entre possíveis causas (características sociodemográficas e de estilo de vida) com o efeito (afiliação religiosa). Entretanto, destaca-se que a amostra de adolescentes apresentou-se representativa. Estudos prospectivos futuros e mais medidas objetivas são necessárias para elucidar o direcionamento das associações encontradas. Outra limitação refere-se à utilização de questionário, por ser um instrumento com muita subjetividade ao ser respondido, porém, para sua minimização foi realizada padronização da técnica e treinamento da equipe de entrevistadores, além de serem utilizados questionários que foram validados para adolescentes.

CONCLUSÃO

Diante os resultados encontrados no presente estudo, conclui-se que a prevalência de afiliação religiosa dos adolescentes do ensino médio de Guanambi foi alta. Os adolescentes que tinham afiliação religiosa demonstraram ser do sexo feminino, consumiam menos bebida alcoólica, sentiam-se menos estressados, e consumiam mais verduras, e menos frutas ou sucos naturais de frutas. Na estratificação por sexo, observou no sexo masculino a afiliação religiosa positiva foi observada nos adolescentes que não consumiam bebidas alcólicas e sentiam-se menos estressados. Enquanto que no sexo feminino, esteve associada às adolescentes que consumiam mais verduras e menos frutas ou sucos naturais de frutas.

Este estudo sugere que possuir alguma afiliação religiosa pode ter relação com o estilo de vida dos adolescentes. Entretanto, é necessário maior aprofundamento nestas relações da religiosidade com os comportamentos relacionados ao estilo de vida dos adolescentes, como por exemplo, a realização de estudos de acompanhamento, do tipo coorte, nesta população.



REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. As Formas Elementares da Vida Religiosa: o sistema totêmico na Austrália. 3ª ed. Paulus. 2008.
2. Giddens A. Sociologia. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Guerriero S, Leite ALP, Bein C, Mendia F, Stern FL, Martins L. Concepções de saúde, cura e doença no ethos nova era: um estudo piloto entre terapeutas holísticos de São Paulo e Florianópolis. Caminhos. 2020; 18(1): 106-119.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro:1-215, 2010.
5. Santos ARM. et al. Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2015; 20(3):284-296. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n3p284>
6. Zappe JG, Dell’aglio DD. Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. **PSICO**. 2016; 47(2), 99-110.
7. Malinakova K, et al. Adolescent religious attendance and spirituality—Are they associated with leisure-time choices? PLoS One. 2018; 13(6): e0198314.
8. Loch, MR. Comportamentos relacionados à saúde e indicadores de religiosidade em adolescentes escolares. Florianópolis. Dissertação - Mestrado - Faculdade de Educação Física da UFSC, 2006.
9. Nahas, MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7ª. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2017.
10. Santos ARM, et al. Estilo de vida na adolescência: o envolvimento religioso atuando nos comportamentos de risco à saúde. Pensar a Prática. 2014; 17(1): 01-294.
11. Teixeira CC, Guimarães LSP, Echer IC. Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. Rev. Gaúcha Enferm. 2017; 38(1): e69077.
12. Mélo EN. Associação entre religiosidade, atividade física e comportamento sedentário em adolescentes. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(5):359-369.
13. Meira SMJN, Alves TC. A vivência da espiritualidade por usuários de substâncias psicoativas de comunidade terapêutica do sudoeste baiano. Cenas Educacionais. 2020;3:e8410.



14. Nunes AP, Mariz C, Faerstein E. Saúde, Religião e Trânsito Religioso: Estudo Pró-Saúde. DADOS – Revista de Ciências Sociais. 2016; 59(4): 1241-1274.
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. **IBGE cidades 2015** [acesso em 01 mar 2019]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291170&search=bahia|guanambi>
16. Nahas MV, et al. Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses: relatório de pesquisa desenvolvida pelo NuPAF/UFSC com amostra representativa dos estudantes de 15 a 19 anos matriculados nas escolas Estaduais do Ensino Médio em Santa Catarina. Florianópolis: NuPAF/UFSC; 2005.
17. Barmola KC. Religion / Spirituality and Mental Health of Students. Journal of Environmental and Social Sciences. 2015; 2(1):4–6.
18. Fernandes RL, et al. Relação entre estresse, atividade física e desempenho escolar em adolescentes. Arquivos de Ciências do Esporte. 2017; 5(2);37–39.
19. Cabistany LD, Rombaldi AJ. Associação entre prática religiosa e estilo de vida saudável em escolares de Pelotas, RS. ABCS Health Sci. 2014; 39(2):64-70. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i2.624>
20. Pew Research Center. The Gender Gap in Religion Around the World: Women are Generally More Religious Than Men, Particularly Among Christians. Sociology of Religion: 122, 2016.
21. Moreira-Almeida A, et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Rev Psiq Clín. 2010;37(1):12-15.
22. Gonçalves IA, et al. Envolvimento de adolescentes do norte de Portugal com o álcool. Texto Contexto Enferm. 2016; 25(4): e4920015.
23. Barry AE, Valdez D, Russell AM. Does Religiosity Delay Adolescent Alcohol Initiation? A Long-Term Analysis (2008–2015) of Nationally Representative Sample of 12th Graders. Substance Use and Misuse. 2019; 0(0):1–9.
24. Guimarães MO, et al. Religiosity as a possible protective factor against “binge drinking” among 12-year-old students: a population-based study. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(4):1067-1076.
25. Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):923-931. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/05.pdf>



26. Tavares LF, Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Claro RM. Padrões alimentares de adolescentes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(12):1-13. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202679&lng=en&tIng=en
27. Reis AAC, Malta DC, Furtado LAC. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(9):2879-2890.
28. Tan MM, Chan CKY, Reidpath DD. Religiosity and Spirituality and the Intake of Fruit, Vegetable, and Fat: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013; 1–18.
29. Krause N, et al. Assessing the Relationship Between Religious Involvement and Health Behaviors. *Health Education & Behavior*. 2017; 44(2):278–284.
30. Foch GFL, Silva AMB, Enumo SRF. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2017; 69(2):53–71.