



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Paula Nogueira Nunes

Religião e saúde: Estudo Pró-Saúde

Rio de Janeiro

2015

Ana Paula Nogueira Nunes

Religião e saúde: Estudo Pró-Saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Faerstein

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Cecília Mariz

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N972 Nunes, Ana Paula Nogueira
Religião e saúde: Estudo Pró-Saúde / Ana Paula Nogueira Nunes. –
2015.
119 f.

Orientador: Eduardo Faerstein.
Coorientadora: Cecília Loreto Mariz.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Medicina e religião - Teses. 2. Tabagismo - Teses. 3. Religião –
Teses. I. Faerstein, Eduardo. II. Mariz, Cecília Loreto. III. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 61:2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Paula Nogueira Nunes

Religião e saúde: Estudo Pró-Saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 27 de abril de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Faerstein (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Cecília Loreto Mariz (Coorientadora)
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Leite de Moraes
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr^ª. Evandro Coutinho
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr^ª. João Marcus Assis
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Sandhi Barreto
Universidade Federal de Minas Gerais

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antônio e Amarília.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus e à Meishu-Sama que permitiram de diversas maneiras a finalização desse grande projeto da minha vida acadêmica.

Ao meu orientador, Professor Eduardo Faerstein, por todo conteúdo da Epidemiologia, em especial os Determinantes Sociais, que enriqueceu muito a minha formação acadêmica e, principalmente, pelo voto de confiança em permitir que eu trabalhasse com esse tema tão complexo! Não poderia deixar de agradecer-lo também pelo acolhimento na Cidade Maravilhosa, pela atenção e pela dedicação como orientador. Serei eternamente grata!

À minha coorientadora, Professora Cecília Mariz, que a cada encontro me ensinava muito sobre a relação da religião na vida das pessoas numa visão sociológica e antropológica. Adorava escutar as suas experiências com pesquisas qualitativas! Com os seus ensinamentos, teóricos e práticos, me proporcionou (e muito) compreender com maior clareza o tema em questão.

Deixo aqui a minha enorme gratidão, o carinho e uma enorme felicidade de tê-los conhecido!!!

Aos professores do Instituto de Medicina Social pelos enormes ensinamentos no primeiro ano (“louco”) de doutorado.

À Equipe do Estudo Pró-Saúde, sempre tão gentil, especialmente à Andreia, Vyviane e Carol.

À Jaque e ao Cadu que sempre me auxiliaram das diversas maneiras possíveis em relação ao STATA.

Aos funcionários do Instituto de Medicina Social, da Informática, da Biblioteca e da secretaria (Eliete, Simone e Silvia), pelo suporte essencial.

Às minhas novas e grandes amigas “cariocas”, Celina, Dani e Karine, pela disponibilidade, coleguismo e suporte e apoio social durante esses corridos 4 anos.

Em especial, aos meus pais, Antônio e Amarílis, e irmãos, Alessandra e Anderson, por toda a ajuda que me deram nesse processo das formas mais variadas possíveis mesmo que de longe! Amo muito vocês!

À minha filha, minha flor, meu grande amor, Vitória, pelo carinho durante essa etapa que parece ter sido mais difícil para ela do que para mim! Te amo demais! Mas é demais mesmo!!!

Ao meu companheiro, Wendel, sempre ajudando e apoiando mesmo de longe.

À minha querida prima Luciana que me ajudou a dar os primeiros passos pós faculdade nessa área acadêmica. Eternamente grata!

Aos participantes do Estudo Pró-Saúde que tornou possível este trabalho

À CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado.

E a todos os demais que contribuíram, direta ou indiretamente, com este resultado.

RESUMO

NUNES, Ana Paula Nogueira. *Religião e saúde: Estudo Pró-Saúde*. 2015. 119f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O objetivo desta tese é enriquecer o campo do trânsito religioso investigando a associação da religião com a saúde das pessoas e com seus hábitos de vida principalmente o cigarro. A tese foi dividida em duas partes: a primeira visa identificar a associação entre a autopercepção da saúde, a religião e o trânsito religioso. A segunda entre religião, trânsito religioso e o hábito de fumar. Para tanto, foram analisados dados transversais do “Estudo Pró-Saúde” realizado no Rio de Janeiro-RJ no ano de 1999. As religiões foram categorizadas de acordo com os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o trânsito religioso derivou da comparação entre religião de criação e religião relatada em 1999. Os resultados evidenciaram que 62% dos participantes mantiveram-se na religião de criação, 26% mudaram de religião e 12% mudaram para “sem religião”. O trânsito religioso foi marcado por um crescimento de kardecistas e do grupo “sem religião”. As pessoas que perceberam a sua saúde regular ou ruim apresentaram chance 40% mais elevada de ter mudado de religião, quando comparadas àquelas que a perceberam como boa ou muito boa (artigo 1). A maior parte das religiões apresentaram-se negativamente associadas ao consumo de cigarros quando comparados às pessoas “sem religião” ajustadas por variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e transtorno mental comum. Os pentecostais e protestantes históricos apresentaram uma maior associação negativa com o consumo de cigarros e apenas a religião afro-brasileira apresentou uma chance mais elevada de consumo. As pessoas que “mudaram de religião” apresentaram uma chance 40% mais elevada de ser um ex-fumante quando comparadas a quem não mudou de religião (artigo 2). Para esclarecer as associações observadas na presente tese, é necessário a realização de estudos posteriores com emprego de outras metodologias, especialmente com o delineamento longitudinal.

Palavras-chave: Religião. Trânsito religioso. Autopercepção da saúde. Tabagismo.

ABSTRACT

NUNES, Ana Paula Nogueira. *Religion and health: Pró-Saúde Study*. 2015. 119f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This thesis aimed to enrich the field of religious transit investigating the association of religion with people's health and their living habits especially smoking. The thesis was divided into two parts: the first aims to identify the association between self-perceived health, religion and religious transit. The second, between religion, religious transit and smoking. So cross-sectional data were taken from the "Estudo Pró-Saúde" conducted in Rio de Janeiro-RJ in 1999. Religions were categorized according to the criteria of the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) and the religious transit arose from the comparison between religion of creation and reported religion 1999. Results showed that 62% of participants remained in the religion of creation, 26% changed their religion and 12% changed to "no religion". Religious transit was marked by an increase of Kardecists and «without religion» group. People who realized their health as fair or poor had 40% more chances of having changed their religion when compared to those who perceived themselves as having good or very good health (Article 1). Most religions were negatively associated with smoking when compared to people without religion adjusted for socio-demographic variables, related to health and common mental impairment. Pentecostals and historical Protestants had higher inverse association with smoking, and only the African-Brazilian religion presented 40% higher chance of being a ex-smoker, when compared to those who did not change religion (Article 2). To clarify the associations observed in this thesis, it is necessary to carry out further studies with the use of other methodologies, especially with longitudinal design.

Keywords: Religion. Religious transit. Self-rated health. Smoking

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Modelo teórico que descreve como a religião interfere na saúde. (Koenig <i>et al.</i> , 2001).....	27
Figura 2-	Modelo teórico que descreve como a religião e a espiritualidade estão associadas positiva e negativamente à saúde. (Ellison <i>et al.</i> , 2001).....	28
Figura 3-	Taxa de Mortalidade Geral por 100.000 habitantes de grupos de doenças tabaco-relacionadas.....	31
Figura 4-	Principais trânsitos religiosos. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sociodemográficas da população do estudo. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	52
Tabela 2-	Características sociodemográficas da população do estudo segundo a religião declarada em 1999. Estudo Pró- Saúde, 1999.....	55
Tabela 3-	Características sociodemográfico da população do estudo em relação ao trânsito religioso. Estudo Pró- Saúde, 1999.....	58
Tabela 4-	Proporção de participantes segundo religião de criação e de adoção (fidelidade religiosa). Estudo Pró-Saúde, 1999.....	61
Tabela 5-	Proporção de participantes que deixam a religião de criação de acordo com a de adoção. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	63
Tabela 6-	Associação entre a autopercepção da saúde e o grupo com religião e “sem religião”. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	64
Tabela 7-	Associação entre autopercepção da saúde e o trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	65
Tabela 8-	Associação entre autopercepção da saúde e afiliação religiosa. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	66
Tabela 9-	Associação entre a autopercepção da saúde e novos kardecistas e pentecostais. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	66
Tabela 10-	Características entre os participantes segundo as variáveis sociodemográficas, aspectos da saúde e o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	81
Tabela 11-	Características entre os participantes segundo a religião criação, adoção, o trânsito religioso e o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999.....	82
Tabela 12-	Associação entre autopercepção da saúde, trânsito religioso, religião de adoção. Estudo Pró-Saúde 1999.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CERIS	Centro de Estatística Religiosa e Investigação Social
CQTC	Convenção-Quadro para o controle do tabaco
EPS	Estudo Pró-Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
VIGITEL	Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de domicílios
RC	Razão de Chances

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 SAÚDE E TRÂNSITO RELIGIOSO	14
1.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião	14
1.2 Trânsito Religioso	16
1.3 Estudos quantitativos sobre religião	20
2 RELIGIÃO E TABAGISMO	22
2.1 Religião e saúde	22
2.2 Mecanismos, modelos e hipóteses da relação entre religião e saúde	25
2.3 Epidemiologia e fatores associados ao tabagismo	29
2.4 Controle do tabagismo no Brasil e no Mundo	31
2.5 Tabagismo e religião	34
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 MÉTODOS	38
4.1 Fonte dos dados: Estudo Pró-Saúde	38
4.2 Pré-testes	39
4.3 Estudos pilotos	40
5 SAÚDE, RELIGIÃO E TRÂNSITO RELIGIOSO: ESTUDO PRÓ-SAÚDE, 1999. (ARTIGO CIENTÍFICO)	40
6 RELIGIÃO, TRÂNSITO RELIGIOSO E TABAGISMO: ESTUDO PRÓ-SAÚDE, 1999. (ARTIGO CIENTÍFICO)	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
ANEXO A- Script no STATA	103
ANEXO B- Parte do questionário do EPS utilizada na tese	115

INTRODUÇÃO

Essa tese de doutorado utiliza dados gerados pelo Estudo Pró-Saúde (EPS), investigação epidemiológica longitudinal iniciada em 1999 com população de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade localizada no Estado do Rio de Janeiro. O EPS tem como foco temático principal os determinantes sociais da saúde e de comportamentos associados à saúde (Faerstein *et al.*, 2005).

A proposta desta tese consiste em explorar se existe uma associação entre a afiliação religiosa e a saúde e o tabagismo, além de explorar as características do trânsito religioso relatado pela população de estudo.

A apresentação deste trabalho segue a recomendação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) de incluir no corpo da tese, pelo menos, dois manuscritos a serem enviados para publicação. Desta forma, este volume está dividido em seis partes: 1-Trânsito Religioso, 2-Religião e tabagismo, 3-Objetivos, 4-Métodos e 5-Resultados (artigos científicos) e 6-Considerações finais.

A parte 1 e 2 abordam aspectos conceituais, metodológicos e/ou epidemiológicos da religião, da saúde e religião e do tabagismo e religião. Na parte 3 são apresentados os objetivos geral e específico da tese. Na parte 4 são descritos os aspectos metodológicos do EPS, cujos dados foram utilizados nos dois artigos que compõem a tese. Os métodos específicos são descritos no corpo dos artigos científicos, apresentados na parte 5.

O primeiro artigo desta tese, “Trânsito religioso e saúde”, apresenta características descritivas do trânsito religioso e uma segunda característica analítica quando avalia a associação entre saúde e trânsito religioso. Esse artigo foi submetido à DADOS, Revista de Ciências Sociais.

O segundo artigo, “Religião e tabagismo”, com o componente analítico, propõe-se a avaliar a associação da religião no hábito de fumar e será submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

1 TRÂNSITO RELIGIOSO E SAÚDE

1.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião

Apesar de, aparentemente, estarem relacionados, os termos espiritualidade, religião e religiosidade não são considerados sinônimos. De acordo com Koeing, Saad *et al.* (2001) e Volcan *et al.* (2003) a espiritualidade é uma busca pessoal pela compreensão das questões acerca da vida, do seu significado e da relação com o sagrado e o transcendente, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, podendo ou não incluir uma participação religiosa formal. A espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espirituais para justificar a sua experiência e significados. Hill e Pargament (2003) apontam que a espiritualidade está ligada a aspectos subjetivos da experiência da busca pelo sagrado, processo através do qual as pessoas procuram descobrir e, em alguns casos, transformar aquilo que se tem de sagrado em suas vidas (de natureza pessoal). A espiritualidade, a despeito de o seu frequente imbricar com a religião, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos (Powell *et al.*, 2003; Guimarães e Avezum, 2007)

A religiosidade, por sua vez, refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso; envolvendo sistematização de cultos e doutrinas compartilhadas por um grupo (Chandra e G, 2001; Saad *et al.*, 2001).

Para Koeing (2001) a religião é um aspecto institucional da espiritualidade, um sistema organizado de práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, força superior ou verdade absoluta) em torno da ideia de um espírito. A sua mensuração é feita de várias maneiras: frequência de comparecimento na

igreja ou prática, dimensões de experiência religiosa como o conforto que proporciona e denominação religiosa (Sloan *et al.*, 1999).

A espiritualidade, a religião e a religiosidade é objeto crescente de estudo. A maior parte das pesquisas é realizada nos campos da antropologia, sociologia e teologia, sendo ainda escassas, embora crescentes, na área da saúde.

No Brasil os estudos publicados sobre religião e saúde datam do século XIX. Há um consenso em reconhecer o médico legista Raymundo Nina Rodrigues como pioneiro no estudo de religiões afro brasileiras (Herrera, 2004). Ele publicou dois importantes estudos de religião afro-brasileiras: o primeiro foi “O animismo fetichista dos negros baianos” na Revista Brasileira (Rodrigues, 1896-1897) e o outro foi publicado apenas em 1933, 27 anos após a sua morte: “Os africanos no Brasil” (Ferretti, 1999).

De acordo com Herrera os temas mais estudados são as religiões e as religiosidades populares, o pluralismo religioso, as questões como memória social e identidade, meio urbano, modernidade e religião, religião e política, como também estudos sobre gênero e religiosidade. Analisando os grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) em 1999 as religiões mais estudadas foram as afro-brasileiras e as pentecostais. Apenas nas duas últimas décadas têm crescido os estudos da relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde, gerando livros (Herrera, 1999) e artigos científicos (Ramakrishnan *et al.*; Chida *et al.*, 2009; Puchalski, 2010; Singh e Ajinkya, 2012; Bharmala *et al.*, 2013).

1.2 Trânsito Religioso

Peter Berger (1985 e 1999) relaciona o surgimento da modernidade ocidental com um processo de enfraquecimento das igrejas e o surgimento de um pluralismo religioso. Uma sociedade religiosamente plural resulta de um crescente trânsito religioso. Nesse contexto aumenta a frequência de indivíduos que abandonam a sua religião de criação. Dessa forma, o trânsito religioso tem sido um tema privilegiado na sociologia e na antropologia da religião como será visto a seguir.

No Brasil uma ampla gama de estudos usando abordagens diversas, se voltam sobre a questão de mudança no perfil religioso da população brasileira, focando especialmente na queda do número de católicos e no crescimento de igrejas evangélicas da vertente pentecostal. Novos estudos apontam para o abandono de qualquer identidade religiosa e o crescimento dos que se identificam como “sem-religião”.

O Brasil é considerado, em números absolutos, o maior país católico do mundo, mesmo que os censos das últimas três décadas tenham referido o fim da hegemonia do catolicismo no nosso país. Por esses motivos, muitos estudos se voltam para essa grande diminuição do número de católicos caracterizando a sociologia da religião no Brasil como “a sociologia do enfraquecimento do catolicismo no Brasil” (Pierucci e Mariano, 2008).

A mudança do perfil religioso da população tem sido estudada de diferentes formas. As mais comuns podem ser resumidas em três abordagens que assumem pressupostos e metodologias distintas, não excludentes, nem contraditórias; pelo contrário, podem ser vistas como complementares. A literatura sobre o estudo da mudança de religião será a seguir resumida, com menção ao tipo de questão que abordam e à metodologia que adotam. Os dois primeiros tipos levantam questões que exigem necessariamente uma metodologia qualitativa; o terceiro tipo, cuja abordagem adotaremos, se baseia em dados quantitativos.

Um amplo conjunto de estudos que pesquisam a mudança de identidade religiosa se volta para o sujeito, procurando analisar seu discurso sobre sua trajetória de vida e sua visão de mundo para entender sua motivação para adotar nova religião ou simplesmente deixar de ter alguma participação religiosa (Fernandes, 2008). Nesse conjunto assume-se, explícita ou implicitamente, um projeto metodológico weberiano: compreender a ação do indivíduo através da análise de seu discurso sobre sua motivação. Não implica que se argumente que a motivação declarada pelo sujeito seja a “causa” de sua mudança de religião, mas se supõe que a análise desses discursos ajudará a compreender o significado, a “afinidade eletiva¹” que essa nova prática e crenças possuem com a experiência concreta do sujeito na sociedade. Através dessa análise, é possível identificar quais tipos de comportamento essas crenças fomentam ou estimulam. A compreensão da conversão ou mudança de religião ajuda a identificar possíveis afinidades eletivas entre essas e as condições concretas de vida e projetos daquele conjunto de sujeitos que mudam de religião.

Embora esse primeiro tipo de abordagem tenha gerado trabalhos muito ricos e frutíferos e seja talvez a abordagem mais adotada pelos pesquisadores, ela tem sido criticada. Os sociólogos (Guerra *et al.*, 2003) que adotam uma abordagem “mercadológica” do campo religioso tendem a ver o fiel como um sujeito que muda de religião agindo sob interferência da instituição religiosa a qual é integrante. O foco da segunda abordagem é então nas instituições religiosas: seus discursos e práticas conversionistas, missionárias, proselitistas ou de marketing religioso, como podem ser chamadas.

Uma das críticas à primeira abordagem, portanto, seria sobre o limite dos relatos de conversão para compreensão do processo social mais amplo. Os críticos afirmam que esses

¹Weber utilizou a expressão “afinidade eletiva”, que foi título de famoso livro de Goethe, para identificar uma relação de atração mútua entre dois fenômenos sociais. Embora tais fenômenos ocorram concomitantemente não possuem entre si uma relação causa-efeito. Weber identificou uma “afinidade eletiva” entre o capitalismo e a ética protestante (WEBER, 1985). Para maiores esclarecimentos e análises sobre a expressão ver COHN, 1979 e LOWY, 1989.

relatos de conversão e mudança religiosa são relativamente padronizados para cada grupo religioso. Esse fato revelaria que esses discursos seriam fabricados pela própria instituição religiosa. Dessa forma, essa motivação seria em si uma construção do próprio grupo ou instituição religiosa a qual o indivíduo decide aderir. Da mesma forma que o consumo de um novo produto no mercado se justifica pelo que diz a publicidade desse produto.

Portanto, o foco de uma segunda abordagem seria não os discursos dos que mudam de religião, mas as características dos grupos religiosos que mais crescem. Argumenta-se que os discursos sobre motivos, necessidades relatadas pelos novos conversos foram de fato criadas pelas novas instituições religiosas (Mariano, 1999). Esses novos agentes religiosos (igrejas, grupos e instituições, bem como novos profetas) entrariam no campo religioso como uma empresa que tem um novo produto e entra no mercado econômico tentando criar uma necessidade para aquilo que produz e oferece. Esse é o tipo de abordagem realizada pelos teóricos do mercado religioso. Da mesma forma que o estudo da subjetividade do sujeito que abandona seu grupo religioso tradicional e adere a um novo grupo-ou não, como o estudo comparativo dos novos bens religiosos versus os antigos e as instituições que crescem em comparação com as que perdem fiéis, exigem que se adote uma metodologia qualitativa. Ambos têm seu foco no conteúdo religioso em si, sejam discursos, símbolos, ritos e diversas práticas; isso vale tanto para os que migram de uma religião como também aqueles que migram de instituição.

Relacionado tanto à motivação, como à oferta de bens religiosos, se construiu no Brasil e também no exterior um debate teórico sobre o significado do conceito nativo de “conversão”. Especialmente nos estudos sobre a conversão nas igrejas cristãs há autores que reafirmam a importância desse conceito, como é o caso da chamada “antropologia do cristianismo”. Já outro conjunto de autores (Negrão *et al.*, 2009) questiona se a mudança religiosa implica rupturas comportamentais, critica-se o conceito de conversão também por

argumentar que as práticas religiosas possam ser bastante similares de uma tradição para outra.

De maneira diferente, a terceira abordagem, a qual iremos utilizar, passa ao largo desse debate teórico. Também, diferentemente das duas primeiras linhas de estudo, somente pode ser realizada através de uso de dados estatísticos e metodologia quantitativa. Em geral, se busca identificar o perfil do fiel de cada grupo religioso, como em estudos baseados no censo nacional. Mas também, quando se coletam dados mais específicos sobre o passado religioso, objetiva traçar o perfil de quem tende a mudar de religião. Nessa linha de trabalho são publicações como as de Ronaldo Almeida que inauguraram a proposta de um fluxograma de trânsito religioso, seja em seu estudo baseado nos dados do Ministério da Saúde de 1998-Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV-Aids (Almeida e Monteiro, 2001), seja também em *survey* que realizou na região metropolitana de São Paulo (Almeida, 2004). Fernandes e Pitta (2006) também propuseram um fluxograma similar baseado nos dados de *survey* realizada pelo Centro de Estatística Religiosa e Investigações Sociais (CERIS) em várias metrópoles brasileiras no ano de 1999. Os estudos desses autores aprofundam a análise dos dados sobre os que mudaram de religião de duas formas. Primeiramente analisa quantas vezes os informantes mudaram de afiliação religiosa. Em um segundo momento, traça-se um perfil daqueles que mudaram de religião em relação ao gênero, idade e escolaridade.

Na esteira dos estudos de Fernandes e Pitta (2006), como também no de Almeida (2004) e Almeida e Monteiro (2001), o presente artigo adota o que seria uma terceira abordagem do estudo da conversão e trânsito religioso focando nos dados sobre o perfil social dos informantes. Tanto se buscou traçar o perfil da população de cada grupo religioso, como são feitos nos censos no Brasil, como também o perfil daqueles que mudam de uma religião para outra.

1.3 Estudos quantitativos sobre religião

Além de várias análises dos dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre religião, tanto nos censos (Jacob *et al.*, 2006; Rumstain e Almeida, 2009), como na Pesquisa de Orçamentos Familiares-POF (2011) e em outras tais como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD (1988), destacamos alguns *surveys* conduzidos no Brasil. Têm sido realizados poucos *surveys* em nosso país com o foco principal na questão religiosa como o Novo Nascimento (Fernandes *et al.*, 1998) e o estudo realizado pelo Centro de Estatística Religiosa e Investigação Social CERIS (Souza e Fernandes, 2002). Os dados coletados sobre religião acabam sendo utilizados com finalidades diversas: estudo sobre o comportamento político, práticas de saúde e outras. Tal como ocorre com nosso estudo, o trabalho citado de Almeida e Montero (2001) se baseia em banco de dados coletado para um pesquisa sobre saúde.

Como Fernandes (2006), Almeida e Monteiro (2001) em seus artigos acima citados, reconhecemos os limites dos dados que vamos analisar para o estudo do trânsito religioso. Como eles, nosso estudo busca compreender o trânsito, comparando a religião em que foi criado (história religiosa) com a religião que possui na data da entrevista (afiliação religiosa em 1999). Com apenas essas duas questões não temos informações sobre pessoas que podem ter tido mais de uma religião e/ou se identificar, na época da entrevista, com mais de uma religião. É possível que a pessoa tenha sido criada em mais de uma fé, pois seus pais podem ter mudado de religião durante sua criação. Ainda assim, muitos dos sujeitos que deixaram a religião em que foram criados podem ter transitado por várias outras antes de assumir a que declaram agora. Dessa forma, o estudo se baseia apenas em duas questões (uma sobre a religião em que foi criado e outra sobre a atual), deixa de captar essa dimensão plural do trânsito religioso.

O questionário assume que os indivíduos possuem uma única identidade religiosa e que essa excluiria outras, portanto, esse instrumento não seria capaz de identificar indivíduos que adotam mais de uma religião. A necessidade de exclusividade religiosa não é uma exigência geral de todas as religiões, mas antes uma especificidade do discurso oficial da tradição judaica, cristã e islâmica. Além do mais, essa exclusividade, ainda que oficialmente pregada pelos líderes católicos e evangélicos, nem sempre é adotada pelos fiéis desses grupos no Brasil. Por outro lado, as tradições religiosas africanas e orientais não cobram de seus fiéis uma identidade exclusiva. O limite desse questionário, no entanto, é o mesmo do censo brasileiro que também não capta toda essa dimensão da realidade social das religiões em nosso país.

Aquelas duas perguntas, portanto, não contemplam o caso dos que adotam religiões que não exigem exclusividade de fé e prática, o duplo pertencimento. Esse é o caso das religiões afro-brasileiras, do espiritismo kardecista, do budismo e da maior parte de religiões não ocidentais. Como já foi destacado antes, a exigência de exclusividade de identidade religiosa é antes uma exceção da tradição judaico-cristã e islâmica do que a regra entre as religiões.

2 RELIGIÃO E TABAGISMO

2.1 Religião e saúde

Émile Durkheim (1959), em sua obra *Suicide* analisou taxas de suicídio (entre regiões da Alemanha), e observou que elas apresentavam associação negativa com o grau de integração social dos indivíduos. Uma dessas análises faz referência às taxas de suicídio considerando as áreas católicas e protestantes: as primeiras, segundo a teoria de Durkheim, apresentam menores taxas de suicídio devido a uma integração social mais forte quando comparado às últimas. Entretanto, a razão de taxas estimada em 7,6 na análise de um estudo ecológico² pode não significar que a taxa de suicídio foi quase oito vezes mais alta em protestantes do que em não protestantes; como nenhuma das regiões era totalmente protestante ou não protestante, pode ter sido que os não protestantes (principalmente católicos) estivessem cometendo suicídio em províncias predominantemente protestantes (Rothman *et al.*, 2011). Isso pode ser explicado pela presença de um viés ecológico que significa que dados em nível populacional podem rastrear mal as relações que existam em nível individual (Greenland, 2001). Quando fez a comparação das taxas de suicídio no nível individual para protestantes, católicos e judeus vivendo na Prússia, foi verificado que a taxa de suicídio foi cerca de duas vezes maior em protestantes do que em outros grupos religiosos. Assim, parece haver esse viés substancial que reduz a taxa de 8 para 2 (Rothman *et al.*, 2011).

As relações entre religião, religiosidade e espiritualidade e saúde têm sido cada vez mais investigadas e as evidências têm apontado uma associação positiva com a saúde física e a mental no nível individual e populacional. A literatura engloba estudos em relação à dor,

² Tipo de estudo epidemiológico no qual a unidade de observação é um grupo de pessoas, em vez de um indivíduo. Quando a exposição varia entre indivíduos dentro dos grupos ecológicos, o grau de associação entre a exposição e a doença não precisa refletir a associações em níveis individuais (Greenland e Robins, 1994).

incapacidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (Kaplan, 1976; Levin, 1996 ; Koenig, 2001). Associações positivas também foram encontradas num estudo realizado por Levin (1998) que investigou a relação da religiosidade em várias condições incluindo doenças crônicas, incapacidade física, bem estar psicológico e autopercepção da saúde quando controlado por idade, raça, gênero, classe social, como também fatores psicológicos e sociais.

Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso-espiritual que tem como objetivos: a busca do significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com os outros membros da sociedade, e transformação da vida além da busca do bem-estar físico, psicológico e emocional (Pargament, 1997; Tarakwshwar, 2001). Estratégias religiosas de *coping* foram verificadas diante de situações de crise, tais como: problemas relacionadas às saúde, envelhecimento, tipos de doenças, incapacidades e mortes.

Crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem estar, melhor saúde mental e um enfrentamento mais exitoso de situações estressantes (Koenig, 2007); em outros estudos, foi observado que a maior frequência de participação em atividades religiosas associa-se a menores taxas de sintomas depressivos, menor pressão arterial, melhor autopercepção da saúde e maior satisfação com a vida (Ellison, 1991; Levin *et al.*, 1995). Há também evidências de associações negativas entre envolvimento religioso e incidência de desfechos de saúde mental, como depressão, uso/abuso de álcool, cigarros e drogas, comportamento delinquente, suicídio, e determinados diagnósticos psiquiátricos funcionais (McCullough *et al.*, 2000; Koenig, 2007; Chida *et al.*, 2009; Alves *et al.*, 2010).

Por outro lado, a religião pode ter consequências adversas na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais (McCullough *et al.*, 2000).

Mc Cullough *et al.*(2000) avaliaram a associação entre a religião e saúde mental através de uma revisão sistemática de 630 estudos. Em relação ao bem estar psicológico (maior satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo), 80% dos estudos de natureza transversal concluíram uma associação positiva. Em análises longitudinais, entre 10 artigos identificados, 9 reportaram que indivíduos com alguma afiliação religiosa na linha de base apresentaram um maior bem estar psicológico ao longo do tempo. Quando se avaliou a esperança e otimismo, 80% dos estudos encontraram associação positiva. Por outro lado, associações mistas têm sido comuns, ou seja, dentro de um mesmo domínio algumas variáveis apresentaram associações positivas e outras negativas.

No estudo com 22 cidades da Europa (European Social Survey), a presença de prática religiosa apresentou uma associação negativa significativa com a saúde, quando controlada por variáveis sociodemográficas (Nicholson *et al.*, 2010).

Uma metanálise com 43 estudos somando 125.826 indivíduos revelou que um menor envolvimento com práticas religiosas foi associado a maior mortalidade (razão de chances=1,29; IC 95%, 1,20-1,39). Na maioria dos estudos, as variáveis como idade, sexo, raça, apoio social, bem estar psicológico, hábitos de vida (eg. atividade física e fumo e a saúde física) têm sido consideradas como possíveis variáveis de confusão ou mediação. Entretanto, há críticas em relação a interpretação desta meta-análise. Dos 42 estudos analisados, 25 delas não apresentaram associações significativas, 5 apresentaram uma razão de chances inferior a 1,10. Dessa forma, Sloan e Bagiella (2001) relatam que os autores não poderiam concluir que “a associação entre envolvimento religioso e mortalidade foi robusta”.

2.2 Mecanismos, modelos e hipóteses da relação entre religião e saúde

Auguste Comte (1791-1857) e Karl Marx (1818-1883), pensadores iluministas, tinham a crença que o tempo da religião havia passado, o mundo moderno seria um mundo livre da religião e um mundo com outra forma de conhecer, motivar e integrar a sociedade. Marx defendia a ideia de que a religião tinha a função apenas de proteger, criar um escudo em relação à realidade-ou por esquivar ou mesmo por distorção dos fatos reais. Para ele, a religião seria “flores imaginárias que enfeitam as cadeias”. Embora Marx a chame de “ópio do povo”, reconhece que a religião também “luta” contra a miséria humana. Para ele, o problema é que não é luta efetiva, mas uma acomodação e reforço de *status quo* de miséria (Falcão e Mariz, 2006).

Contrastando com Marx, Émile Durkheim (1858-1917) e Max Weber (1864-1920) não acreditavam que a religião estivesse tão destituída e enfraquecida na sociedade em que viviam como também não acreditavam no seu total desaparecimento (Falcão e Mariz, 2006). Durkheim, um dos pensadores que mais contribuiu para a elaboração de um conceito de religião se posicionava contrariamente à visão corrente da época que dizia ser a religião a crença em seres sobrenaturais. Conceituou religião como um constructo social, uma evidente redução do religioso a um fato social. Para ele a religião tem como principal característica “o sagrado” que é algo extraordinário enquanto que o seu oposto, “o profano”, está relacionado a coisas ordinárias e mundanas. Relacionou o sagrado com o âmbito social e as crenças religiosas como representações coletivas e principais rituais religiosos praticados coletivamente. A igreja seria, para ele, um grupo de pessoas que sustenta uma crença comum e que participa de um conjunto de rituais. Durkheim (1985) conclui que a função substancial da religião é a criação, o reforço e manutenção da solidariedade social. Enquanto persistir a sociedade, persistirá a religião. Para ele, em todas as sociedades os indivíduos se confrontarão

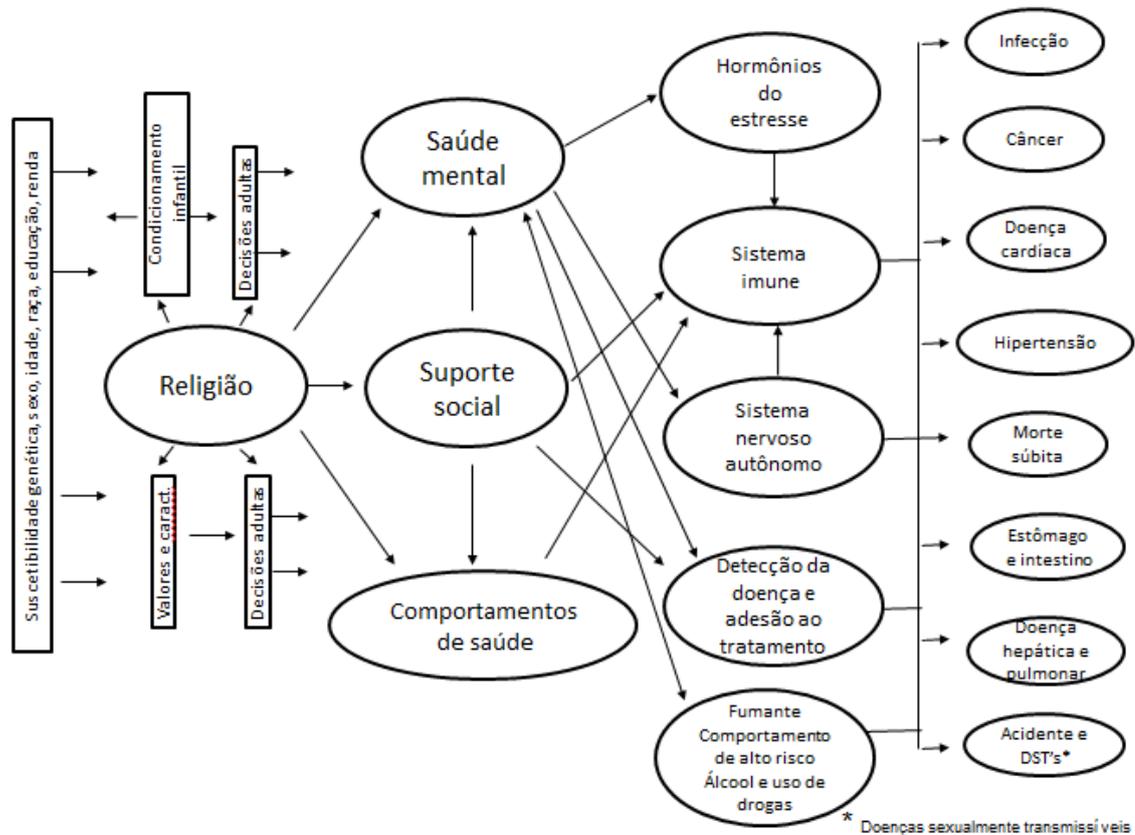
com algo externo e maior do que eles, algo capaz de coagi-los, e também de motivá-los a viver ou morrer: o social. No momento em que o indivíduo não sente mais essa força do social, cria-se uma situação que Durkheim chamou de anomia. A anomia reflete uma fraqueza na solidariedade social. A sociedade moderna, a qual ele vivia no final do século XIX e no início do XX, ao se secularizar (separação entre Estado e Igreja) estava gerando indivíduos cada vez mais anômicos. Apesar de fisicamente cercado de pessoas, e vivendo em conglomerados urbanos mais populosos, os indivíduos modernos estariam mais isolados em termos subjetivos na medida em que compartilhavam menos crenças e verdades (Falcão e Mariz, 2006).

De acordo com Pargament *et al.*(1988) a relação entre a religião e o indivíduo em busca da solução do problema (de saúde ou não) depende do nível de participação e do *locus* de responsabilidade da pessoa: 1) Modelo delegante-*deferring*- o indivíduo transfere toda a sua responsabilidade à Deus esperando do mesmo as soluções para a resolução dos seus problemas, adotado por pessoas que se percebem menos competentes. 2) Modelo colaborativo-*colaborative*- tanto Deus como o indivíduo são participantes ativos na solução dos problemas. 3) Modelo autodirigido-*self-directing*- a resolução do problema é atribuído ao indivíduo e Deus é concebido como “fornecedor” da liberdade para a pessoa conduzir a sua própria vida. Os dois últimos modelos seriam adotados por aquelas pessoas que se percebem mais competentes por apresentar características tais como: responsabilidade e iniciativa pessoal.

Koenig (2001) relata que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: 1) crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências. Significado que por sua vez fornece a sensação de propósito e direção na vida com maior esperança e atitudes otimistas; 2) crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas- alegria, gratidão. Essas emoções podem fornecer alívio que auxilia a lidar

com o estresse da vida diária, além de promover recursos alternativos de hábitos ruins e atividades destrutivas para as relações humanas e para a própria pessoa; (3) a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (nascimento, adolescência/casamento/morte); (4) crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipo de comportamentos socialmente aceitáveis. O autor propõe ainda um modelo teórico que considera os mecanismos psicológicos, sociais, comportamentais e fisiológicos com o intuito de descrever como a religião pode estar associada ao desenvolvimento ou ao curso de várias doenças. O modelo considera cinco maiores áreas: fatores genéticos, criação, suporte social e psicológicos, comportamentos de saúde (Figura 1).

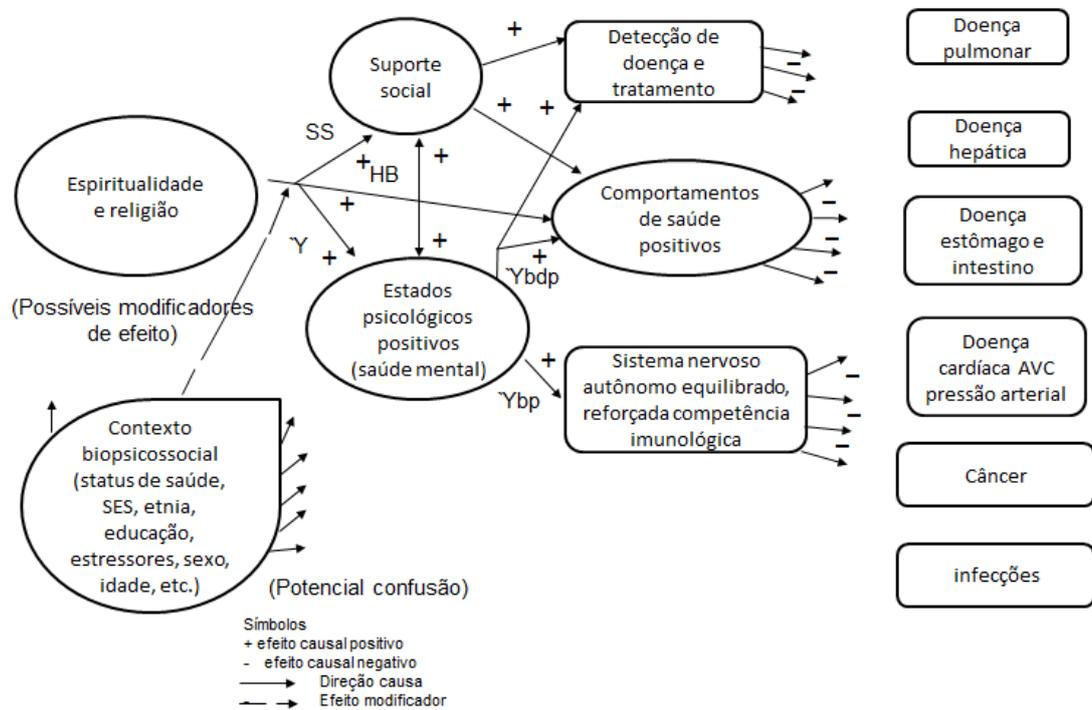
Figura 1-Modelo teórico que descreve como a religião está associada à saúde.



Fonte: Harold Koenig *et al.* (2001).

Pesquisadores sugerem uma associação positiva da espiritualidade e da religião na saúde das pessoas mediada pelo contexto biopsicossocial. A espiritualidade e a religião podem proporcionar níveis mais elevados de apoio e coesão social e por sua vez incentivar tanto o uso de serviços preventivos proporcionando a detecção precoce de doenças e a busca pelo tratamento (Aaron *et al.*, 2003; Benjamins e Buck, 2008) como também comportamentos saudáveis de saúde, além de proporcionar estados psicológicos positivos como felicidade, otimismo, paz e libertação de pensamentos negativos (Koenig; Ellison e Levin, 1998; George *et al.*, 2002; Ellison *et al.*, 2001; Salmoirago-Blotcher *et al.*, 2011) (Figura 2).

Figura 2- Modelo teórico que descreve como a religião e a espiritualidade estão associadas positiva e negativamente à saúde.



Abreviatura dos caminhos selecionados

SS- efeitos do suporte social da espiritualidade/ religião

HB- efeitos do comportamento de saúde da espiritualidade/religião

Y-efeitos do estado psicológico da espiritualidade/religião

Ybdp- efeitos do comportamento de saúde ou detecção doença/tratamento do estado Psicológico

Ybp- efeitos diretos da imunidade, endócrinos ou outros sistemas biológicos do estado psicológico

Algumas religiões proíbem explicitamente o uso de substâncias nocivas à saúde como o álcool e o cigarro. Outras, embora não as proíbam, prescrevem normas de comportamento com o intuito de desencorajar o uso (Harden, 2010) acarretando implicações consideráveis para o padrão de consumo. E quanto maior o compromisso com a religião, maior a adesão a essas normas (Free, 1994; Centro Nacional de Abuso de Substâncias, 2001).

2.3 Epidemiologia e fatores associados ao tabagismo

O tabagismo é a primeira causa de morte evitável no mundo; é um vício provocado pela nicotina e por outras substâncias tóxicas presentes no cigarro (West, 2000). A nicotina presente em qualquer derivado do tabaco é considerada droga por possuir propriedades psicoativas, ou seja, ao ser inalada produz alteração no sistema nervoso central trazendo modificação no estado emocional e comportamental do usuário podendo induzir ao abuso e a dependência (INCA, 2015). É reconhecido pela OMS como doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental. O tabagismo é problema de saúde pública que mata milhares de pessoas em todo o mundo (OMS, 2015).

O fumo envolve problemas desde a sua produção associados ao uso de agrotóxicos e desmatamento até o envolvimento de pessoas com contrabando de produtos falsificados (OMS, 2008). Este problema interfere na saúde de consumidores e fumantes passivos, atinge crianças, homens e mulheres, prejudicam seres humanos desde a sua gestação até a senescência (INCA, 2014). O tabaco é o único produto de consumo legal que pode lesar todos os expostos a ele e está associado à morte de mais da metade daqueles que o consome regularmente (OMS, 2008). Geralmente os fumantes são portadores de maior quantidade de doenças do que a população em geral (Borges, 2009).

O número de fumante no mundo tem crescido, e mais rapidamente em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento. Estima-se que em 2030 mais de 80% das mortes por doenças tabaco-relacionadas no mundo ocorrerão em países de baixa e média renda (Muller, 2008).

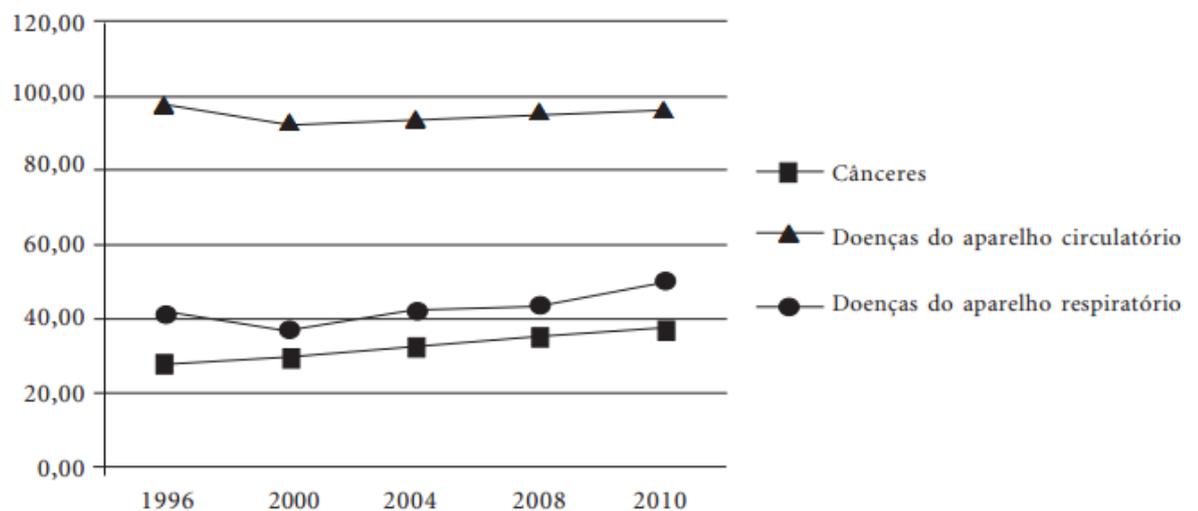
A associação entre tabaco e pobreza é uma tendência observada em diversos países e tem sido foco especial de atenção e mobilização da OMS (INCA, 2004). Se por um lado as regiões ricas estão associadas ao tabagismo, os fumantes provavelmente são os pobres destas populações (INCA, 2014). Essa distribuição desigual entre as classes sociais atinge de forma mais intensa as populações de menor renda e com menor tempo de educação formal, logo, mais permeáveis às mensagens da indústria do tabaco, sem crivo crítico (Monteiro *et al.*, 2007; Wunsch Filho *et al.*, 2010; Glasgow *et al.*, 1987). Pessoas sem escolaridade apresentam uma probabilidade cinco vezes maior de fumar que aquelas com pelo menos educação secundária (OMS, 2003).

Os dados sobre os inquéritos realizados pelo VIGITEL, PNAD e INCA mostram que as maiores prevalências são em homens por ter sido um hábito que se iniciou no mundo como um comportamento predominantemente do sexo masculino, pessoas com menor escolaridade (ensino fundamental completo) e com menor renda familiar *per capita*. A região rural tem maior prevalência que a urbana (IBGE, 2009). Estudos têm apontado um crescimento do hábito de fumar no mundo em mulheres, jovens e essa tendência têm sido percebida na América Latina (Muller, Wehbe, 2008; OMS, 2008).

O fumo é um fato causal de aproximadamente 50 doenças destacando as doenças cardiovasculares, câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (Rosemberg, 2003). O tabagismo é responsável por, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças do aparelho circulatório.

Em relação à mortalidade, ele é responsável por 40-45% de todas as mortes por câncer, 90-95% de mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e cerca de 20% de mortes por doenças cardiovascular (OMS, 2005), além de interferir na saúde dos não fumantes por meio do tabagismo passivo. De acordo com a figura 3 é possível observar que houve um aumento na taxa de mortalidade nos três principais grupos de doenças tabaco-relacionadas principalmente a partir de 2000 (Pinto, 2010).

Figura 3- Taxa de Mortalidade Geral por 100.000 habitantes de grupos de doenças tabaco-relacionadas.



Fonte: Pinto, 2010

2.3 Controle do tabagismo no Brasil e no mundo

Juntamente com a AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020 (OMS, 2005). Mesmo sendo o maior produtor e o maior exportados de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes para o controle do tabagismo (INCA, 2014).

A Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1989, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade científica e de conselhos de profissionais de saúde (Cavalcante, 2005).

A PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. Os objetivos específicos são (1) reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre os jovens, (2) aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes e (3) proteger todos do risco do tabagismo passivo (Cavalcante, 2005).

As diretrizes da PNCT guiam as suas estratégias de forma a atuar nos determinantes sociais e econômicos que favorecem a expansão e o consumo do tabaco como, por exemplo, a redução da aceitação social do tabagismo, dos estímulos para a iniciação, do acesso aos produtos derivados do tabaco, das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar, proteção contra os riscos do tabagismo passivo, monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre a saúde, economia e meio ambiente. Para alcançar essas diretrizes supracitadas, a política articula três estratégias operacionais: descentralização por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde, intersetorialidade das ações e construção de parceria com a sociedade civil organizada.

Com o objetivo que houvesse uma globalização das políticas de controle do tabaco, em maio de 2003 foi adotada por países-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS) uma vez que as indústrias do fumo haviam globalizado as suas atividades (OMS, 2011).

A CQCT tem como objetivo proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela

exposição à fumaça do tabaco, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.

Em 2008 a OMS introduziu o pacote MPOWER de medidas de controle do tabaco a fim de ajudar os países a executar as ações:

“M- Monitorar o uso do tabaco;

P- Proteger as pessoas da fumaça do cigarro;

O- Oferecer ajuda para parar de fumar;

W- *Warn* (advertir) sobre os perigos do tabaco;

E- *enforce* (fazer valer) a proibição de publicidade, promoção e patrocínios do tabaco;

A- *Raise* (aumentar) os impactos do tabaco.”

De acordo com a OMS (2008), nenhum país do mundo tem todas as seis medidas implantadas no mais alto nível, capaz de proteger de forma completa suas populações. Os resultados das medidas de restrição à publicidade no controle do tabagismo em vários países mostram que esse é um instrumento legítimo e necessário para a redução do consumo, associado à medidas legislativas, econômicas e educativas, entre outras (INCA, 2015). A publicidade direta era feita por veículos de comunicação de massa, por anúncios atraentes e bem produzidos, o que está proibido no Brasil desde 1996 (Cavalcante, 2005).

O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco encontram-se em estágios avançados (Pantani, 2011). O INCA tem papel-chave na organização da agenda intersetorial do governo para a implementação da CQCT; ele é responsável pela coordenação do PNCT e pela Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para a implementação da CQCT (CONICQ) (OPAS, 2012).

2.4 Tabagismo e religião

O uso e a dependência do fumo é um fenômeno complexo determinado por fatores genéticos, psicológicos e sociais (Prendergast, 1994); é modulado por normas, valores e práticas, tanto no grupo familiar como extra-familiares como os amigos e a religião (Kerr-Corrêa *et al.*, 2002; Borini *et al.*, 1994)

O hábito de fumar é um comportamento de risco para a saúde e geralmente se inicia em idades precoces (média de 15 anos) e se estende por toda a vida, interferindo no desenvolvimento e na saúde física, mental e social (Sutherland, 2001). Falcão *et al.* (2008) mostraram que quase metade dos tabagistas iniciaram seu vício antes dos 12 anos de idade, e mais de três quartos deles antes dos 18 anos. Outros comportamentos de risco à saúde são maiores entre pessoas fumantes quando comparada às não fumantes como, por exemplo, o baixo nível de atividade física, uma dieta pobre em frutas e verduras (Giannakopoulos *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2005; Muza *et al.*, 1993) e o consumo de álcool; já que é conhecida a tendência de quem cultiva um vício ter facilidade de adquirir outros (De Micheli, 2002)

Estudos têm demonstrado que a educação religiosa na infância está associada a uma menor exposição ao uso de drogas em adolescentes (Dalgalarrodo *et al.*, 2004; Silva, 2005) e que não ter religião, ter pouca crença religiosa, não frequentar igreja e cultos está associada ao maior uso de álcool e drogas principalmente na adolescência (Monteiro *et al.*, 1989; Strote *et al.*, 2002).

A religião desempenha um papel importante na vida cotidiana. No entanto, as restrições comportamentais diferem muito entre as religiões. A maioria das grandes religiões foram fundadas antes do grande consumo do tabaco; assim, seus ensinamentos fundamentais não se referem diretamente ao tabagismo (El Awa, 2004).

O mecanismo exato da associação entre a religião e o consumo do tabaco não está claramente determinado, existem algumas hipóteses:

- a) Algumas religiões proíbem totalmente o consumo de determinadas substâncias e outros promovem normas de comportamento com o intuito de desencorajar o uso do tabaco (Stylianou, 2004).
- b) Quando um adolescente passa o tempo frequentando atividades religiosas, permanece menos tempo para se envolver em comportamentos de risco, incluindo tabaco (Sinha, 2007).
- c) Adolescentes que acreditam que a religião é importante e que têm compromisso religioso são mais propensos a ter os pais que os supervisionam e incentivam a prática de atividade religiosa e conseqüentemente os afasta do tabaco (Pargament, 2004).
- d) A crença religiosa pode ajudar a fortalecer um mecanismo de enfrentamento positivo em indivíduos e, assim, diminuir o efeito de questões estressantes que podem levar ao tabagismo (Mason *et al.*, 2001).
- e) A participação em atividades religiosas organizacionais, como uma rede social, proporciona níveis mais elevados de apoio social e de coesão social que são capazes de desencorajar comportamentos negativos para a saúde de diferentes formas (Lee *et al.*, 2005).

Segundo Dalgalarrodo *et al.* (2005), os evangélicos foram os que menos usavam tabaco, álcool e drogas ilícitas; os espíritas foram os que mais utilizavam essas substâncias; e os católicos situavam-se em posição intermediária.

A interrupção do tabagismo é na maioria das vezes influenciada pela família, o que paradoxalmente, também contribui para o início desse vício na adolescência. A pressão para abandonar o fumo é benéfica tanto para a saúde do fumante quanto para a saúde dos

próprios familiares visto que fumantes passivos têm um maior risco de desenvolverem doenças respiratórias e sofrer eventos isquêmicos (Vineis *et al.*, 2005; INCA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre a religião com a saúde e com o tabagismo.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o trânsito religioso em relação a características sociodemográficas.

Avaliar a associação da saúde com a religião e o trânsito religioso.

Avaliar a associação da religião e do trânsito religioso com o tabagismo.

4 MÉTODOS

Nesta seção serão apresentadas informações sobre os métodos utilizados no Estudo Pró-Saúde (EPS), a população de estudo e variáveis utilizadas nesta pesquisa. As variáveis como também as análises de dados serão apresentadas nas seções de resultados de cada artigo, pois houve variação do método utilizado de acordo com o objetivo específico de cada análise.

4.1 Fonte dos dados: Estudo Pró-Saúde

Os dados utilizados nesta tese são provenientes do EPS que é um estudo longitudinal realizado com trabalhadores técnico-administrativos de universidade localizada no Rio de Janeiro. O estudo tem como foco temático principal os determinantes sociais da saúde e de comportamentos em saúde.

Foram convidados a participar do EPS todos os funcionários técnico-administrativos da universidade, sendo consideráveis inelegíveis apenas aqueles cedidos a outras instituições ou licenciados por motivos não relacionados à saúde. A população elegível foi constituída por 4459 funcionários, dos quais 4030 (90,4%) participaram da fase 1 do estudo em 1999.

Juntamente com a Diretoria de Comunicação Social e da Faculdade de Comunicação Social da universidade, foi possível gerar estratégias de comunicação, tais como matérias vinculadas na mídia interna, mensagens em contracheques e *websites*, cartazes e faixas visando a sensibilização positiva dos funcionários. Além disso, foram enviadas, aos funcionários, em seus domicílios, cartas personalizadas e também foram realizadas visitas aos setores de trabalho. Nesses setores foi realizado um contato prévio com a chefia, solicitando a colaboração para liberar o funcionário para participar do estudo durante o horário de trabalho.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autopreenchíveis aplicados no local de trabalho por pesquisadores de campo treinados e com auxílio de supervisores. Métodos para garantir a qualidade da informação e o processamento de dados, como estudo piloto, avaliação da confiabilidade do instrumento (teste-reteste) e procedimentos de dupla digitação independente, foram utilizados. Para a presente tese foram utilizados os dados da linha de base (1999). O questionário foi composto por questões referentes a condições socioeconômicas, gênero, cor/raça, mobilidade geográfica e social, experiência de discriminação, estresse no trabalho, padrões de rede e de apoio social, além de aspectos da

saúde da mulher, morbidades, acidentes de trabalho, transtornos mentais comuns e de comportamento relacionados à saúde (atividade física, padrões de dieta e tabagismo, utilização de serviços de saúde e uso de medicamentos). Além da aplicação dos questionários, foram aferidos peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial por equipe treinada com base em métodos padronizados e com periódico controle de qualidade.

4.2 Pré-testes

Foram realizados pré-testes com os instrumentos utilizados nas duas etapas da linha de base com o objetivo de avaliar a clareza das perguntas, resistência ou dificuldades em determinadas questões, suficiência de respostas, além de adequação da sequência e transição dos blocos temáticos. Também foram testados aspectos de processamento como a adequação da tela de entrada de dados, procedimentos de dupla entrada independente e correção de erro de digitação. Participaram dos pré-testes, sempre que possível, voluntários com características semelhantes às da população-alvo do estudo

4.3 Estudos pilotos

Os estudos pilotos realizados nas duas etapas da linha de base tiveram como população alvo trabalhadores não pertencentes ao quadro efetivo da universidade, mas que realizavam atividades semelhantes. Além de simular todas as etapas da coleta de dados da linha de base, visaram também analisar a confiabilidade dos instrumentos, com a repetição da aplicação de questionários idênticos em intervalo de duas semanas (teste-reteste)

**5. SAÚDE, RELIGIÃO E TRÂNSITO RELIGIOSO: ESTUDO PRÓ-SAÚDE, 1999.
(ARTIGO CIENTÍFICO)**

Ana Paula Nogueira Nunes¹

Cecília Loreto Mariz²

Eduardo Faerstein³

¹Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

²Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

³Departamento de Epidemiologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

Correspondência/Correspondence

Eduardo Faerstein

Rua: São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 6º andar/Bloco E- Estudo Pró-Saúde

Bairro: Maracanã CEP 20550-013 Rio de Janeiro/RJ

e-mail: efaerstein@gmail.com

RESUMO

Pesquisas qualitativas sugerem que a busca da superação do sofrimento, especialmente problemas de saúde, constitui a motivação mais alegada para adoção de nova religião. Neste estudo investigamos, por meio de questionário autopreenchível, a associação entre autopercepção da saúde e trânsito religioso, com dados do Estudo Pró-Saúde, pesquisa longitudinal realizada entre funcionários públicos no Rio de Janeiro. As religiões foram categorizadas segundo critérios do IBGE, e o trânsito religioso derivou da comparação entre religião de criação e religião relatada em 1999. A religião de criação foi mantida por 62% dos 3562 indivíduos incluídos nas análises; 26% mudaram de religião, e 12% mudaram para “sem religião”. O trânsito religioso foi marcado por crescimento de kardecistas e dos “sem religião”. Independentemente de idade, sexo e escolaridade, a autopercepção da saúde regular ou ruim associou-se a chance de 40% mais elevada de mudança de religião, quando comparada à percepção da saúde como boa ou muito boa.

Palavras-chave: Religião. Trânsito religioso. Autopercepção da saúde.

ABSTRACT

Qualitative research suggests that the most alleged reasons for adopting new religion is overcoming sufferings in general mainly health problems. This study aimed , therefore, to identify the association between self-rated health and religious transit . It uses the 1999 data from the cohort "Pro- Health Study" held in Rio de Janeiro. Religions were categorized according to the criteria of the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the religious transit was derived from the comparison between the religion the researched subjects were raised with the religion they reported in 1999. Of the studied population, 62 % remained in the religion they were raised, 12 % declared having no religion anymore, and 26% adopted a new religious identity; the religious transit was marked by an increase of Kardecists and of the without religion group. People who rated their health as fair or poor had a 40 % higher chance of having changed of religion when compared to those who rated their health as good or very good .

Key-words: Religion. Religious transit. Self-rated health.

Os dados sobre identidade religiosa nos últimos censos brasileiros (1991, 2000, 2010) revelam que o perfil religioso da nossa população tem se modificado bastante. Estudos¹ que analisam as dimensões sociais desse fenômeno apontam para uma forte relação entre diferentes identidades religiosas e nível de instrução, gênero, idade e regiões geográficas. O presente artigo pretende contribuir para a reflexão sobre fatores associados a essa mudança de perfil religioso, ou trânsito religioso, analisando dados de uma pesquisa de cunho epidemiológico que inclui as variáveis “religião atual” e “religião de criação”, além de outras sobre perfil social e saúde. Essas análises podem contribuir para ampliar a compreensão do fenômeno estudado ao se agregar à discussão variável relacionada à saúde.

Como aponta David Lehmann (2012), os grupos religiosos que mais crescem no Brasil, em outros países da América Latina e também na África têm sido aqueles que oferecem práticas que ajudam a diminuir a dor e sofrimento dos novos adeptos. São, portanto, grupos que já foram identificados como “cultos de aflição” (Fry e Howe, 1975). Referindo-se a essas sociedades, Lehmann (2012) argumenta que cada vez mais os indivíduos vivem a religião como estratégia de superar sofrimento e ter esperança, o que tem afetado as próprias igrejas e religiões, de forma que essas não podem mais serem entendidas como “*uma questão de herança e tradição*”. A identidade religiosa enquanto opção individual tem sido questão muito debatida² e tem levado a estudos que procuram explicar essa identidade pelas características do indivíduo. O texto de Lehmann (2012) nos estimula a considerar a busca de “bem estar” que inclui a saúde como uma dessas variáveis.

¹ Ver, por exemplo, os artigos que constituem os livros organizados por Teixeira e Menezes (2009, 2013) que discutem os dados sobre religião dos censos de 2000 e 2010, e os livros de Jacob [et al.] (2003; 2006).

² A relação entre o individualismo moderno e a religião é um tema clássico da religião no mundo contemporâneo, já trabalhado por Berger (1985), mas que tem sido revisto e ampliado tanto no contexto nacional (por exemplo, Prandi & Pierucci, 1996; Pierucci 2013 entre outros) como no internacional (por exemplo, Hervieu-Léger, 2008; Davie, 1994, entre outros).

Nesse artigo nos propomos, como já fizeram outros autores (Almeida e Montero 2001; Fernandes e Pitta 2006), a identificar características dos sujeitos pesquisados que podem estar correlacionadas, à mudança da identidade religiosa familiar. Além dos que incluíram os estudos acima citados, incluimos, entre essas características, a saúde. Na medida em que supomos que o abandono da religião de criação (e a decisão de ficar sem religião ou adotar uma nova), possa ser explicada pelo perfil social dos sujeitos e também por outras características, como seu estado de saúde, consideramos nestas análises a religião uma variável dependente, na contramão dos estudos que procuram investigar se as identidades ou práticas religiosas podem afetar a saúde (Koenig, 2001; Levin, 1996; Ellison, 1991; Pargament, Kennell e outros 1988 e Kaplan, 1976). No presente estudo nosso objetivo é identificar variáveis que talvez possam explicar a mudança de religião.

Doença e sofrimento sempre foram experiências importantes no discurso mágico religioso de todos os tempos. Análises da etimologia do termo central da tradição cristã, “salvação”, têm apontado sua origem na ideia de saúde. As enfermidades levavam, como afirma Weber (2002:192), indivíduos a buscar magos e mistagogos para obter ou a solução do problema, ou ao menos uma justificativa e explicação para ele. No mundo contemporâneo se multiplicam as ofertas religiosas que ajudam a lidar e superar a doença e a dor, em geral, como tem mostrado ampla literatura que discute as distinções entre doença material (ou física) e doença espiritual e terapias e significados religiosos para esses males (Montero, 1985, Minayo, 1988, Ferreti, 2003, entre outros). Com efeito, os grupos religiosos que mais crescem, segundo o Censo Demográfico brasileiro, também se destacam por oferecer sistemas de cura alternativos: as igrejas pentecostais e o espiritismo kardecista.

Pesquisas qualitativas realizadas em diversas partes do país, como as citadas abaixo, apontam para o fato de problemas de saúde estarem entre as principais razões e

“aflições” que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa. As “curas” estão frequentemente presentes nos relatos de “conversão” ou adesão a uma nova fé, seja essa de cunho evangélico pentecostal (Neves, 1984, Mariz, 1994; Machado, 1996; Mafra 2000, 2002; Medeiros, 2000; Bonfatti, 2000 e Chesnut, 1997, entre muitos outros), seja essa uma religião mediúnica, como a espírita kardecista³ ou de outro tipo como os chamados “nova era” (ver Amaral 2000, entre outros). A promessa de cura estaria também presente na fala dos líderes religiosos e nos seus rituais. Os centros espíritas se destacam como sistema alternativo de saúde sendo comum médiuns “receberem médicos desencarnados” como o famoso Dr. Fritz (fenômeno estudado por Lewgoy, 2004; Greenfield 1992 entre outros). Nas igrejas pentecostais e neopentecostais, os cultos e ministérios de cura são bastante frequentes, e também são promovidos pelo Movimento de Renovação Carismática Católica (Carranza, 2000; Maués, 2004, Maués et alii 2002; Machado, 1996; Steil, 2004; Prandi,1996). O *Health and Wealth Gospel*, discurso religioso surgido nos EUA, se espalhou mundialmente via igrejas evangélicas, especialmente as pentecostais (Mariano, 1999 e Freston, 1991).

A cura pelo sistema religioso tem especificidades que a distinguem daquela do sistema médico ocidental (Minayo, 1988, Luz, 2005). No primeiro sistema a doença teria causas físicas/ morais/ espirituais, portanto, para se obter saúde são necessárias intervenções em todos os aspectos da vida. Embora em vários grupos religiosos seja possível se submeter ao tratamento e processos de cura espiritual sem necessariamente se converter ou aderir totalmente a suas tradições religiosas, é comum que a superação ou alívio do problema requeira frequência constante ou resulte numa mudança de visão de mundo, e com o tempo à adoção de nova identidade religiosa.

³ A saúde tem papel muito importante no kardecismo como tem mostrado a literatura especializada, por exemplo, Cavalcanti (1983), Aubrée & Laplantine (1990); Stoll, (2002); Lewgoy (2004) e Giumbelli (1997).

Estudos qualitativos sobre curas que ocorreram pela via religiosa indicam que na maior parte das vezes elas se dão de forma continuada exigindo do curado um novo estilo de vida e fidelidade ao grupo (Mariz, 1994). No pentecostalismo, tal como a chamada “libertação do alcoolismo” ou “superação da adição ao álcool”, a “cura” em geral ocorre relacionadas a mudanças no estilo de vida das pessoas e “conversão”. Essas mudanças de hábitos cotidianos e até mesmo de círculos de amigos são acompanhadas também por uma transformação de visão de mundo e de reinterpretação dos acontecimentos da vida.

Portanto, este estudo orienta-se pela hipótese de que a tendência a abandonar a religião em que foi criado, ou pelo contrário, a permanecer nela, ou ainda deixar de ter religião, poderia estar relacionada, não apenas ao um perfil social específico, mas também a um enfrentamento cotidiano de problemas de saúde.

Em pesquisas epidemiológicas têm sido extensamente utilizada a variável “autopercepção de saúde”. Testada em estudos longitudinais desenvolvidos desde a década de 1980, a autopercepção negativa de saúde, quando ajustada por outras variáveis (como idade, gênero, grau de “satisfação com a vida” e renda), vem demonstrando capacidade de prever a mortalidade e morbidade em adultos (Quesnel-Vallée, 2007, Idler e Benyamini, 1997; Fonseca, Blank e outros, 2008; Nunes, Barreto e outros, 2012). Dessa forma, essa variável tem se revelado uma melhor preditora de mortalidade do que diversas medidas objetivas do estado de saúde, refletindo a percepção integrada do indivíduo ao incluir as dimensões biológicas, psicológicas e social de saúde (Idler e Benyamini, 1997; Martikainen, Arpo e outros 1999; Bailis, 2003 e Jylha, Guralnik e outros 1998), sendo considerada uma variável multidimensional (Martins, Barreto e outros, 2009).

Estudos identificaram que pessoas que relatam perceber a sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aquelas

que relataram a sua saúde como boa (Kaplan, 1983; Marcellini, 2002 e Guimarães, 2012). Adicionalmente, essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas⁴ da condição de saúde (Manderbacka, 1999).

É nossa proposta, por meio dos dados da pesquisa já citada, cuja construção e características serão analisadas no próximo item, alcançar os seguintes objetivos:

- Descrever o perfil social da amostra e, especificamente, dos participantes que já não possuem a identidade religiosa de criação (ou experimentou o trânsito religioso).
- Investigar a associação entre autopercepção de saúde e mudança de religião ou mudança para “sem religião”, em comparação com a não mudança da identidade religiosa de criação.
- Investigar a associação entre a autopercepção da saúde e os grupos “com religião em comparação ao grupo “sem religião”.

Base de dados. O presente artigo utiliza dados do Estudo Pró-Saúde (EPS), investigação epidemiológica longitudinal iniciada em 1999 com a população de trabalhadores técnico-administrativos de campi universitários localizadas no Estado do Rio de Janeiro.

Foram convidados a participar do EPS todos os funcionários técnico-administrativos em atividade, sendo consideráveis inelegíveis apenas aqueles cedidos a outras instituições ou licenciados por motivos não relacionados à saúde. A população elegível foi constituída por 4459 funcionários, dos quais 4030 (90,4%) participaram da fase 1 do estudo em 1999.

⁴ Tais como mortalidade (Sundquist e Johansson, 1997; Guimarães, Chor e outros, 2012) depressão e ansiedade nas duas últimas semanas (Lima-Costa, Firmo e outros, 2004)

Estratégias de divulgação do EPS incluíram matérias vinculadas na mídia interna, mensagens em contra-cheques e *websites*, cartazes e faixas. Além disso, foram enviadas cartas personalizadas, aos domicílios dos funcionários, e realizadas visitas aos setores de trabalho. Em caso de pessoas licenciadas por motivo de saúde, era realizada uma visita domiciliar.

A coleta de dados foi conduzida por meio de questionários autopreenchíveis, com apoio de pesquisadores de campo e supervisores treinados. Para garantir a qualidade das etapas de coleta e processamento de dados, foram conduzidos pré-testes e estudo piloto, estimativas de confiabilidade teste–reteste do instrumento, dupla digitação independente. O EPS é um estudo longitudinal, mas o presente artigo restringe-se aos dados relativos a 1999, quando as informações sobre religião foram inicialmente coletadas.

Variável dependente. O **trânsito religioso** foi derivada da comparação entre as variáveis **religião relatada em 1999** e **religião de criação**. Essas foram investigadas, respectivamente, por meio das perguntas: “Atualmente, qual a sua religião?” e “Em que religião você foi criado (a)?”. Foram relacionadas 18 religiões, "outra (especifique)" e "não tenho religião" ou "não fui criado em nenhuma religião".

Para o presente trabalho, as religiões foram categorizadas segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Afro- brasileira: Umbanda e Candomblé.
- Católica: Católica Apostólica Romana.
- Espírita Kardecista: Mediúnica Espírita.
- Pentecostais: Assembleia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus e Casa da Benção.

- Protestante Histórica: Adventista, Batista, Luterana, Metodista e Presbiteriana.
- Outras: Budista, Judaica, Messiânica, Testemunha de Jeová e outras especificadas pelos participantes.
- Sem religião/criado sem religião: não possui religião, ateu.

O trânsito religioso foi categorizado da seguinte maneira: “não mudou de religião” (NMR), “mudou para sem religião” (MpSR) e “mudou de religião” (MR). Esse tipo de categorização não leva em conta qual a religião o indivíduo abandonou ou aderiu, mas busca apenas contabilizar quantos ainda se identificam com sua religião de criação, ou se a abandonou por outra religião ou deixou de ter qualquer religião.

Variável independente focal. A mensuração do estado de saúde foi realizado através da **autopercepção da saúde** que é uma medida mais abrangente e informativa que captura várias dimensões da saúde (Jylha, 2009). A autopercepção da saúde foi construída a partir da pergunta “De um modo geral, em comparação a pessoa da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?”. No questionário havia como opções de resposta: muito bom, bom, regular e ruim. Para o presente estudo, a variável foi dicotomizada em bom (muito bom, bom) e ruim (regular e ruim).

Variáveis independentes de controle. A variável idade foi mensurada por meio da relação entre a data de nascimento do participante e a data da sua participação da pesquisa. Para o presente trabalho criamos cinco **faixas etárias** (22- 25, 26-40, 41-55, 56-65 e >65). O cálculo da renda familiar *per capita* levou em consideração a renda familiar líquida de todas as pessoas que contribuíram regularmente para a despesa da casa no mês anterior à pesquisa e as pessoas que dependiam dessa. Trabalhamos com os

tercis da distribuição da **renda mensal *per capita* em salários mínimos na época da entrevista** por meio dos seguintes estratos: < 3, 3-6 e >6,0 salários mínimos. No questionário a educação foi mensurada por meio de seis estratos com opções desde o 1º grau incompleto até a pós-graduação. Para as nossas análises a variável **escolaridade** foi categorizada em: até o fundamental completo, médio completo e universitário completo ou mais. O gênero foi incluído de forma usual (feminino, masculino). As variáveis **estado civil** (casado, separado, viúvo e solteiro), **cor/raça auto referida** (branca, parda, preta e amarela/indígena) como também a renda foram utilizadas apenas para traçar o perfil da população não sendo incluídas nos modelos de regressão logística que serão detalhados na seção “Estratégia de análise”.

Investigações e métodos de análise. Na seção “Perfil social e religioso da amostra”, faremos a relação entre as variáveis sociodemográficas estratificada por sexo (Tabela 1) e religião declarada em 1999 (Tabela 2). Na seção “Trânsito Religioso” propomos um fluxograma exploratório que descreve o trânsito entre as afiliações religiosas como também a fidelidade religiosa. Para complementá-lo apresentamos a tabela 4 que quantifica essa mobilidade. Na seção “Autopercepção da saúde e trânsito religioso” são apresentados os resultados das análises abaixo especificadas.

Estratégia de análise. Por meio de modelo de regressão logística multinomial foi possível estimar (com intervalo de 95% de confiança) a relação entre a autopercepção do estado de saúde (muito bom/bom e regular/ruim) e o trânsito religioso estratificado nas três categorias supracitadas (NMR, MpSR, MR) e as significâncias estatísticas das diferenças observadas foi aferida pelo teste qui-quadrado de Pearson. As associações da autopercepção regular/ruim da saúde no trânsito religioso são apresentadas na forma de

razão de chance ajustadas pelas variáveis de potencial confundimento (sexo, idade e escolaridade). As razões de chances identificam a chance do evento ocorrer em um grupo em comparação a chance de ocorrer em outro grupo de referência. A razão de chances (RC) igual a 1 (um) indica que a condição ou evento sob estudo tem igual chance de ocorrer nos dois grupos, ou seja, revela ausência de associação estatística. Uma RC maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior chance de ocorrer no primeiro grupo do que no grupo de referência, representando então uma associação positiva; uma razão de chances menor do que 1 indica que a chance do evento ocorrer é menor no primeiro grupo do que no grupo de referência, caracterizando uma associação negativa. Nesse estudo investigamos se as pessoas que autoperceberam a sua saúde como regular/ruim terão chances maiores ($RC > 1$), menores ($RC < 1$) ou iguais ($RC = 1$) para mudar para sem religião ou mudar de religião quando comparado a quem percebeu o seu estado de saúde como bom/muito bom, controlado por sexo, idade e escolaridade. Para as análises utilizamos o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Perfil sociodemográfico da população de estudo. Dos 4030 funcionários técnico-administrativos investigados pelo EPS em sua fase 1468 foram excluídos de nossas análises por apresentarem dados faltantes relativos às principais variáveis de interesse (religião de criação ou religião em 1999), totalizando 3562 participantes. Desse total, 1961 eram mulheres (55%), idade média de 40 anos (mínima de 22 anos e máxima de 81 anos), 52% de brancos autorelatados e 60% de pessoas casadas. Observa-se ainda que os homens dessa população do estudo são mais jovens e menos instruídos do que as mulheres, o que pode explicar a maior proporção de homens no estrato de renda inferior (tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas da população do estudo. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Homens n (%)	Mulheres n (%)	Total n (%)
Idade			
22-25	46 (2,9)	37 (1,9)	90 (2,3)
26-40	879 (54,9)	989 (50,4)	1854 (52,4)
41-55	595 (37,1)	823 (41,9)	1418 (39,8)
56-65	69 (4,3)	107 (5,5)	181 (5,0)
>65	12 (0,8)	5 (0,3)	19 (0,5)
Cor/raça autodeclarada			
Branca	848 (53,0)	1015 (51,8)	1862 (52,3)
Parda	512 (32,0)	537 (27,4)	1047 (29,4)
Preta	198 (12,4)	358 (18,3)	560 (15,7)
Amarela/indígena	43 (2,6)	51 (2,5)	93 (2,6)
Estado Civil			
Casado	1119 (69,9)	1055 (53,8)	2173 (61,0)
Separado	162 (10,1)	372 (19,9)	553 (15,5)
Viúvo	14 (0,9)	90 (4,6)	106 (3,0)
Solteiro	306 (19,1)	444 (21,7)	730 (20,5)
Escolaridade			
Até o Fundamental Completo	292 (18,2)	229 (11,7)	521 (14,6)
Médio Completo	783 (48,9)	823 (41,9)	1602 (45,0)
Universitário Completo ou mais	526 (32,9)	909 (46,4)	1439 (40,4)
Renda mensal per capita (em salários mínimos)*			
<3,0	517 (32,3)	461 (23,5)	975 (27,5)
3,0-6,0	571 (35,7)	737 (37,6)	1308 (36,7)
>6,0	513 (32,0)	763 (38,9)	1279 (35,8)
Religião em 1999			
“Sem religião”	251 (15,7)	176 (9,0)	427 (12,1)
Católica	809 (50,5)	955 (48,7)	1764 (49,5)
Pentecostal	111 (6,9)	108 (5,5)	216 (6,1)
Protestante Histórico	120 (7,5)	177 (9,0)	295 (8,3)
Espírita Kardecista	153 (9,6)	300 (15,3)	455 (12,8)
Afro-Brasileira	64 (4,1)	90 (4,7)	157 (4,4)
Outras	93 (5,7)	155 (7,8)	248 (6,8)
Religião que foi criado (a)			
“Sem religião”	98 (6,2)	70 (3,6)	167 (4,7)
Católica	1219 (76,2)	1565 (79,8)	2785 (78,2)
Pentecostal	53 (3,3)	46 (2,3)	99 (2,8)
Protestantismo Histórico	103 (6,5)	115 (5,8)	213 (6,0)
Espírita Kardecista	41 (2,6)	51 (2,6)	92 (2,6)
Afro-Brasileira	55 (3,4)	67 (3,5)	121 (3,4)
Outras	32 (1,8)	47 (2,4)	85 (2,3)
Total	1601 (100,0)	1961 (100,0)	3562

* valor do salário mínimo na época da pesquisa: R\$136,00

A população do EPS se distingue da população geral por outras características importantes. Como Faerstein, Chor e outros (2005) salientam, trata-se de funcionários públicos, ou seja, indivíduos com emprego e renda assegurados, que não estão expostos a um importante fator de risco para saúde que é a pressão emocional e social devido ao desemprego e/ou precariedade de vínculos empregatícios. Outra especificidade dessa amostra é o seu nível educacional. Há uma proporção elevada de indivíduos com nível superior (40%) e apenas 15% com grau de instrução até o nível fundamental completo, além da ausência de pessoas que não frequentaram escola. Esses dados contrastam com os levantados pelos censos nacionais do IBGE que no ano de 2000 (ano seguinte a essa fase do EPS), 7% da população brasileira, com 25 anos ou mais de idade, teriam nível superior enquanto 64% declararam “fundamental incompleto ou sem instrução” (IBGE, 2010)². Todavia, como o objetivo desse artigo não é propor inferências para outros universos populacionais, mas observar associações entre algumas variáveis, tais especificidades não constituem um problema para nossa análise. No entanto, é preciso deixar claro que essas características específicas afetam o perfil religioso, distinto daquele observado na sociedade brasileira.

De acordo com o censo de 2000, ano seguinte à coleta dos dados em estudo, 74% eram católicos, 15% eram evangélicos, 7% declaravam-se sem religião, e os kardecistas eram apenas 1% da população. No EPS os católicos não chegam à metade dos pesquisados (49%) tornando essa amostra diferenciada em relação não apenas à população brasileira, mas também à da cidade do Rio de Janeiro. Outra característica distintiva é a baixa proporção de pentecostais, que depois da católica é a identidade religiosa mais declarada no Brasil em ambos os censos (2000 e 2010). Já na amostra do EPS os percentuais de espíritas Kardecistas e dos que se declaram “sem religião” alcançaram 13% e 12% respectivamente sendo aproximadamente o dobro dos pentecostais que constituem apenas 6% dessa amostra.

Como já tem sido muito discutido pela literatura sobre religião no Brasil e em especial por estudos apoiados nos dados dos censos⁵, há uma forte associação entre nível educacional e a declaração de identidade religiosa (Teixeira e Menezes, 2006 e 2013). Dessa forma, esse elevado nível de instrução faz com que nossa amostra possua um perfil religioso distinto da sociedade mais ampla. No EPS a segunda e terceira categorias de identidade religiosa mais frequentemente declarada, “espírita kardecista” e “sem religião”, possuem as maiores proporção de pessoas com “universitário completo ou mais”, 54% e 40% respectivamente (tabela 2). Observa-se ainda que a categoria “espíritas kardecistas” é aquela com maior percentual de brancos e maior renda.

⁵ De acordo com a Fundação Getúlio Vargas (2010), o Rio de Janeiro tem sido considerada a capital brasileira menos católica e mesmo assim, em 2003 os católicos eram 57,07% da população e, em 2009 49,83%.

Tabela 2- Características sociodemográficas da população do estudo segundo a religião declarada em 1999. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Religião em 1999						
	Sem religião	Católica	Pentecostais	Protestante Histórica	Espírita Kardecista	Afro- brasileira	Outras
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo							
<i>Masculino</i>	248 (58,2)	799 (45,4)	108 (50,0)	117 (39,7)	152 (33,5)	65 (41,2)	91 (37,1)
<i>Feminino</i>	179 (41,8)	965 (54,6)	108 (50,0)	178 (60,3)	303 (66,5)	92 (58,8)	156 (62,9)
				p<0,001			
Idade							
<i>22-25</i>	90 (2,3)	37 (2,1)	1 (0,8)	3 (0,9)	16 (3,4)	3 (1,7)	5 (2,2)
<i>26-40</i>	1854 (52,4)	829 (47,1)	95 (44,1)	162 (55,2)	285 (62,7)	75 (48,2)	135 (54,7)
<i>41-55</i>	1418 (39,8)	776 (44,1)	97 (44,6)	112 (38,1)	140 (30,9)	71 (45,3)	96 (38,9)
<i>56-65</i>	181 (5,0)	106 (6,0)	23 (9,5)	16 (5,5)	13 (2,8)	6 (4,1)	11 (4,2)
<i>>65</i>	19 (0,5)	16 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,3)	1 (0,2)	2 (0,6)	0 (0,0)
				p<0,001			
Escolaridade							
<i>Até o Fundamental Completo</i>	521 (14,6)	282 (16,1)	87 (40,3)	37 (12,6)	21 (4,4)	28 (17,8)	31 (12,8)
<i>Médio Completo</i>	1602 (45,0)	786 (44,6)	107 (49,6)	155 (52,6)	189 (41,5)	68 (43,5)	117 (47,4)
<i>Universitário Completo ou mais</i>	1439 (40,4)	696 (39,3)	22 (10,1)	103 (34,7)	245 (54,1)	61 (38,7)	99 (39,8)
				p<0,001			
Cor/raça autodeclarada							
<i>Branca</i>	1862 (52,3)	931 (52,8)	69 (31,8)	127 (43,4)	296 (65,0)	64 (40,7)	130 (52,8)
<i>Parda</i>	1047 (29,5)	502 (28,5)	89 (41,1)	105 (35,7)	109 (23,9)	58 (37,1)	71 (29,0)
<i>Preta</i>	560 (15,7)	280 (15,9)	53 (24,6)	58 (19,9)	42 (9,4)	32 (20,4)	39 (15,8)
<i>Amarela/indígena</i>	93 (2,5)	51 (2,8)	5 (2,5)	5 (1,0)	8 (2,4)	3 (1,8)	7 (2,3)
				p<0,001			
Estado Civil							
<i>Casado</i>	2173 (61,0)	1134 (64,3)	148 (68,5)	197 (66,7)	247 (54,3)	75 (47,5)	148 (60,0)
<i>Separado</i>	553 (15,5)	239 (13,6)	32 (14,9)	34 (11,6)	87 (19,3)	41 (26,5)	39 (16,1)
<i>Viúvo</i>	106 (3,0)	58 (3,3)	9 (4,3)	10 (3,4)	6 (1,4)	8 (4,9)	8 (3,1)
<i>Solteiro</i>	730 (20,5)	333(18,7)	27 (12,3)	54 (18,3)	115 (25,0)	33 (21,1)	52 (20,8)
				p<0,001			
Renda mensal per capita (em salários mínimos)*							
<i>>3,0</i>	82 (19,2)	490 (27,8)	123 (57,5)	89 (29,9)	68 (15,0)	46 (29,6)	76 (31,0)
<i>3,0- 6,0</i>	146 (34,3)	633 (35,9)	63 (28,9)	123 (41,8)	182 (40,0)	67 (42,6)	89 (36,2)
<i>> 6,0</i>	199 (46,5)	641 (36,3)	30 (13,6)	83 (28,3)	205 (45,0)	44 (27,8)	82 (32,7)
				p<0,001			
TOTAL	427 (100)	1764 (100)	216 (100)	295 (100)	455(100)	157(100)	248(100)

* valor do salário mínimo na época da pesquisa R\$136,00

Os protestantes históricos formam o quarto maior grupo da nossa população (8%), sendo composto majoritariamente por pessoas com o ensino médio completo (tabela 2). Para entendermos a importância do nível educacional na identidade de grupo religioso é importante comparar com o percentual total da amostra: enquanto 52% dos protestantes históricos têm o ensino médio completo (tabela 2), no total da amostra 45% tem esse nível de instrução (tabela 1).

Já os pentecostais, cuja presença supera apenas a dos que declararam pertencer a religiões afro-brasileiras, possuem os níveis mais baixos de escolaridade e renda da amostra além de serem percentualmente “menos brancos” (Tabela 2). Há mais brancos entre os que declaram religiões afro-brasileiras (41%) do que entre os pentecostais (32%). Em relação ao nível de instrução observa-se que enquanto na amostra total há 40% com nível “universitário completo ou mais”, há entre os pentecostais apenas 10% com esse nível de instrução. Por outro lado, 40% dos pentecostais possuem apenas o fundamental completo enquanto no total dessa amostra aproximadamente 15% estão nessa situação (comparação da tabela 1 com a tabela 2). O perfil educacional dessa amostra ainda tem reflexo menor, mas também importante, na declaração referente à religião na qual o participante foi criado. Uma população de alto nível educacional tende a ter pais também com educação elevada (Ribeiro, 2011) e, por sua vez, o grau de instrução dos pais se reflete na religião em que os entrevistados foram criados. Ao cotejarmos as religiões de criação declaradas com os dados nos censos de 1970 e 1980, época provável da infância de mais da metade dos pesquisados, notamos, por exemplo, uma proporção pequena de entrevistados que declaram terem sido criados pentecostais em relação à quantidade de pentecostais naquelas décadas no Brasil e no Rio de Janeiro, especificamente.

Embora o gênero seja uma variável importante no estudo da religião, como já tem sido muito destacado pela literatura nacional e internacional⁶, no caso da amostra estudada a associação observada entre o gênero dos pesquisados e a identidade religiosa e a religião de criação pode também ter sido afetada pela variável instrução e também pela diferença de idade entre os gêneros. A mais baixa instrução dos homens pode explicar porque há relativamente mais homens criados pentecostais (tabela 2) e proporcionalmente mais homens no total da população pentecostal do que havia homens na amostra como um todo (tabela 1). O fato dos homens serem mais jovens explicaria não apenas uma tendência maior de homens terem sido criados “sem religião” e “pentecostais” (tabela 2), mas ainda se declararem “sem religião”. Com efeito, há forte associação entre a declaração de sem religião e juventude, como mostra Novaes (2013) em sua análise do censo de 2010.

Trânsito Religioso. Podemos avaliar o trânsito religioso comparando a religião declarada em 1999 com aquela em que se foi criado(a). Nota-se que 38% dessa amostra não se identificam mais com a religião de criação, o que significa uma intensa mobilidade religiosa, compatível com o que foi observado em diferentes estudos sobre religião no Brasil nas últimas décadas (Almeida e Montero, 2001; Fernandes e Pitta, 2006)⁷. A parcela que declara não possuir mais a identidade religiosa em que foi criada é formada por dois segmentos bem distintos: o maior, que adotou uma nova identidade religiosa (26%) e um menor, que passou a se referir como “sem religião” (12%).

A tabela 3 permite entender melhor o trânsito religioso. O perfil social do segmento que mantém a identidade religiosa em que foi criado, ou seja, “não mudou de religião” (NMR) é

⁶ Essa ampla bibliografia foi revista por Mariz & Machado (1996) que discutem porque há uma maior proporção de mulheres praticando a religião em todas as expressões cristãs, especialmente pentecostalismo, mas também nas em quase todas outras religiões, com exceção do islamismo e por vezes do judaísmo.

⁷ No trabalho de Almeida e Montero 26,5% mudaram de religião e no de Fernandes e Pitta esse valor foi de 23,5%.

muito similar ao total da amostra por representar 60% da população. O segmento formado pelos que “mudaram para sem religião” (MpSR), foi majoritariamente masculino, brancos, mais jovens e com maior instrução e renda. O grupo que “mudou de religião” (MR) foi formado na sua maioria por mulheres, com baixa escolaridade (até o ensino fundamental completo ou médio completo) e com uma renda familiar menor que 6 salários mínimos *per capita*.

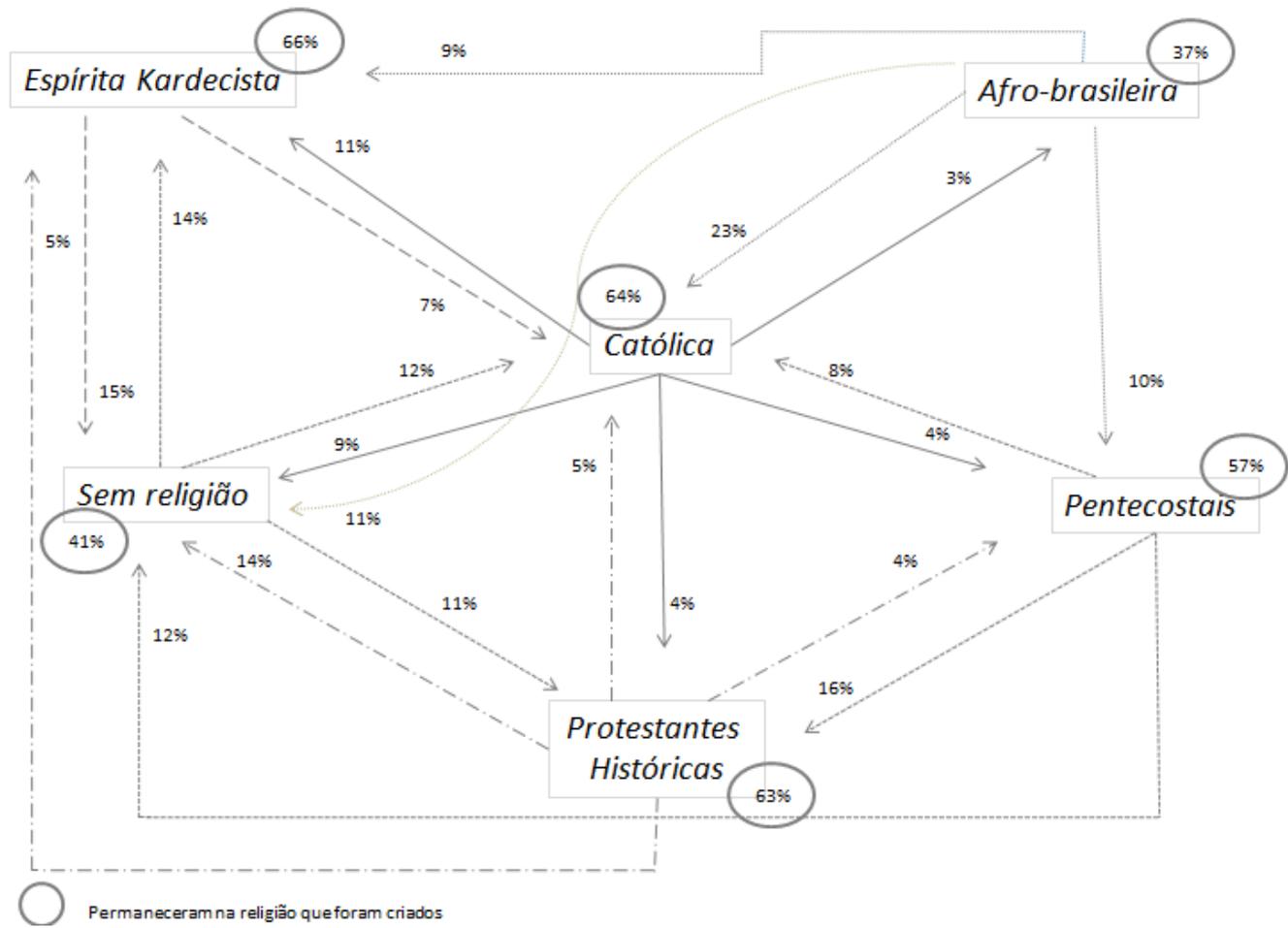
Tabela 3- Características sociodemográficas da população do estudo em relação ao trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Não mudou de religião n (%)	Mudou para sem religião n (%)	Mudou de religião n (%)	Total n (%)
Sexo				
<i>Masculino</i>	1015 (46,0)	234 (56,7)	350 (37,3)	1601 (45,0)
<i>Feminino</i>	1193 (54,0)	179 (43,3)	586 (62,7)	1961 (55,0)
		p<0,001		
Idade				
22-25	53 (2,5)	18 (4,5)	14 (1,5)	90 (2,3)
26-40	1055 (47,8)	263 (63,9)	508 (54,3)	1854 (52,4)
41-55	957 (43,1)	122 (29,6)	357 (38,1)	1418(39,8)
56-65	130 (5,9)	7(1,7)	51 (5,5)	181 (5,0)
>65	13 (0,7)	1 (0,3)	4 (0,5)	19 (0,5)
		p<0,001		
Raça				
<i>Branca</i>	1181 (53,5)	246 (59,7)	468 (50,1)	1862 (52,6)
<i>Parda</i>	640 (29,0)	105 (25,6)	282 (30,2)	1047 (29,4)
<i>Preta</i>	334(15,1)	50 (12,2)	165 (17,6)	560 (15,7)
<i>Amarela/índigena</i>	53 (2,4)	10 (2,5)	19 (2,1)	93 (2,5)
		p=0,108		
Estado Civil				
<i>Casado</i>	1414 (64,0)	212 (51,5)	547 (58,5)	2173 (61,0)
<i>Separado</i>	291 (13,2)	69 (16,8)	182 (19,5)	553 (15,5)
<i>Viúvo</i>	75 (3,4)	6 (1,5)	29 (2,8)	106 (3,0)
<i>Solteiro</i>	428 (19,4)	124 (30,2)	178 (19,2)	730 (20,5)
		p<0,001		
Escolaridade				
<i>Fund. Completo</i>	359 (16,3)	25 (6,2)	155 (16,6)	521 (14,6)
<i>Médio Completo</i>	964 (43,6)	171 (41,6)	452 (48,1)	1602 (45,0)
<i>Universitário completo</i>	885 (40,1)	215 (52,2)	329 (35,3)	1439 (40,4)
		p<0,001		
Renda mensal <i>per capita</i> (em salários mínimos)*				
<3,0	591 (26,8)	72 (17,5)	289 (30,8)	975 (27,5)
3,0-6,0	798 (36,1)	142 (34,2)	362 (38,7)	1308 (36,7)
>6,0	819 (37,1)	199 (48,3)	285 (30,5)	1279 (35,8)
		p<0,001		
Total	2208 (62,1)	413 (11,6)	936 (26,3)	3562 (100)

* valor do salário mínimo na época da pesquisa R\$136,00

Outra informação importante para um melhor entendimento do trânsito religioso diz respeito aos trajetos específicos, ou seja, quais religiões foram abandonadas e quais foram adotadas, o que pode ser observado na tabela 4 e no fluxograma (figura 1) similar aos já elaborados por Almeida e Montero (2001) e Fernandes e Pitta (2006).

Figura 4-Principais trânsitos religiosos. Estudo Pró-Saúde, 1999*.



*Na figura foram expostos apenas os principais trânsitos religiosos por esse motivo os valores não totalizam 100%.

Fonte: A autora, 2015.

Tabela 4- Proporção de participantes segundo religião de criação e de adoção (fidelidade religiosa). Estudo Pró-Saúde, 1999.

Afiliação religiosa em 1999	Criado sem religião n (%)	Religião em que foi criado (a)					
		Católica n (%)	Pentecostal n (%)	Protestante histórica n (%)	Espírita Kardecista n (%)	Afro-Brasileira n (%)	Outras n (%)
Sem religião	67 (40,8)	259 (9,3)	14 (12,4)	31 (14,1)	14 (15,4)	14 (11,0)	19 (21,3)
Católica	21 (12,2)	1771 (63,6)	9 (8,2)	10 (4,7)	6 (6,6)	27 (22,9)	3 (4,0)
Pentecostal	17 (10,5)	117 (4,2)	54 (56,8)	9 (4,2)	2 (2,2)	13 (10,1)	2 (2,7)
Protestantismo Histórico	18 (11,0)	109 (3,9)	17 (13,5)	134 (63,3)	1 (1,1)	4 (3,4)	2 (2,7)
Espírita Kardecista	23 (14,0)	320 (11,5)	0,0	10 (4,7)	61 (65,9)	11 (9,3)	2 (2,7)
Afro-Brasileira	6 (3,0)	76 (2,7)	0,0	1 (0,5)	3 (3,3)	44 (37,4)	1 (1,3)
Outras	15 (8,5)	133 (4,8)	5 (5,1)	18 (8,5)	5 (5,5)	8 (5,9)	56 (65,3)
Total	167 (100,0)	2785 (100,0)	99 (100,0)	213 (100,0)	92 (100,0)	121 (100,0)	85 (100,0)

Na amostra pesquisada, como na população brasileira, a religião católica sofreu a queda mais acentuada; enquanto 78% dos participantes declararam terem sido criados como católicos, apenas 49% se identificavam com essa identidade religiosa em 1999. A religião católica foi a única que perdeu fiéis -- todas as demais cresceram. No entanto, quando analisamos a fidelidade religiosa (ou seja a proporção daqueles que continuam na religião em que foram criados), observamos que essa é maior entre os espíritas kardecistas (66%), seguidos por católicos (64%), protestantes históricos (63%) e pentecostais (57%). O grupo de menor fidelidade seria o de religiões afro-brasileiras (37%) tendo esse grupo sido ultrapassado pelos criados sem religião. Entre os criados sem religião, 41% continuavam “sem religião” (tabela 4).

Dessa forma, observa-se que apesar da Igreja Católica sofrer grande perda de fiéis no cômputo geral, essa queda não parece ser explicada, em nossa população de estudo, simplesmente por incapacidade de manter seus fiéis e sim pela incapacidade de atrair novos. Esse argumento fica claro quando observamos que a duplicação de fiéis pentecostais não vem acompanhada por uma alta taxa de fidelidade mas, pelo contrário, por uma das mais baixas.

Ou seja, a queda entre os católicos parece haver ocorrido devido à incapacidade da Igreja Católica de atrair novos fiéis; as igrejas pentecostais, apesar de perderem mais fiéis, teriam maior capacidade de atrair novos.

Entre os pesquisados que afirmam ter deixado a religião na qual foram criados, 12% se tornaram pentecostais e 11% protestantes históricos. Se considerarmos esses grupos como uma única categoria - evangélicos -, teríamos que essa cresceu 23%. Apesar de superar os percentuais dos que aderiram às religiões afro-brasileiras (6%), à católica (6%) e a um conjunto misto de outras religiões (14%), a proporção dos que se tornaram evangélicos é menor do que os 27% que se tornaram kardecistas como também menor do que os 25% que deixaram de ter religião. O trânsito religioso observado nessa amostra, marcado por um preponderante crescimento de espíritas kardecistas e dos sem religião, se distingue daquele descrito por estudos baseados em amostras com representatividade nacional, tais como o Almeida e Montero, (2001) e o de Fernandes e Pitta (2006).

A tabela 5 indica apenas os que deixaram a religião em que foi criado, relacionando-os com a religião que declaravam ter à época da pesquisa. Essa tabela segue o modelo adotado por outros autores já citados (Montero & Almeida, 2001 e Fernandes & Pitta 2006).

Apenas como ilustração sugestiva observamos que o grupo espírita cresce nesse universo por atrair fiéis criados católicos ou “sem religião”. Os pentecostais, quando deixaram sua igreja, foram para uma igreja protestante histórica ou se tornaram sem religião. Da mesma forma, a maior parte dos protestantes deixou sua igreja para se tornar também sem religião

Tabela 5- Proporção de participantes que deixaram a religião de criação de acordo com a de adoção. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Afiliação religiosa em 1999	Criado sem religião n (%)	Religião em que foi criado (a)					
		Católica n (%)	Pentecostal n (%)	Protestante histórica n (%)	Espírita Kardecistas n (%)	Afro-Brasileira n (%)	Outras n (%)
“Sem religião”	-	259 (25,5)	14 (31,1)	31 (39,2)	14 (45,2)	14 (18,2)	19 (65,6)
Católica	21 (21,0)	-	9 (20,0)	10 (12,6)	6 (19,3)	27 (35,0)	3 (10,3)
Pentecostal	17 (17,0)	117 (11,5)	-	9 (11,4)	2 (6,4)	13 (16,9)	2 (6,9)
Protestante Histórico	18 (18,0)	109 (10,7)	17 (37,8)	-	1 (3,2)	4 (5,2)	2 (6,9)
Espírita	23 (23,0)	320 (31,5)	0,0	10 (12,6)	-	11 (14,3)	2 (6,9)
Kardecistas	6 (6,0)	76 (7,5)	0,0	1 (1,4)	3 (9,7)	-	1 (3,4)
Afro-Brasileira	15 (15,0)	133 (13,3)	5 (11,1)	18 (22,9)	5 (16,2)	8 (10,4)	-
Total	100 (100,0)	1014 (100,0)	45 (100,0)	79 (100,0)	31 (100,0)	77 (100,0)	29 (100,0)

A constante atribuição às religiões mediúnicas, por parte dos pentecostais, de características “demoníacas” pode explicar porque esses fiéis, ao abandonar suas igrejas, passem provavelmente a se declarem “sem religião”, ou sejam, atraídos mais pelo protestantismo histórico do que pelo espiritismo kardecista ou afro-brasileira. Portanto, os grupos religiosos que mais cresceram nessa população foram aqueles que se destacam na relação com saúde, dando sentido ao sofrimento e à dor: os espíritas kardecistas e os evangélicos em geral (mais especificamente, os pentecostais). A seguir, utilizando a variável “autopercepção de saúde” vamos analisar sua associação com a religião (tabela 6) e com o trânsito religioso (tabela 7).

Tabela 6- Associação entre autopercepção da saúde e o grupo com religião e sem religião. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Novos em 1999				
	<i>Sem religião (%)</i>	<i>Com religião (%)</i>	RC bruto (IC95%)	RC ajustado* (IC95%)
Autopercepção da saúde	12,5	87,5	1,0	1,0
<i>Boa (%)</i>	7,9	92,1	1,65 (1,24-2,20)	1,20 (0,89-1,61)
<i>Ruim (%)</i>				
Total	466(12,0)	3416(88,0)		

*ajustado por sexo, idade e escolaridade.

Na tabela 6 é possível observar que as pessoas que relataram uma autopercepção ruim da saúde apresentaram uma chance de 20% mais elevada de ter uma religião em 1999 em comparação àquelas pessoas que autoperceberam a sua saúde como boa, entretanto essa associação não foi significativa.

Autopercepção de Saúde e Religião. Segundo Guimarães, Chor e outros (2012), a autopercepção de saúde está associada com o gênero, com a idade e com o nível de escolaridade. As pessoas mais idosas têm mais problemas de saúde, por isso possuem uma pior autopercepção da saúde em comparação com pessoas mais jovens (Marcellini, 2002; Nunes, Barreto e outros, 2012). Em relação às mulheres, a principal explicação apontada para sua pior percepção do estado de saúde é o papel desempenhado por elas na sociedade, “que as leva a reconhecer a dor e o desconforto com mais facilidade do que os homens” como mostram Giatti e Barreto (2002). Como revela ampla literatura, o estrato social, que nessa amostra se expressaria mais claramente no nível de instrução, interfere na autopercepção de saúde (Souza, Otero e outros, 2008; Nunes, Barreto e outros, 2012; Siqueira, 2014). Dessa forma, para avaliar a associação da autopercepção de saúde com o trânsito religioso propomos um modelo multinomial com ajuste estatístico por sexo, idade e escolaridade, já que as mesmas variáveis associam-se tanto à autopercepção da saúde como ao trânsito religioso..

Na tabela 7 apresentamos o modelo multinomial utilizando a categoria **não mudou de religião** (NMR) como referência. Os nossos resultados mostram que as pessoas que perceberam sua saúde como regular/ruim apresentam uma chance 40% mais elevada de ter mudado de religião (MR) quando comparado àquelas que percebem a saúde como muito boa/boa, independente de outras variáveis sociodemográficas. No entanto comparando as pessoas que mudaram para sem religião (MpSR) e aquelas que não mudaram de religião (NMR) não apresentou associação estatisticamente significativa embora haja uma tendência de associação negativa.

Tabela 7- Associação entre autopercepção da saúde e trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Autopercepção da saúde	Total	Não mudou de religião NMR		Mudou para sem religião MpSR		Mudou de religião MR	
	n (% em relação à população total))	n (%)	RC ajustada* (IC95%)	n (%)	RC ajustada* (IC95%)	n (%)	RC ajustada* (IC95%)
Muito boa/boa	2899 (81,4)	1826 (82,7)		362 (87,7)	-	723 (77,3)	-
Regular/Ruim	663(18,2)	382 (17,3)	1,0	51(12,3)	0,96 (0,69-1,34)	212(22,9)	1,39 (1,13-1,70)
Total	3562	2208		413		936	

*ajustado por sexo, idade e escolaridade.

Podemos, no entanto, questionar se essa associação não ocorreria com todos que possuem religião ou apenas com alguma religião em especial. Portanto, na tabela 8 que buscamos identificar associações entre a autopercepção de saúde e afiliação religiosa, com similar modelo multinomial.

Tabela 8- Associação entre autopercepção da saúde e afiliação religiosa. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Afiliação religiosa	n	%	Autopercepção da saúde		RC bruta (IC95%)	RC ajustada*(IC95%)
			Boa %	Ruim %		
“Sem religião”	466	(12,0)	13,1	8,2	1,00	1,0
Católica	1923	(49,5)	53,3	51,3	1,46 (1,08-1,97)	1,04 (0,75-1,45)
Pentecostais	498	(6,1)	4,6	9,1	2,77 (1,87-4,10)	1,16 (0,74-1,82)
Protestante	324	(8,3)	7,7	7,9	1,73 (1,17-2,54)	1,12 (0,72-1,73)
Histórico						
Esp. Kardecista	137	(12,8)	11,9	12,0	1,54 (1,08-2,20)	1,51 (1,02-2,24)
Afro-Brasileiras	100	(4,3)	3,3	4,9	2,65 (1,72-4,09)	1,73 (1,06-2,83)
Outras	434	(6,9)	6,1	6,6	1,84 (1,23-2,76)	1,35 (0,86-2,10)

*ajustado por sexo, idade e escolaridade.

Observamos uma associação positiva e estatisticamente significativa entre espíritas kardecistas e os da religião afro-brasileiras com autopercepção regular ou ruim. No entanto, quando comparado o conjunto que possui religião com o que não possui religião (ver tabela 7) essa associação não é significativa.

Para verificar qual foi a nova afiliação religiosa apresentou de fato uma associação positiva no grupo que mudou de religião, observada na tabela 7, decidimos então comparar a autopercepção de saúde entre os dois grupos religiosos que mais cresceram: novos kardecistas (nk) e novos pentecostais (np). Foi possível observar que o fato de ter pior autopercepção de saúde não aumenta as chances de afiliação ao kardecismo em comparação aos novos pentecostais (tabela 9).

Tabela 9- Associação entre a autopercepção da saúde e novos kardecistas e pentecostais. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Novos em 1999					
	n	%	Novos pentecostais	Novos kardecistas %	RC bruto (IC95%)	RC ajustada* (IC95%)
Autopercepção da saúde						
Boa (%)	117	(30,2)	27,6	72,4	1,0	1,0
Ruim (%)	363	(69,8)	38,5	61,5	0,60 (0,39-0,94)	1,59 (0,88-2,88)

*ajustado por sexo, idade e escolaridade.

Portanto, trajetórias de vida que incluíram mudança de identidade religiosa estiveram associadas à autopercepção de saúde como “regular” ou “ruim”. Evidentemente, a autopercepção de saúde analisada foi declarada no momento da coleta de dados, realizada após mudança de identidade religiosa ocorrida em período não investigado pela pesquisa. No entanto, essa limitação não invalida a suposição de que essa autopercepção de saúde “regular ou ruim” já estivesse dada no momento da mudança de religião, fomentando essa mudança, visto que estudos qualitativos prévios realizados nas últimas décadas (Neves, 1984, Mariz, 1994, Machado, 1996, Chesnut, 1997, Mafra, 2000, 2002, Medeiros, 2000, Mello & Oliveira, 2013, entre outros) relacionaram a busca de novas religiões a momentos de crise de saúde. Além disso, vários desses pesquisadores sugerem que muitas das curas não levam a uma superação total do problema de saúde, os indivíduos “curados” passam a conviver melhor com a doença, mas mantêm consciência que têm problemas de saúde (Mariz, 1994, Mello & Oliveira, 2013, entre outros). Dessa forma é provável que muitas das “curas religiosas” não impeçam que os indivíduos possuam uma autopercepção de saúde ao menos como “regular”. Com essas considerações, não estamos negando que a pessoa não tenha encontrado a saúde que buscava na nova religião. Declarar uma autopercepção regular ou ruim de saúde não quer dizer que a pessoa se sente ou se considera de fato doente. Se as pessoas estavam trabalhando, elas se percebiam como saudáveis ou curadas de alguma doença que por acaso já tiveram, no entanto reconhecem que têm propensão a adoecer. A “cura” pode ser um aprendizado de como conviver adequadamente com doenças.

Considerações finais

Os dados analisados indicam uma associação positiva entre autopercepção ruim da saúde com algumas identidades religiosas e mudança de identidade religiosa. Para entender a associação aqui proposta é importante lembrar que a “cura” religiosa está relacionada à ressignificação do sofrimento e pode resultar no positivo enfrentamento dos problemas e crises de saúde, mas não necessariamente levar a superar de vez um estado de fragilidade mais amplo e a maior propensão à doença. Tanto que as pessoas precisam, para manter a saúde, também manter a prática e vinculação com o grupo religioso, como mostra ampla literatura acima citada.

Essa literatura indica que a “cura pela via religiosa” está relacionada a um cuidado da alma ou do espírito que por sua vez exigira mudança de visão de mundo e estilo de vida, e uma adesão mais definitiva ao grupo religioso onde a cura foi buscada e ocorreu. Dessa forma, concluímos que em nossa população de estudo, o trânsito religioso esteve associado a uma busca e manutenção da saúde. Reconhecemos que há casos de curas eventuais, sem mudança de identidade religiosa, como é comum em pessoas que submetem a “cirurgias” espirituais ou outros tratamentos. Apesar dessa possibilidade, o padrão geral dos discursos religiosos sobre doença e de cura é de que para manter a saúde o indivíduo deve aderir à religião que o curou. Portanto, para aqueles que enfrentam continuados problemas de saúde a adesão à religião, onde se experimentou uma cura, pode ser comum. A persistência do problema de saúde pode levar a uma maior frequência e adesão ao grupo. Por outro lado, também não se negam outras motivações para mudança de religião, mas se argumenta que grande parte da permanência a essa identidade religiosa distinta daquela de criação estaria vinculada ao enfrentamento de problemas de saúde.

Por se tratar de um estudo transversal, há limitações para o estabelecimento de uma relação temporal entre a autopercepção da saúde e o trânsito religioso, como hipotetizada. Ainda que estudos qualitativos não indiquem uma provável “causalidade reversa”, para investigar de modo mais sólido a hipótese em questão, evidências longitudinais serão necessárias.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Ronaldo de e MONTERO, Paula. (2001), "Trânsito religioso no Brasil". *São Paulo em Perspectiva*, vol.15, nº 3 pp. 92-100.
- AMARAL, Leila. (2000), *Carnaval da Alma - Comunidade, Essência e Sincretismo na Nova Era*. Petropolis, Vozes.
- BAILIS, Dan. (2003), "Two view of self- rated general health status". *Social Science & Medicine*, vol. 56, nº 2, pp.203-17.
- BERGER, Peter. (1985), *O dossel sagrado; elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo, Paulinas.
- BONFATTI, Paulo. (2000), *A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo, Paulinas.
- CARRANZA, Brenda. (2000), *Renovação carismática católica. Origens, mudanças e tendências*. Aparecida, Santuário.
- CAVALCANTI, Maria Laura Viveiros de Castro. (1983), *O Mundo Invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo*. Rio de Janeiro, Zahar.
- CHESNUT, Andrew. (1997), *Born Again in Brazil. The Pentecostal Boom and the Pathogens of Poverty*. London, Rutgers University Press.
- DAVIE, G. (1994), *Religion in Britain since 1945. Believing without Belonging*. Blackwell, Oxford.
- ELLISON Christopher G. (1991), "Religious involvement and subjective well- being." *J Health Soc Behav.*, vol. 32, pp. 80-99.
- FAERSTEIN, Eduardo; CHOR Dóra; LOPES, Claudia de Souza e WERNECK, Guilherme Loureiro. (2005), "Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos". *Rev Bras Epidemiol*, vol.4, nº8, pp. 454-66.
- FERNANDES, Silvia Regina Alves e PITTA, Marcelo. (2006), "Mapeando as rotas do trânsito religioso no Brasil". *Religião e Sociedade*, vol 26, nº 2, pp. 120-54.
- FERRETI, Mundicarmo. (2003), "Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças". São Luiz do Maranhão. Seminário Nacional: Religiões Afro- Brasileiras e Saúde.
- FONSECA, Silvio Aparecido; BLANK Vera Lúcia Guimarães; BARROS, Mauro Virgílio Gomes de e NAHAS, Markus Vinicius. (2008), "Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil". *Caderno de Saúde Publica*, vol.24, nº3, pp. 567-76.
- FRESTON, Paul. (1994), "Breve história do pentecostalismo brasileiro", in Alberto Antoniazzi (ed.), *Nem anjos nem demônios: Interpretações sociológicas do pentecostalismo*, Petrópolis, Vozes.
- FRY, Peter e HOWE, Gire Nigel. (1975), "Duas respostas à aflição. Umbanda e pentecostalismo". *Debate e Crítica*, nº 6, pp. 75-94.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.(2010), Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Disponível em : <http://www.fgv.br/ibrecps/BU/despesas/POF1_domicilio.pdf>. Acesso em 5/08/2014.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. (2011), Novo mapa das religiões. Disponível em: http://www.cps.fgv.br/cps/bd/rel3/REN_texto_FGV_CPS_Neri.pdf. Acesso em 5/08/2014.
- GIATTI, Luana e BARRETO, Sandhi. (2002), "Trabalho feminino e envelhecimento na terceira idade", *Ciência e Saúde*, vol. 7, nº 4, pp. 825-39.
- GIUMBELLI, Emerson. (1997), *O Cuidado dos Mortos: Uma História da Condenação e Legitimação do Espiritismo*. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional.
- GREENFIELD, Sidney M. (1992), "O Corpo como uma Casca Descartável: as Cirurgias do Dr.Fritz e o Futuro das Curas Espirituais", *Religião e Sociedade*, vol.1, nº 16, pp.136-45

GUIMARÃES, Joanna Miguez Nery; CHOR, Dóra; WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina Coeli; LOPES, Cláudia e FAERSTEIN, Eduardo. (2012), "Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study". *BMC Public Health*, vol. 12, nº 676, pp. 2-10.

HERVIEU-LÉGER, Daniele. (2008), *O peregrino e o convertido*. Petrópolis, Vozes.

IDLER, Ellen e BENYAMINI Yael. (1997), "Self- Health and mortality: a review of twenty-seven community studies". *Journal Health Social Behavirol*, vol. 38, nº1, pp. 21-37.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.(2010).Censo demográfico 2010. Trabalho e rendimento, educação e deslocamento. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000011363712202012375418902674.pdf>. Acessado em 22/9/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.(2010),"Censo 2010".Disponível em http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=censodemog2010_relig. Acessado em 22/9/2014.

JACOB, Cesar Romero; HESS, Dora Rodrigues; WANIEZ, Philippe e BRUSTLEIN, Violette. (2003), *Atlas da Filiação Religiosa e indicadores sociais no Brasil* Rio de Janeiro, PUC-Rio

JACOB, Cesar Romero; HESS, Dora Rodrigues; WANIEZ, Philippe e BRUSTLEIN, Violette (2006), *Religião e sociedade em capitais brasileiras*, Rio de Janeiro, PUC-Rio.

JYLHA Marja e GURALNIK Jack M. (1998), "Is self-rated health comparable across cultures and genders?" *J Gerontol*, vol. 39, pp. 983-90.

KAPLAN, George e CAMACHO, Terry. (1983), "Perceived health and mortality: a nine-years follow-up of the human population laboratory cohort". *American Journal of Epidemiology*, vol.117, nº 3, pp. 292-304.

KOENIG Harold G. "Religion and medicine III: developing a theoretical model". (2001), *Int J Psychiatry Med*, vol 31, nº2, pp. 199-216.

LEHMANN, David. (2012), "Hope and Religion". *Estudos Avançados*, vol.26, nº 75, pp. 219-236.

LEVIN, Jeff.(1996), "How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance". *Soc Sci Med*, vol. 43, nº5, pp. 849-64.

LEWGOY, Bernardo. (2004), *O grande mediador: Chico Xavier e a cultura brasileira*. Brasília, Edusc

LIMA-COSTA, Maria Fernanda e UCHOÂ Eizabeth. (2004), "The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS)". *Rev Saude Publica*, vol 38, nº6, pp.827-34.

LUZ, Madel. T. (2005),"Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX".*Physis: Rev de Saúde Coletiva*, vol. 15, Suppl, pp. 145-176.

MACHADO, Maria das Dores Campos. (1996), *Carismáticos e Pentecostais. Adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo, Anpocs/Editora Autores Associados.

MAFRA, Clara. (2000), "Relatos compartilhados: experiências de conversão ao pentecostalismo entre brasileiros e portugueses". *Mana*, vol. 6, nº.1, pp.57-86.

MAFRA, Clara.(2002), *Na Posse da Palavra. Religião, Conversão e Liberdade Pessoal em Dois Contextos Nacionais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

MANDERBAKA, Kristiina; LUNDBER, Olle e MARTIKAINEN, Pekka. (1999), "Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?". *Social Science and Medicine*, vol. 48, nº.12, pp. 1713-20.

- MARCELLINI, Fiorella. (2002), "Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study". *Archives Gerontology Geriatrics*, Suppl, pp. 292-304.
- MARIANO, Ricardo. (1999), *Neopentecostais: Sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. São Paulo, Edições Loyola Jesuítas.
- MARIZ, Cecília Loreto. (1994), *Coping with poverty: Pentecostals and Christian base communities in Brazil*. Estados Unidos da América, Temple University Press.
- MARIZ, Cecília Loreto e MACHADO, Maria das Dores Campos. (1994), "Pentecostalismo e a redefinição do feminino". *Religião e Sociedade*, vol. 17, nº1, pp.140-59.
- MARTIKAINEN, Pekka; ARPO, Aromaa e HELIOVAARA, Match. (1999), "Reliability of perceived health by sex and age". *Social Science and Medicine*, vol.48, nº 8, pp. 1117-22.
- MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; BARRETO, Sandhi Maria e PORDEUS, Isabela Almeida. (2009) "Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional". *Cad. Saúde Pública*, vol. 25, nº. 2, pp. 421-435
- MAUÉS, Raimundo Heraldo (2004), "A Renovação Carismática e a cura de um espaço comunitário". *Revista Antropológicas*, vol. 15, nº.1, p.79-98.
- MAUÉS, Raymundo Heraldo; SANTOS, Kátia Bárbara e SANTOS, Marinéa Carvalho. "Em busca de cura: ministros e doentes na Renovação Carismática Católica".(2002), *Revista Antropológicas*, vol. 15, nº.1, p. 61-81.
- MEDEIROS, Kátia Maria Cabral. (2000), *"O prazer de Jesus é curar: O sentido da cura no discurso pentecostal da Assembleia de Deus"*. Tese de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, mimeo.
- MELLO, Márcio Luiz e OLIVEIRA, Simone Santos. (2013), Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde Soc*, vol.22, nº4, pp. 1024-1035.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza.(1988), "Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia". *Cad. Saúde Pública*, vol. 4, nº. 4, pp.363-81.
- MONTERO, Paula. (1985), *Da doença a desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- NEVES, Delma Pessanha. (1984), *As "Curas Milagrosas" e a idealização da ordem social*, Niterói, CEUFF.
- NOVAES, Regina. (2013), Jovens sem religião: sinais de outros tempos In Teixeira, Faustino & Menezes, Renata (orgs.) *Religiões em Movimento: o censo de 2010*. Petrópolis, Vozes, pp. 175-190.
- PARGAMENTE, Kenneth I; KENNEL Joseph; HATHAWAY William; GREVENGOED Nancy; NEYMAN Jon; JONES Wendy.(1988), Religion and the problem- solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 27, pp. 90-104.
- PRANDI, Reginaldo e PIERUCCI, Antonio F. (1996) *A realidade social das religiões no Brasil*. São Paulo, Hucitec.
- PRANDI, Reginaldo. (1996), *Um sopro do espírito* São Paulo, EDUSP
- NUNES, Ana Paula Nogueira; BARRETO, Sandhi Maria e GONÇALVES, Luana Giatti. (2012), "Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto envelhecimento e saúde". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.15, nº2, pp. 415-28.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acessado em 08/08/2013.

- PIERUCCI, Antônio Flávio. (2013), "O crescimento da liberdade religiosa e o declínio da religião tradicional: à propósito do censo de 2010", in Teixeira, Faustino e Menezes, Renata (org) *Religiões em movimento: o censo de 2010*, Petrópolis, Vozes.
- QUESNEL-VALLÉ, Amélie. (2007), "Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health?", *International Journal of Epidemiology.*, vol.36, nº 6, pp. 1161-4.
- RABELO, Miriam Cristina Marcilio. (2008), "Entre a casa e a roça: trajetórias de socialização no candomblé de habitantes de bairros populares de Salvador". *Religião & Sociedade*, vol.28, nº1, pp. 176-205.
- REICHERT, Felipe Fossati; LOCH, Mathias Roberto e CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. (2012), "Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos", *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.17, nº 12, pp.3353-62.
- RIBEIRO, Carlos Antonio Costa. (2011), "Desigualdade de oportunidades e resultados educacionais no Brasil", *Dados*, 54, 1: 41-87.
- SIQUEIRA, Fernando V; FACCHINI Luiz Augusto; PICCINI, Roberto; TOMASI, Elaine; THUMÉ Elaine; SILVEIRA Denise S.; HALLAL Pedro C. (2008), Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, nº.1, pp. 39-54
- SOUZA, Mirian Carvalho; OTERO, Ubirani Barros; ALMEIDA, Liz Maria de Almeida, TURCI, Silvana Rubano; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho e LOZANA, José de Azevedo.(2008), Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol.42, nº4, pp.741-49.
- SUNDQUIST Eric. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39.156 people in Sweden. (1997), *J Epidemiol Community Health*, vol 5, nº1, pp.35-40.
- STOLL, Sandra Jacqueline. (2002), Religião ciência ou auto ajuda?: trajetos do Espiritismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, vol. 45, nº2, pp. 361-402.
- STEIL, Carlos Alberto. (2004), "Renovação Carismática Católica: porta de entrada ou de saída do catolicismo? Uma etnografia do Grupo São José, Porto Alegre (RS)". *Religião & Sociedade*, vol. 24, nº.1, pp. 11-36.
- SZWARCWALD, Cecília Landmann; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de; ESTEVES, Maria Ângela Pires; DAMACENA, Giseli Nogueira & VIACAVA, Francisco. (2005), "Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil", *Cadernos de Saúde Pública*, vol.21, Suppl. 1, pp. 54-64.
- TEIXEIRA, Faustino. (2013), "O censo de 2010 e as religiões no Brasil: um esboço de apresentação", in TEIXEIRA, Faustino & MENEZES, Renata (org) *Religiões em movimento: o censo de 2010*, Petrópolis, Vozes.
- TEIXEIRA, Faustino & MENEZES, Renata (2006) *As Religiões do Brasil - Continuidades e Rupturas*. Petrópolis, Vozes
- WEBER, Max. (2002), "A Psicologia das religiões mundiais" in: GERTH, H & MILLS, Wright, *Ensaio de Sociologia*, Rio de Janeiro, LTC.

**6. RELIGIÃO, TRÂNSITO RELIGIOSO E TABAGISMO: ESTUDO PRÓ-SAÚDE,
1999. (ARTIGO CIENTÍFICO)**

Ana Paula Nogueira Nunes¹

Cecília Loreto Mariz²

Eduardo Faerstein³

¹Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

²Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

³Departamento de Epidemiologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ

Correspondência

Eduardo Faerstein

Rua: São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 6º andar/Bloco E- Estudo Pró-Saúde

Bairro: Maracanã CEP 20550-013 Rio de Janeiro/RJ

e-mail: efaerstein@gmail.co

Resumo

Este estudo objetivou identificar a associação entre religião, trânsito religioso e o hábito de fumar em 3229 técnico-administrativos de uma universidade brasileira. Foram utilizados dados de 1999 provenientes do Estudo Pró-Saúde, investigação longitudinal, realizado no Rio de Janeiro. As religiões foram categorizadas de acordo como os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o trânsito religioso foi derivado da comparação da religião de criação e religião relatada em 1999. A regressão logística multinomial foi utilizada para verificar a associação entre religião, trânsito religioso e o hábito de fumar. O uso do cigarro foi relatado por 21% dos entrevistados sendo o mesmo mais elevado entre mulheres, pessoas com o ensino médio completo, que consumiam álcool e não praticavam atividade física. Em relação ao trânsito religioso, 56% relataram não ter mudado de religião e 33% mudaram para uma afiliação diferente da qual foi criado. Foi possível observar uma associação positiva com o hábito de fumar para aquelas pessoas que mudaram para “sem religião”. Quando analisamos a religião em 1999, os pentecostais e protestantes históricos apresentaram uma maior associação negativa com o uso de cigarros e a afro-brasileira foi a única religião que se apresentou positivamente associada ao hábito de fumar.

Palavras chaves: Religião. Trânsito religioso. Tabagismo. Tabaco.

Abstract

This subject aimed to identify the association between religion, religious transit and the habit of smoking in 3229 administrative-technician from a Brazilian university. Data of 1999 was used from Pró-Saúde Study, longitudinal research, carried out in Rio de Janeiro. The religions were categorized in accordance to criteria from Brazilian Geography and Statistics Institute and the religious movement was derivative of the comparison of breeding religion and religion related in 1999. The logistic regression was utilized to verify the association between religion, religious movement and the habit of smoking. The use of cigarette was related by 21% of interviewed people and the majority counted among women, people that have high school degree, consume alcohol and do not exercise. Relating to religious movement, 56% commented they did not change their belief and 33% moved to a different affiliation from where they were breeding. It was possible to note a positive association with habit of smoking to those people that changed to “without religion”. When we analyze the religion in 1999, historical Pentecostals and Protestants showed the highest inverse association with the use of cigarettes and the Afro-brazilian was the unique religion that showed itself directly associated to habit of smoking.

Keywords: religion. Religious transit. Smoking. Tobacco

INTRODUÇÃO

Tabagismo é reconhecido pela OMS como doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental. É um problema de saúde pública que mata milhares de pessoas em todo o mundo (1). O uso e a dependência do tabaco é um fenômeno complexo determinado por fatores genéticos, psicológicos e sociais (2) e é modulado por práticas tanto no grupo familiar, no grupo de amigos e na religião(3).

As religiões diferem em seu credo, organização e crença, e essas diferenças resultam em variações nos efeitos que cada religião tem sobre seus membros tornando uma fonte de orientação e conduta (4). A religião intervém na visão de mundo, muda hábitos, inculca valores (6-7) e não é apenas parte da cultura, mas também a abastece. A cultura, por sua vez, interfere na religião, reforçando-a ou forçando-a a mudanças e adaptações (8).

A vinculação religiosa proporciona níveis mais elevados de apoio e coesão social que pode desencorajar comportamentos adversos à saúde (9), incentivar o uso de serviços de saúde preventivos (10, 11) e comportamentos mais saudáveis (3, 12). Algumas religiões proíbem explicitamente o uso de substâncias nocivas à saúde como o álcool e o cigarro. Outras, embora não proíbam, prescrevem normas de comportamento com o intuito de desencorajar o uso (13, 14) acarretando implicações consideráveis para os padrões de consumo, e quanto maior o compromisso com a religião, maior adesão a essas normas (15).

As primeiras exposições ao cigarro ocorrem, na maioria das vezes, na infância ou adolescência (16-19), 90% dos fumantes adultos começam a fumar antes dos 19 anos (75% entre 14 e 17 anos) e 50% dos experimentadores jovens se tornarão fumantes na idade adulta (20). A maioria dos estudos epidemiológicos sobre religião e tabagismo é realizada com adolescentes apresentando, na grande parte das vezes, uma associação negativa (6, 15, 21-23); os estudos com

a população adulta saudável ainda são escassos (10, 24). Dessa forma, o nosso estudo tem como objetivo auxiliar no preenchimento dessa lacuna analisando a associação entre religião e o hábito de fumar na idade adulta.

MÉTODOS

O Estudo Pró-Saúde (EPS)

O EPS constitui-se de um estudo de coorte de funcionários técnico-administrativos de uma universidade localizada no Estado do Rio de Janeiro. Todos os 4.177 trabalhadores em atividade na instituição no início da pesquisa (1999) foram convidados a participar. O EPS tem como foco temático principal os determinantes sociais da saúde e de comportamentos associados à saúde.

População do estudo e coleta de dados

A população de estudo constou de 4.030 trabalhadores técnico-administrativos, que representaram 90,4% da população de 4.177 funcionários elegíveis para o EPS em sua da linha de base, em 1999, do EPS. Dos 4.030 participantes e elegíveis para o EPS, 801 foram excluídos por não apresentarem dados relativos ao trânsito religioso (religião de criação ou religião em 1999) ou sobre uso de cigarros. O número de participantes variou de acordo com as variáveis explicativas.

Questionários autopreenchíveis foram aplicados no local de trabalho por pesquisadores de campo treinados com o auxílio de supervisores. Incluíram questões referentes a condições socioeconômicas, gênero, cor/raça, mobilidade geográfica e social, experiência de discriminação, estresse no trabalho, padrões de rede e apoio social, além de aspectos da saúde da mulher, morbidades, acidentes do trabalho, transtornos mentais comuns e de comportamentos relacionados à saúde. Métodos para melhorar a qualidade das informações, como estudos pilotos, validação de escalas e testes de confiabilidade teste-reteste foram realizados (25).

Variáveis

O tabagismo, variável resposta, foi analisado a partir das perguntas: “Você é ou foi fumante, ou seja, já fumou, ao longo de sua vida, pelo menos 100 cigarros (5 maços)” (sim, não) e “Você fuma cigarros atualmente?” (sim, não). Dessa maneira a variável foi categorizada em “não fumante”, “fumante” e “ex-fumante”.

As variáveis independentes foram agrupadas segundo domínios de interesse: domínio I, características sociodemográficas; domínio II, aspectos relacionados à saúde e o domínio III, aspectos relacionados à religião.

As características sociodemográficas incluídas neste estudo foram: **sexo** (masculino, feminino); **faixa etária** (<24, 25-34, 35-44, 45-54, >55); **estado civil** (casado/união estável, viúvo e solteiro/separado); **cor/raça auto referida** (branca, parda, preta e indígena/amarela); **renda familiar per capita mensal** em salários mínimos nacionais vigentes à época da entrevista (até 3,0, 3,0 a 6,0 e 6,0 ou mais), **escolaridade** (até o fundamental completo, médio completo e universitário completo ou mais).

As variáveis de saúde incluíram: **atividades físicas** (sim, não); **qualquer consumo de álcool** nas duas últimas semanas (sim, não) e relato de **doença crônica** (0-1, 2, 3 ou mais) que inclui o relato de diagnóstico médico das seguintes doenças relacionadas ao tabagismo: infarto do miocárdio, angina, acidente vascular cerebral, asma/bronquite asmática, diabetes, artrose, enfisema/bronquite crônica, úlcera do estômago ou duodeno, gastrite. O transtorno mental comum foi aferido pelo General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) e utilizamos o ponto de corte 3 (três).

O GHQ tem o intuito de detectar transtornos mentais comuns que se refere a uma expressão para designar transtornos mentais caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e queixas somáticas (26). A versão com 12 itens é mais curta e umas das mais bem empregadas para medir bem-estar psicológico (27). A inclusão dessa variável como

independente surge do fato da literatura apresentar associação entre o consumo de tabaco e transtornos psiquiátricos como de ansiedade, de humor, depressão (28), transtorno de déficit de atenção, hiperatividade (29), esquizofrenia e outros (30). Em relação aos transtornos depressivos, por exemplo, o cigarro pode auxiliar na “automedicação” de sentimentos de humor negativo e tristeza já que a nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos associados à regulação de humor (31).

No domínio III apresentamos a **religião de adoção relatada em 1999** e o **trânsito religioso** derivado da comparação das duas primeiras que foram investigadas no questionário da seguinte maneira: “Qual a sua religião atualmente”. Foram relacionadas 18 religiões, “outra (especifique)” e “não tenho religião” ou “não fui criado em nenhuma religião”. Para o presente trabalho, as religiões foram categorizadas segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Afro-brasileira: Umbanda e Candomblé.
- Católica: Católica Apostólica Romana.
- Espírita Kardecista: Mediúnica Espírita.
- Pentecostais: Assembleia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus e Casa da Bênção.
- Protestante Histórica: Adventista, Batista, Luterana, Metodista e Presbiteriana.
- Outras: Budista, Judaica, Messiânica, Testemunha de Jeová e outras especificadas pelos participantes.
- Sem religião/criado “sem religião”: não possui religião, ateu.

Dessa forma, o **trânsito religioso** foi categorizado da seguinte maneira: não mudou de religião (NMR), mudou para “sem religião” (MpSR) e mudou de religião (MR) com o objetivo de identificar os três principais fluxos religiosos independente da afiliação religiosa.

Análise estatística

Inicialmente foi realizado o perfil dos três grupos populacionais (não fumantes, fumante e ex-fumante) segundo as variáveis dos domínios mencionadas anteriormente. Posteriormente investigamos a associação do trânsito religioso e a afiliação religiosa com o hábito de fumar por meio de uma regressão logística multinomial pelo fato da variável desfecho apresentar três categorias. A magnitude da associação foi estimada pela razão de chances (RC) e respectivos intervalos de 95% de confiança. Para regressão logística multinomial ajustada consideramos as variáveis: sexo, idade e escolaridade do domínio I, todas as variáveis do domínio II como fatores de confusão e por esse motivo foram controladas na análise, As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

RESULTADOS

A população do estudo foi formada por 55% de funcionárias do sexo feminino, com idade média de 40 anos variando de 22 a 81 anos. Houve uma predominância de pessoas casadas/união estável, brancas e com uma renda *per capita* maior que 3 salários mínimos vigentes na época da entrevista.

O uso do cigarro foi relatado por 21% dos entrevistados. Essa frequência foi mais elevada entre as mulheres e pessoas com o ensino médio completo e com uma renda per capita de 3 a 6 salários mínimos. Quanto aos aspectos relacionados à saúde, observa-se que o uso de cigarros foi mais frequente nos participantes que consumiam álcool, que não praticavam atividade física e que no GHQ não apresentaram transtorno mental comum. O grupo do ex-fumante foi formado por pessoas mais velhas, em sua maioria casadas, com uma renda superior a 6 salário mínimos, com

escolaridade mais elevada em relação ao grupo anterior (fumantes) e apresentaram pelo menos uma doença crônica. O grupo de não fumantes, em comparação com os outros dois, foi composto de pessoas com maior renda e escolaridade que não consumiam álcool e com menor prevalência de transtorno mental comum (tabela 10).

Tabela 10- Características dos participantes segundo variáveis sociodemográficas e aspectos da saúde e o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Domínio I	Total		Tabagismo		
	n	(%)	Não fumante (%)	Fumante (%)	Ex-fumante (%)
Sexo					
Masculino	1450	(44,9)	809 (42,9)	362 (47,9)	279 (47,3)
Feminino	1778	(55,1)	1076 (57,1)	393 (52,1)	309 (52,7)
			p=0,296		
Faixa Etária (anos)					
<=24	38	(1,0)	33 (1,5)	4 (0,4)	1 (0,4)
25 a 34	881	(22,1)	721 (32,6)	87 (9,7)	73 (10,3)
35 a 44	1377	(34,5)	708 (32,0)	390 (43,6)	279 (39,5)
45 a 54	696	(17,5)	294 (13,3)	223 (24,9)	179 (25,1)
<55	816	(24,9)	452 (20,6)	189 (21,4)	175 (24,7)
			p<0, 001		
Estado Civil					
Casado/ União Estável	1932	(61,4)	1088 (58,9)	450 (61,1)	394 (71,0)
Separado	474	(14,9)	221 (12,1)	155 (20,8)	98 (14,9)
Viúvo	91	(2,9)	43 (2,3)	31 (4,2)	17 (2,9)
Solteiro	659	(20,8)	494 (26,7)	102 (13,9)	63 (11,2)
			p<0, 001		
Cor/Raça					
Branca	1744	(57,2)	1055 (59,6)	366 (51,6)	323 (55,3)
Parda	914	(26,9)	492 (24,5)	242 (31,6)	180 (30,2)
Preta	475	(13,6)	287 (13,8)	118 (14,1)	70 (12,4)
Outras (indígena e amarela)	75	(2,3)	43 (2,1)	19 (2,7)	13 (2,1)
			p=0, 004		
Renda per capita em salários mínimos					
< 3,0	965	(26,5)	514 (24,4)	258 (31,0)	193 (28,9)
3,0-6,0	1337	(36,9)	789 (37,9)	319 (38,2)	229 (34,8)
>6,0	1325	(36,5)	823 (38,7)	257 (30,8)	245 (36,3)
			p<0, 001		
Escolaridade					
Fundamental completo	461	(14,1)	202 (10,7)	159 (21,2)	100 (17,7)
Médio completo	1419	(44,7)	814 (43,3)	355 (47,4)	250 (42,6)
Universitário completo ou mais	1330	(41,2)	862 (46,0)	234 (31,4)	234 (40,7)
			p<0, 001		
Domínio II					
Atividade Física					
Sim	1439	(46,0)	869 (46,7)	296 (42,1)	274 (47,5)
Não	1687	(54,0)	985 (53,3)	411 (57,9)	291 (52,5)
			p<0, 001		
Consumo de álcool					
Sim	1723	(53,5)	860 (46,3)	506 (67,4)	357 (61,3)
Não	1448	(46,5)	998 (53,7)	231 (32,6)	219 (38,7)
			p=0,165		
Doenças Crônicas					
Até 1	2025	(89,6)	329 (85,1)	410 (85,9)	1286 (92,3)
2	193	(8,5)	47 (12,1)	54 (11,3)	92 (6,6)
3 ou mais	40	(1,9)	11 (2,8)	13 (2,8)	16 (1,1)
			p<0, 001		
Transtorno mental comum					
Não	2227	(69,8)	1357 (72,8)	466 (62,5)	404 (69,6)
Sim	960	(30,2)	505 (27,2)	279 (37,5)	176 (30,4)
			p<0, 001		
Total	3229		1396 (61,8)	457 (21,1)	387 (17,1)

Em relação ao domínio III, tabela 11, a maioria da nossa população foi criada católica (80%), mas esse percentual diminuiu para 54% ao se tratar da religião declarada em 1999. Por outro lado, a afiliação religiosa que mais cresceu quando comparamos a religião criada com a religião declarada em 1999 foi o grupo “sem religião” (5 pontos percentuais). Quanto ao trânsito religioso, 56% dos participantes relataram não ter mudado de religião e 33% mudou para alguma outra afiliação diferente daquela na qual foi criada. (Tabela 11).

Tabela 11- Característica dos participantes segundo a religião criação, adoção, o trânsito religioso e o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999.

<i>Domínio III</i>	n	(%)	Não fumante (%)	Tabagismo	
				Fumante (%)	Ex-fumante (%)
Religião de criação					
<i>Sem religião</i>	156	(4,6)	97 (4,8)	30 (3,8)	29 (4,7)
<i>Católica</i>	2668	(78,5)	1542 (76,9)	637 (81,7)	489 (79,4)
<i>Pentecostal</i>	92	(2,7)	64 (3,2)	12 (1,5)	16 (2,6)
<i>Protestante Histórico</i>	207	(6,1)	157 (7,9)	24 (3,0)	26 (4,2)
<i>Espírita Kardecista</i>	88	(2,3)	51 (2,5)	17 (2,1)	20 (3,2)
<i>Afro-Brasileira</i>	115	(3,4)	45 (2,2)	47 (6,2)	23 (3,7)
<i>Outras</i>	74	(2,4)	48 (2,5)	13 (1,7)	13 (2,2)
				p<0,001	
Religião de adoção					
<i>Sem religião</i>	393	(10,5)	217 (11,6)	113 (14,1)	63 (9,2)
<i>Católica</i>	1707	(54,0)	985 (52,1)	414 (55,4)	308 (55,1)
<i>Pentecostal</i>	177	(5,5)	116 (6,4)	19 (2,5)	42 (5,6)
<i>Protestante Histórico</i>	250	(7,9)	186 (9,0)	26(3,5)	38 (6,7)
<i>Espírita Kardecista</i>	384	(12,1)	221 (11,8)	91 (12,2)	72 (13,0)
<i>Afro-Brasileira</i>	116	(3,7)	33 (2,4)	56 (7,5)	27 (4,9)
<i>Outras</i>	201	(6,3)	125 (6,7)	34 (4,8)	35 (5,5)
				p<0,001	
Trânsito Religioso					
<i>Não mudou de religião</i>	1782	(56,4)	1064 (57,5)	410 (57,6)	308 (55,8)
<i>Mudou para “sem religião”</i>	332	(10,5)	191 (11,4)	90 (13,0)	51 (9,3)
<i>Mudou de religião</i>	1044	(33,1)	602 (31,1)	229 (29,4)	213 (34,9)
				p<0,001	
TOTAL	3158		1857	729	572

Ainda na tabela 11 quando comparamos as diferentes categorias dos grupos do tabagismo, é possível observar que a prevalência de não fumantes foi maior nas religiões pentecostais e protestantes históricas em relação aos outros dois grupos e que pessoas que se declararam “sem religião” foram mais prevalentes no grupo de fumantes e menos prevalentes no grupo de ex-fumante.

Na tabela 12 apresentamos o modelo multinomial da associação entre a religião de adoção, trânsito religioso e o tabagismo. No grupo de fumantes, em relação à religião de adoção, observamos uma tendência a uma associação negativa para a maior parte das religiões, sendo significativa apenas para a religião pentecostal e protestante histórica. Nesse mesmo grupo como também para o grupo de ex-fumante, apenas a religião afro-brasileira apresentou-se associada positivamente para o uso de cigarros.

Em relação ao trânsito religioso observamos que as pessoas que mudaram para o grupo “sem religião” apresentaram uma chance 40% mais elevada de ser fumante em comparação ao grupo que não mudou de religião. Pessoas que mudaram de religião também apresentaram a mesma tendência no grupo de ex-fumante, entretanto não houve significância estatística para tal associação (tabela 12).

Tabela 12- Associação entre o tabagismo, trânsito religioso, religião de adoção. Estudo Pró-Saúde 1999.

Domínio I	Fumante RC ajustada* (IC95%)	Ex-fumante RC ajustada* (IC95%)
Religião de adoção		
“sem religião”	1,0	1,0
Católica	0,75 (0,51-1,05)	1,16 (0,75-1,79)
Pentecostal	0,35 (0,16-0,75)	1,29 (0,64-2,62)
Protestante Histórico	0,25 (0,13-0,50)	0,93 (0,50-1,73)
Espírita Kardecista	0,80 (0,51-1,27)	1,42(0,84-2,42)
Afro-Brasileira	2,70 (1,36-5,33)	3,58 (1,64-7,78)
Outras	0,60 (0,33-1,12)	1,18 (0,61-2,27)
Trânsito religioso		
Não mudou de religião	1,0	1,0
Mudou para “sem religião”	1,39 (0,97-1,99)	0,91 (0,58-1,41)
Mudou de religião	1,04 (0,80-1,36)	1,39 (1,06-1,82)
Total		

*ajustado por variáveis sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade) variáveis relacionadas à saúde (consumo de álcool, prática de atividade física e auto relato de doenças crônicas) e transtorno mental comum.

DISCUSSÃO

A população do EPS é formada por pessoas com o nível educacional alto (apenas 15% com até o fundamental completo) contrastando com os dados do Censo de 2000 (ano seguinte da pesquisa) no qual 64% da população com 25 anos ou mais declararam sem instrução ou fundamental incompleto. Como já relatado, a escolaridade está associada com a escolha da identidade religiosa (32) sendo assim, a nossa população com esse nível de escolaridade elevado tem como consequência um perfil religioso distinto do Brasil como também do Estado do Rio de Janeiro. Em 1991, no Brasil a religião católica representava 83%, no Estado do Rio de Janeiro, esse percentual cai para 67% em 1991 e para 56% em 2000 (IBGE, 2000). No entanto, o objetivo desse artigo não é propor inferências para a população em geral não constituindo assim um problema para as nossas análises.

A maior parte dos estudos epidemiológicos sobre religião e tabagismo é realizado com adolescentes com o objetivo de investigar a associação da afiliação religião na prevenção de uso de álcool e cigarro (32-36); um artigo de revisão mostrou que 22 dos 29 estudos apresentou uma associação negativa da religião em relação ao tabagismo na adolescência (37).

Neste artigo, optamos por trabalhar em um primeiro momento com o trânsito religioso, já explorado em outras pesquisas (38-40). Nossos resultados sugerem que a mudança para o grupo “sem religião” esteve associada positivamente no uso de cigarros independente das variáveis sociodemográficas, do consumo de álcool, da prática de atividade física, doenças crônicas e do transtorno mental comum. Cabe destacar que a categoria “sem religião” embora soe como homogênea, há de considerar a existência de modos diferentes e às vezes paradoxais de construção dessa identidade (41). Esse ceticismo não estabelece uma vinculação direta com o sistema de crenças individuais e sim às instituições (42, 43). Há uma parcela que acredita em Deus sem participação institucional (44), dessa maneira, essas pessoas que declaram “sem

religião” não podem e não devem ser confundidas com ateus ou descrentes da existência de Deus (45).

Ainda em relação ao trânsito religioso, observamos uma associação positiva do grupo que mudou de religião na categoria de ex-fumante. Em uma pesquisa realizada com maiores de 16 anos, 54% dos evangélicos respondem “sim” à pergunta: “Você já mudou algum hábito ou deixou de fazer alguma coisa por causa de sua religião?”. Entre os católicos esse percentual é de apenas 9%. A conversão para as igrejas evangélicas é sintetizado no “nascer de novo” (deixar a vida anterior) diferentemente do “nascer católico”, religião majoritária, filho de família católica há várias gerações (47).

Sendo assim, ao investigar detalhadamente qual ou quais seriam as religiões que apresentariam uma associação negativa com o tabagismo considerando as diferenças de crenças que cada afiliação religiosa possui tal como estudos anteriores (3, 46), observamos uma associação negativa significativa entre o tabagismo e os fieis pentecostais e protestantes históricos corroborando com os achado anterior no qual os evangélicos apresentaram uma menor associação com o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas (48).

Embora a exata associação da religião no tabagismo não esteja totalmente clara, pesquisadores relatam que o abuso de drogas, como o álcool e o cigarro tem causa multifatorial (biopsicossocial e genético) e que um dos principais fatores envolvidos são a baixa autoestima, a curiosidade, a dinâmica familiar, a influência do grupo, o isolamento social, a obtenção de prazer e pressão social além de outros fatores como leis favoráveis ao consumo e a disponibilidade de drogas (49).

A identificação da religião afro-brasileira apresentou uma associação positiva com o hábito de fumar provavelmente por que o ritual do tabaco é uma proximidade com as religiões indígenas e o charuto e é ainda hoje um forte símbolo dos “espíritos caboclos”. O uso do tabaco fumado com cachimbo é usado em rituais curativos (49, 50). Na visão desses fiéis, o fumo além

de ser um vegetal, traz o elemento terra e água em sua composição e, juntamente com os elementos ar e fogo, são usados na terapêutica religiosa (51). Dessa forma, o fumo age sobre os chakras (centro de força por onde os campos magnéticos dos corpos espirituais se ligam ao corpo físico) destruindo os campos magnéticos negativos, vinculados tanto às obsessões quanto aos feitiços. Criam-se condições tanto no plano físico como espiritual para a realização da magia sob aval dos espíritos de luz e dos orixás (52).

A religião tem sido colocada com grande frequência na literatura como uma variável de proteção ao uso de cigarros e álcool (19, 53, 54) pelo fato de fortalecer um mecanismo de enfrentamento positivo em indivíduos e assim diminuir os efeitos de questões estressantes que podem levar ao tabagismo (55). As crenças ou práticas orientam os comportamentos mais saudáveis do dia a dia (3, 10) e estão relacionadas a um maior bem estar, maior satisfação com a vida, melhor saúde mental e física além de um enfrentamento mais exitoso de situações estressantes (1, 56, 57).

Diante desse contexto que coloca a religião como um possível fator de proteção em relação ao uso/abuso de drogas (58, 59) adicionando o fato que o uso do cigarro tem, na grande parte das vezes, o seu início na adolescência, em média, aos 15 anos, autores nacionais e internacionais, têm sugerido que os programas de prevenção incluam a religião nas políticas públicas (54, 60-62), além de trabalhar com a família criando laços afetivos entre seus membros, monitorar as amizades do adolescente, construir uma conduta social adequada e a disponibilidade de informações sobre o uso de drogas (59). Entretanto, não entraremos em detalhes nesse subtema, pois extrapola o nosso objetivo. A escolha do cigarro como variável resposta surge da necessidade de melhor compreender a interferência que a religião tem sobre os seus membros no que se refere a comportamento de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev de Psi Clín.* 2007;34(supp 1):5-7.
2. Assumpção D, Domense SM, Fisberg RM, Barros MB. Diet quality and associated factors among the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(8):1680-94.
3. Yong H-H, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Soc Sci Med.* 2009;69(7):1025-31.
4. Camargo CPF. Igreja e desenvolvimento. São Paulo: Cebrap; 1971.
5. Pierucci A, Prand R. A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Chitwood DD, Weiss ML, Leukefeld C. A systematic review of recent literature on religiosity and substance use. *J of Drug Issues.* 2008;38:653-88.
7. Barros FC, Melo AP, Cournos F, Cherchiglia ML, Peixoto ER, Guimarães MD. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(6):1195-206.
8. Prandi R. Converter indivíduos, mudar cultura. *Tempo Social.* 2008;20(2):155-72.
9. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychologic Inquiry.* 2002;13:190-200.
10. Benjamins MR, Buck AC. Religion: A sociocultural predictor of health behaviors in Mexico. *J of Aging and Health.* 2008;20(3):290-305.
11. Aaron KF, D Levine D, Burstin HR. African American church participation and health care practices. *J of General Internal Medicine.* 2003;18:908-13.
12. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Ockene JK, Schnall E, Crawford S, Granek I, et al. Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative. *J of Behavioral Medicine.* 2011;34(5):360-71.
13. Benda BB, Corwyn RF. Religion and delinquency: The relation after considering family and peer influences. *J for the Scientific Study of Religion.* 1997;36:81-92.
14. Harden KP. Does religious involvement protect against early drinking? A behavior genetic approach. *J of Child Psychology and Psychiatry.* 2010;51:763-71.
15. Rosen L, Rozhavki V, Levine H, Sela T. Smoking initiation among Israeli adolescents: a 24-year time-to-event analysis. *Prev Med.* 2014;65:141-7.
16. Epps RP, Manley MW, Glynn TJ. Tobacco use among adolescents. Strategies for prevention. *Pediatr Clin North Am.* 1995;42:389-402.
17. Almutairi KM. Smoking among Saudi students: a review of risk factors and early intentions of smoking. *J Community Health.* 2014;39(5):901-7.
18. Menezes AHR, Dalmas JC, Scarinci IC, Maciel SM, Cardelli AAM. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(4):774-84.
19. Lenney W, Enderby B. "Blowing in the wind": a review of teenage smoking. *Arch Dis Child.* 2008;93(1):72-5.
20. Goldfarb LC. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
21. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolesc Health.* 2006;38:472-80.
22. Rew L, Wong YJ. A Systematic review of association among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health.* 2006;38:433-42.

23. Adolfsen F, Strom HK, Martinussen M, Natvig H, Eisemann M. Early drinking onset: A study of prevalence and determinants among 13-year-old adolescents in Norway. *Scand J Psychol.* 2014;55:505-12.
24. Sachs-Ericsson N, Collins N, Schmidt B, Zvolensky M. Older adults and smoking: Characteristics, nicotine dependence and prevalence of DSM-IV 12-month disorders. *Aging Mental and Health* 2011;15(1):132-41.
25. Faerstein E, Chor D, Lopes CdS, Werneck GL. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras de Epid.* 2005;8:454-66.
26. Ludermir, AB; Melo FILHO, DA. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Rev de Saúde Pública,* 2002; 36(2):213-231.
27. Chipimo PJ, Fylkesnes K. Comparative validity of screening instruments for mental distress in Zambia. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2010;6:4-15.
28. Takemura Y, Akanuma M, Kikuchy S, Inaba Y. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. *Prevent Me.* 1999;29:496-500.
29. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev de Psi Clín.* 2003;30(3):221-8.
30. McCloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2003;12(2).
31. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA. Depression and the dynamics of smoking. *JAMA.* 1990;12(264):1541-5.
32. Ribeiro CAC. Desigualdade de oportunidade e resultados educacionais no Brasil. *Dados.* 2001;1(41):41-87.
33. Primack BA, Mah J, Shensa A, Rosen D, Yonas MA, Fine MJ. Associations between race, ethnicity, religion, and waterpipe tobacco smoking. *J Ethn Subst Abuse.* 2014;13(1):58-71.
34. Oliveira HF, Martins LC, Renato LdF, Akerman M. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(2):200-7.
35. Heath AC, Madden PA, Grant JD, McLaughlin TL, Todorov AA, Bucholz KK. Resiliency factors protecting against teenage alcohol use and smoking: influences of religion, religious involvement and values, and ethnicity in the Missouri Adolescent Female Twin Study. *Twin Res.* 1999;2(2):145-55.
36. Pitel L, Geckova AM, Kolarcik P, Halama P, Reijneveld SA, Dijk JpV. Gender differences in the relationship between religiosity and health-related behaviour among adolescents. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:1122-28.
37. Weaver AJ, Flannelly KJ, Strock AL. A review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. *Adolescence.* 2005;40(160):761-76.
38. Almeida RD, Monteiro P. Trânsito religioso no Brasil. São Paulo em Perspectiva. 2001;15:92-100.
39. Fernandes SRA, Pitta M. Mapeando as rotas do trânsito religioso no Brasil. *Religião e Sociedade* 2006;26(2):120-34.
40. Nunes APN, Mariz C, Faerstein E. Religião, trânsito religioso e saúde: Estudo Pró-Saúde. 2015.
41. Fernandes SRA. Sem Religião e Identidades Religiosas - Notas para uma tipologia. *Interseções.* 2008;10:31-46.
42. Bauman Z. O exorcista e o presságio ou os limites modernos e pós modernos do conhecimento Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.

43. Berger P. A Desseccularização do Mundo: uma visão global. In: *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro: CER/ISER; 2001.
44. Jacob C, Heens D, Waniez P, Brustlein V. *Filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil*. Rio de Janeiro Ed PUC/RJ, São Paulo Edições Loyola 2006.
45. Mariz C, Machado MdG. Mudanças recentes no campo religioso brasileiro. *Antropolítica*. 1998;5:21-43.
46. Chen CM. The influence of religious affiliation on heavy drinking, heavy smoking and heavy betel nut chewing. *Addict Behav*. 2014;39(1):362-4.
47. Pierucci A, Mariano R. De olho na modernidade religiosa. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*. 2008;20(2):9-16.
48. Dalgalarondo P, SOLDERA MA ; CORRÊA HR. Jovens Pentecostais e Espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. *J Brasileiro de Psiquiatria*. 2005; 54: 182-190.
49. Scheier LM, Newcomb MD, Skager R. Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent-variable models of three age groups. *J of Drug Education* 1994;24(1):49-82.
50. Prandi R. *A dança dos Cablocos. Uma síntese dos terreiros afro-brasileiros*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
51. Mota CS, Trad LAB. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*. 2011;20:325-37.
52. Ferreti MM, editor *Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças*. Seminário Nacional: *Religiões Afro- Brasileiras e saúde*; 2003; São Luís/MA.
53. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press; 2001.
54. Garrusi B, Nakhaee N. Religion and smoking: A review of recent literature. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(3):279-92.
55. Mason WA, Windle M. Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study. *J of Studies on Alcohol* 2001;62(1):44-53.
56. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav*. 1991;32:80-99.
57. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ. Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. *J Gerontol* 1995;50B.
58. Micheli DD, Formigoni MLS. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares preveem os padrões de uso futuro? . *J Bras de Dependência Química* 2001;2(1):20-30.
59. Hanson GR. *New vistas in Drug Abuse Prevention*. National Institute on Drug Abuse-NIDA. 2002;16(6):3-7.
60. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saude Soc*. 2013;22(4):1024-35.
61. Corrêa DAM. *Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre o processo de recuperação de enfermidades nos grupos de oração de RSS em Maricá, PR*. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006;5(Supp):134-41.
62. Bush J, White M, Rankin J, Bruc RB, Usher J. Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: community based, qualitative study *BMJ*. 2003;326:1-6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, a ênfase em considerar os indivíduos como seres sociais tem permeado vários ramos de estudos epidemiológicos. A experiência do encontro com a doença é penosa, ameaça a ordem e o sentido de organização de vida que uma pessoa estabeleceu para si mesma podendo ameaçar a capacidade de planejar o futuro próximo ou remoto (Primack *et al.*, 2014).

A religião varia de uma época para outra, entre sociedades, gerações, classes sociais e ocupações. Ela desempenha um papel importante na vida das pessoas, umas mais e outras menos. A “cura pela via religiosa”, também denominada de salvação, está relacionada a um cuidado da alma ou do espírito que por sua vez exige mudanças de visão de mundo e de estilo de vida e até mesmo uma adesão mais definitiva ao grupo religioso onde a cura foi buscada e ocorreu.

Este trabalho objetivou compreender, numa população de trabalhadores “saudáveis”, parte da relação entre a religião e a saúde, dada a sua complexidade, possibilitando pensar na associação das crenças e práticas culturais nos hábitos de vida das pessoas, incluindo o cuidado com a saúde.

O primeiro estudo, “Religião, trânsito religioso e saúde: Estudo Pró-Saúde” propôs contribuir para a discussão das formas que os indivíduos vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento, a dor e as buscas de cura religiosa. Vimos que as pessoas que autoperceberam a sua saúde regular/ruim apresentaram, aproximadamente, uma chance 40% mais elevada de mudar de religião em sua trajetória de vida quando comparados àquelas pessoas que não mudaram de religião.

Em relação ao segundo estudo, “Religião, trânsito religioso e tabagismo: Estudo Pró-Saúde” teve o intuito de contribuir para a discussão sobre a associação da religião na escolha

de hábitos de vida das pessoas com um foco para o tabagismo sem a ideia de “prescrever” a religião como forma de “cura”. Observamos que pessoas que passaram a não ter nenhuma vinculação religiosa apresentaram chances mais elevadas de fumar. Essa mesma tendência foi encontrada em pessoas que declaram ser da religião afro-brasileira.

Por fim, cabem algumas considerações importantes a respeito das limitações das análises desta tese.

O envolvimento religioso pode ser descrito em 12 dimensões categorizadas em organização religiosa (frequência de comparecimento em instituições), organização não religiosa (frequência da prática religiosa privada) e espiritualidade (Koenig *et al.*, 2001).

Optamos por trabalhar com a variável “religião” que se refere às crenças, às práticas e ao comportamento que pode incluir a arte, ensinamentos morais, músicas, espiritualidade. No nosso estudo não incluímos nem a frequência religiosa nem a espiritualidade. Essa pode ter uma maior associação com a saúde do que apenas a afiliação religiosa, com tem sido demonstrado por trabalhos científicos principalmente com populações debilitadas (House *et al.*, 1982) além da associação negativa com a mortalidade (McCullough *et al.*, 2000). A espiritualidade parece significar coisas diferentes para diferentes pessoas, refere-se à tentativa de um indivíduo encontrar sentido para a vida e um envolvimento com o transcendente (D’souza e George, 2006). É um processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios (Neto, 1997).

Outra limitação é a dificuldade metodológica para avaliar o trânsito religioso. O movimento de expansão considerando a crescente pluralidade religiosa, que já se apresentava antes de 1999, não foi avaliado nesse estudo. Fizemos a redução do fenômeno do trânsito em apenas dois momentos: religião de criação e religião declarada em 1999. Não foi verificado,

por exemplo, um catolicismo afro-kardecista e nem mesmo o característico fluxo dentro das religiões evangélicas, pentecostais ou protestantes históricas.

Como esse estudo restringiu-se a trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade e, por isso não ser representativo da população geral, recomendamos a realização de estudos posteriores com o emprego de outras metodologias para esclarecer as associações observadas no presente estudo, em especial com desenho longitudinal. De qualquer forma, os dados deste trabalho podem respaldar discussões e trabalhos futuros em torno da questão.

REFERÊNCIAS

- AARON, K. F.; D LEVINE, D.; BURSTIN, H. R. African American church participation and health care practices. **J of General Internal Medicine**, v. 18, p. 908-13, 2003.
- ALMEIDA, R. D. Religião na Metrópole Paulisa. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, p. 15-27, 2004. ISSN 0102-6909.
- ALMEIDA, R. D.; MONTEIRO, P. Trânsito religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, p. 92-100, 2001. ISSN 0102-8839.
- ALVES, R. R. D. N. et al. The influence of religiosity on health. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.
- AWA, F. The role of religion in tobacco control interventions. *Bulletin of the World Health Organization*, v.82, p.894-895, 2004.
- BAHR, S. J. et al. Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. **J Marriage Fam**, v. 60, n. 40, p. 979-92, 1998.
- BAILIS, D. S.; SEGALLA, A.; CHIPPERFIELD, J. G. Two views of self- rated general health status. **Sci Med**, v. 56, n. 2, p. 203-17, 2003.
- BALL, J.; ARMISTEAD, L.; AUSTIN, B. J. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. **J Adolescent Health**, v. 24, n. 4, p. 431-46, 2003.
- BENJAMINS, M. R.; BUCK, A. C. Religion: A sociocultural predictor of health behaviors in Mexico. **J of Aging and Health**, v. 20, n. 3, p. 290-305, 2008.
- BERGER, P. **A Dessecularização do Mundo: uma visão global. In: Religião e Sociedade.** Rio de Janeiro: CER/ISER, 2001.
- BHARMALA, N. et al. The association of religiosity with overweight/obese body mass index among Asian Indian immigrants in California. **Preventive Medicine**, v. 13, 2013.
- BONFATTI, P. **A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus.** São Paulo: Paulinas., 2000.
- BORGES, M.; GOUVEIA, M.; COSTA, J.; PINHEIRO, L.S.; PAULO, S, CARNEIRO, A.V. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. **Rev Port Pneumol**, v.15, n.6, p.951-1004, 2009.
- BORINI, P.; OLIVEIRA, C.M.; MARTINS, M.G.; GUIMARÃES, R.C. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr**, v.43, n.2, p.93-103, 1994.

CAMURÇA, M. O Brasil religioso que emerge no censo de 2010: consolidações, tendências e perplexidades

In: TEIXEIRA, F. e MENEZES, R. (Ed.). **Religiões em movimento: o censo de 2010**
Petrópolis: Vozes, 2013.

CARRANZA, B. **Renovação carismática católica**. Aparecida: Santuário, 2000.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev Psiquiatria**, v. 32, n. 5, p.283-300, 2005.

CHANDRA, M.; G, E. C. Religious involvement, social capital, and adolescents' academic progress: Evidence from the National Education Longitudinal Study of 1988. **Sociological Focus**, v. 34, n. 2, p. 155-183, 2001.

CHESTNUT, A. **Born Again in Brazil. The Pentecostal Boom and the Pathogens of Poverty**. London: Rutgers University Press, 1997.

CHIDA, Y.; STEPSTONE, A.; POWELL, L. H. Religiosity/Spirituality and Mortality. A systematic quantitative review. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 78, 2009.

COHN, Gabriel. **Crítica e resignação**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979

D'SOUZA, R.; GEORGE, K. Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. **Australas Psychiatry**, v. 14, p. 408-412, 2006.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M.A.; CORRÊA, Filho H.R.; SILVA, C.A.M.
Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev Bras Psiquiatr**, V.26, n.2, p. 82-90, 2004.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M.A.; CORRÊA, FILHO, H.R.; SILVA, C.A. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v.54, n.3, p.182-90, 2005.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addict Behav**, v.27, n.1, p.87-100, 2002.

DURKHEIM, É. **Suicide: A study in sociology**. New York: Free Press, 1959.

EL AWA, F. **The role of religion in tobacco control interventions**. Boletim da Organização Mundial de Saúde, p.894-895, 2004.

ELLISON, C. G. Religious involvement and subjective well-being. **J Health Soc Behav**, v. 32, p. 80-99, 1991.

ELLISON, C. G. et al. Religious involvement, stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit area study. **Social Forces**, v. 80, p. 215-249, 2001.

ELLISON, C. G.; LEVIN, J. S. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. **Health Education and Behavior**, v. 25, p. 700-720, 1998.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Rev Bras de Epid**, v. 8, p. 454-466, 2005.

FALCÃO, E. B.; MARIZ, C. L. Mundo Moderno, ciência e secularização. In: IFRJ (Ed.). **Fazer Ciência e pensar a cultura Estudo sobre Ciência e Religião**. Rio de Janeiro, 2006.

FALCÃO, T.J.O.; COSTA, I.C.C. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. **J Bras Pneumol**, v.34, n.2, p.91-7.

FERNANDES, R. C. et al. **Novo Nascimento: Os evangélicos em casa, na igreja e na política**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

FERNANDES, S. R. A. Sem Religião e Identidades Religiosas - Notas para uma tipologia. **Interseções**, v. 10, p. 31-46, 2008.

FERNANDES, S. R. A.; PITTA, M. Mapeando as rotas do trânsito religioso no Brasil. **Religião e Sociedade** v. 26, n. 2, p. 120-134, 2006.

FERRETTI, M. M. Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças. Seminário Nacional: Religiões Afro- Brasileiras e saúde, 2003, São Luís/MA. p.1.

FERRETTI, S. F. Nina Rodrigues e as religiões Afro- Brasileiras. **Cad. Pesq**, v. 10, n. 1, p. 19- 28, 1999.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 3, p. 567-576, 2008.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics self-rated health, and mortality in the US. **Soc Sci Med** v. 56, n. 56, p. 2505-2514, 2003.

FRESTON, P. Breve história do pentecostalismo brasileiro. In: ANTONIAZZI, A. (Ed.). **Nem anjos nem demônios: Interpretações sociológicas do pentecostalismo** Petrópolis: Vozes, 1994.

FRY, P.; HOWE, G. N. Duas respostas à aflição. Umbanda e pentecostalismo. **Debate e Crítica**, v. 6, p. 75-94, 1975.

GARRUSI, B.; NAKHAE, N. Religion and smoking: A review of recent literature. **Int J Psychiatry Med**, v. 43, n. 3, p. 279-92, 2012.

GEORGE, L. K.; ELLISON, C. G.; LARSON, D. B. Explaining the relationships between religious involvement and health. **Psychologic Inquiry**, v. 13, p. 190-200, 2002.

GIANNAKOPOULOS, G; PANAGIOTAKOS, D; MIHAS, C; TOUNTAS, Y. Adolescent smoking and healthrelated behaviours: interrelations in a Greek school-based sample. **Child Care Health Dev**. v. 35, n.2, p. 164-70, 2009.

GIATTI, L.; BARRETO, S. Trabalho feminino e envelhecimento na terceira idade. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, p. 825-39, 2002.

GIUMBELLI, E. **O Cuidado dos Mortos: Uma História da Condenação e Legitimação do Espiritismo**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GREENLAND, S. Ecologic versus individual-level sources of bias in ecologic estimates of contextual health effects **I Journal Epidemiology**, 2001.

GUERRA, L. As influências da lógica mercadológica sobre as recentes transformações na Igreja Católica. **Revista de Estudos da Religião**, v. 2, 2003.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiq Clin**, v. 34, n. supl 1, p. 88-94, 2007.

HARDEN, K. P. Does religious involvement protect against early drinking? A behavior genetic approach. **J of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, p. 763-771, 2010.

HEATH, A. C. et al. Resiliency factors protecting against teenage alcohol use and smoking: influences of religion, religious involvement and values, and ethnicity in the Missouri Adolescent Female Twin Study. **Twin Res**, v. 2, n. 2, p. 145-55, 1999.

HERRERA, S. E. R. Grupos e linhas de pesquisa no campo de estudos da religião no Brasil. **Texto não publicado**, 1999.

HERRERA, S. E. R. **Reconstrução do processo de formação e desenvolvimento da área de estudos da religião nas Ciências Sociais Brasileira**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2004.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. **Am Psychol**. 2003 Jan;**58(1):64-74**.

HOUSE, J. S.; ROBBINS, C.; METZNER, H. L. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. **Am J Epidemiol**, v. 116, n. 1, p. 123-40, 1982

IBGE, Censo 2010. 2010a. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=censodemog2010_relig >.
Acesso em: 15 de agosto.

_____. Censo Demográfico 2010. Trabalho e rendimento. Educação e Deslocamento. 2010b. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000011363712202012375418902674.pdf> >. Acesso em: 03 de março.

IDLER, E.; YAEL, B. Self- health and mortality: a review of twenty- seven community studies. **Journal Health Social Behavioral**, v. 38, n. 1, p. 21-37, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, Programa Nacional de Controle do tabagismo e outros fatores de risco. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo. Acesso em: 10/05/2015

_____. Vigéscola-Vigilância de tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004Bb

JACOB, C. et al. Filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil. **Rio de Janeiro Ed PUC/RJ, São Paulo Edições Loyola** 2006.

JYLHA, M. et al. Is self- rated health comparable across cultures and genders? . **Journal Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 53, p. 144-52, 1998.

KAPLAN, B. H. A note on religious beliefs and coronary heart disease. **J S C Med Assoc**, v. 72, p. 60-64, 1976.

KERR-CORRÊA, F.; SIMÃO, M.O.; DALBEN, I., et al. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. **J Bras Dep Quim**, v.3, n.1, p.32-41, 2002.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. **Int J Psychiatry Med**. 2001;**31(1):97-109**.

_____. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **South Med J**. 2004 Dec;**97(12):1194-200**.

_____. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **Int J Psychiatry Med**, v. 31, n. 12, p. 199-216, 2001.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev de Psi Clín**, v. 34, n. supp 1, p. 5-7, 2007.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.

LEE B.Y.; NEWBERG, A.B. Religion and health: A review and critical analysis. **Zygon**, v.40. p.443-468, 2005.

LEHMANN, D. Esperança e religião. **Estudos Avançados**, v. 26, p. 219-36, 2012.

LENNEY, W.; ENDERBY, B. "Blowing in the wind": a review of teenage smoking. **Arch Dis Child**, v. 93, n. 1, p. 72-5, 2008.

LEVIN, J. S. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. **Soc Sci Med**, v. 43, n. 5, p. 849-64, 1996.

LEVIN, J. S. Religion, health, and psychological well-being in older adults. **J Aging Health** v. 10, p. 504-531, 1998.

LEVIN, J. S.; CHATTERS, L. M.; TAYLOR, R. J. Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. **J Gerontol**, v. 50B, 1995.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO JO, U. E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 6, p. 827-34, 2004.

LÖWY, M. **Redenção e utopia**. São Paulo: Cia. Das Letras, 1989

LUCCHETTI, G.; VALLADA, R. P. Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy. **Culture Medicine Psychiatry**, v. 36, n. 124-35, 2012.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005.

MACHADO, M. D. D. C. **Carismáticos e Pentecostais. Adesão religiosa na esfera familiar**. Campinas/SP: Editoras Autores Associados, 1996.

MANDERBACKA, K.; LUNDBERG, O.; MARTIKAINEN, P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? . **Soc Sci Med**, v. 48, p. 1713-20, 1999.

MARCELLINI, F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr** v. Suppl p. 292-304, 2002.

MARIANO, R. **Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil**. São Paulo: Loyola, 1999

MASON, WA, WINDLE, M. Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study. **Journal of Studies on Alcohol**, v.62, p.44-53, 2001.

MARIZ, C.; MACHADO, M. D. D. C. Sincretismo e Trânsito Religioso: Uma Comparação Entre Pentecostais e Carismáticos. **Comunicações do ISER**, v. 45, p. 24 - 34,, 1994.

MARTIKANEN, P. et al. Reliability of perceived health by sex and age. **Soc Sci Med**, v. 48, n. 8, p. 1117-22, 1999.

MCCULLOUGH, M. E. et al. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. **Health Psychol**, v. 19, n. 3, p. 211-22, 2000.

MEDEIROS, K. M. C. **"O prazer de Jesus é curar": O sentido da cura no discurso pentecostal da Assembleia de Deus**. 2000. (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saude Soc**, v. 22, n. 4, p. 1024-35, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev Bras de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

- MULLER, F; WEHBE, L. Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available treatments. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v.3, n.2, p.285-293, 2008.
- NEGRÃO, L. et al. **Novas tramas do sagrado**. São Paulo: Edusp., 2009. 9–32.
- NETO, F. L. **Psiquiatria e religião- a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. 1997. 375 (livre-docente). Psiquiatria, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- NEVES, D. P. **As “Curas Milagrosas” e a idealização da ordem social**. Niterói: CEUFF, 1984.
- NICHOLSON, A.; BOBAK, M.; ROSE, R. Associations Between Different Dimensions of religious involvement and self- rated in diverse European Population. **Health Psychology**, v. 29, n. 2, 2010.
- NOVAES, R. Jovens sem religião: sinais de outros tempos. In: TEIXEIRA, F. e MENEZES, R. (Ed.). **Religiões em Movimento: o censo de 2010**. Petrópolis Vozes, 2013.
- NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações Sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 415-428, 2013.
- PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- PARGMENT, KI.. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 2004.
- PIERUCCI, A.; MARIANO, R. De olho na modernidade religiosa. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 20, n. 2, p. 9-16, 2008.
- PIERUCCI, A.; PRAND, R. **A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PINTO, M.; UGÁ, M.A.D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1234-1245, 2010.
- POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality. Linkages to physical Health **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.
- PRIMACK, B. A. et al. Associations between race, ethnicity, religion, and waterpipe tobacco smoking. **J Ethn Subst Abuse**, v. 13, n. 1, p. 58-71, 2014.
- PRENDERGAST, M.L. Substance use and abuse among college students: a review of recent literature. **J Am Coll Health**, v.43, n.3, p.99-113, 1994.
- PUCHALSKI, C. M. Religion, medicine and spirituality: what we know, what we don't know and what we do. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. Suppl 1, p. 45-49, 2010.

QUESNEL-VALLÉE, A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for “true”health? **Int J Epidemiol**, v. 36, n. 6, p. 1161-4, 2007.

RAMAKRISHNAN, P. et al. Perspectives of Indian Traditional and Allopathic Professionals on Religion/Spirituality and its Role in Medicine: Basis for Developing an Integrative Medicine Program. **J of Religion and Health**, v.53, n.4, p. 1-15, 2014.

RIBEIRO, C. A. C. Desigualdade de oportunidade e resultados educacionais no Brasil. **Dados**, v. 1, n. 41, p. 41-87, 2001.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Epidemiologia Moderna**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSEMBERG, J. Nicotina: droga universal. São Paulo: SES/CVE, 2003.

RUMSTAIN, A.; ALMEIDA, R. Os católicos no trânsito religioso (p. 31-56)In **TEIXEIRA, Faustino & MENEZES, Renata (org) Catolicismo Plural**: . Petrópolis Vozes. , 2009.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica** v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SALMOIRAGO-BLOTCHER, E. et al. Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative. **J of Behavioral Medicine**, v. 34, n. 5, p. 360-371, 2011.

SAMPAIO, A. et al. **Religião e sociedade em capitais brasileiras**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2006.

STYLIANOU, S. The role of religiosity in the opposition to drug use. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v.48, n.4, 2004.

SILVA JÚNIOR, A.G. Comportamentos relacionados à saúde em escolares do ensino médio em Aracaju – SE – Brasil [dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2005

SINGH, D. K. M.; AJINKYA, S. Spirituality and Religion in Modern Medicine **Indian J Psychol Med**, v. 34, n. 4, p. 399-402, 2012.

SINHA, J.W.; CNANN, R.A.; GELLES, R.J. Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. **Journal of Adolescence**, v.30, p.231-249, n.2, 2007

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E. Religion and Health. **Health Psychol.**, v. 20, n. 3, 2001.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E.; POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **Lancet**, v. 353, p. 664-67, 1999.

SOUZA, B. M. **Sociologia da Religião no Brasil - Revisitando Metodologias, Classificações e Técnicas de Pesquisa**. São Paulo/UMESP - PUC/SP, 1998.

SOUZA, L. A. G.; FERNANDES, S. **Desafios do catolicismo na cidade: pesquisa em regiões metropolitanas brasileiras**. São Paulo, 2002.

SOUZA, M. C. D. et al. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2008.

SUTHERLAND, I.; SHEPHERD, J.P. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents. **Addiction**, v. 96, p.637-40, n.4, 2001.

STOLL, S. J. Religião ciência ou auto ajuda?: trajetos do Espiritismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, v. 45, n. 2, p. 361-402, 2002.

STROTE, J., LEE, J.E.; WECHSLER, H. Increasing MDMA use among college students: results of a national survey. **J Adolesc Health**, v.30, n.1, p.64- 72, 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. Supl. 1, p. 54-64, 2005.

TEIXEIRA, F. Censo de 2010 e as religiões no Brasil: um esboço de apresentação. In: TEIXEIRA, F. e MENEZES, R. (Ed.). **Religiões em movimento: o censo de 2010**. Petrópolis: Vozes, 2013.

VELHO, G. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 440-445, 2003.

VINEIS, P.; AIROLDI, L.; VEGLIA, F.; OLGIATI, L.; PASTORELLI, R.; AUTRUP, H.; et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. **BMJ**, v.330, n.7486, 2005.

WEAVER, A. J.; FLANNELLY, K. J.; STROCK, A. L. A review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. **Adolescence**, v. 40, n. 160, p. 761-76, 2005.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. Brasília: UnB, 1991

WEBER, M. A Psicologia das religiões mundiais. In: GERTH, H. e MILLS, W. (Ed.). **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

WEST, R, MCNEILL A, RAW M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. **Health Education Authority**, v.55, n.12, p.987-99, 2000.

WILSON, DB; SMITH, B.N.; SPEIZER, I.S.; BEAN, M.K.; MITCHEL, K.S.; UGUY, L.S.; et al. Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. **Prev Med**, v.40, n.6, p.872-9.

World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008

YONG, H.-H. et al. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 7, p. 1025-1031, 2009.

ANEXO A- Script no STATA

O Script será dividido em 3 parte. A Parte I será composta pelas análises comuns aos dois artigos. A Parte II fará referência ao artigo I e a Parte III ao artigo II.

Parte I

Abertura do banco de dados:

Use "F:\Doutorado\Tese de doutorado\anapaulaPROSAUDE1999.dta", clear

Criação das variáveis

*/*sociodemográficas*/*

*/*Idade em 4 faixas etárias*/*

gen idade4=.

replace idade4=0 if idadeind<=25

replace idade4=1 if idadeind>=26 & idadeind<=40

replace idade4=2 if idadeind>=41 & idadeind<=55

replace idade4=3 if idadeind>=56 & idadeind<=65

replace idade4=4 if idadeind>65

label define idade4lbl 0"22-25" 1"26-40" 2"41-55" 3"56-65" 4">65"

label value idade4 idade4lbl

tab idade4

*/*Idade em 5 faixas etárias*/*

gen idade5=.

replace idade5=0 if idadeind<=24

replace idade5=1 if idadeind>=25 & idadeind<=34

replace idade5=2 if idadeind>=35 & idadeind<=44

replace idade5=3 if idadeind>=45 & idadeind<=54

replace idade5=4 if idadeind>55

label define idade5 0"<=24" 1"25-34" 2"35-44" 3"45-54" 4">55

label value idade5 idade5lbl

tab idade5

*/*Raça em 4 categorias*/*

gen raca=.

replace raca=0 if e39==3

replace raca=1 if e39==2

replace raca=2 if e39==1

replace raca=3 if e39==4 | e39==5

label define raca 0"branca" 1"parda" 2"preta" 3"amarela/indígena"

label value raca racalbl

*/*escolaridade*/*

gen escola4=.

replace escola4=0 if e35==1| e35==2

replace escola4=1 if e35==3| e35==4| e35==5

replace escola4=2 if e35==6| e35==7

```
label define escola4lbl 0" ensino fundamental completo" 1" ensino médio completo"
2"universitário completo ou +"
label value escola4 escola4lbl
```

```
/*renda per capita*/
rename e33 renda
rename e34 pes_renda
gen renda_pc = renda
recode renda_pc 1=500 2=750 3=1250 4=1750 5=2250 6=2750 7=3500 8=4500
9=5500 77 88=.
gen renda_cat = renda_pc/pes_renda
gen renda_categor = renda_cat/136
gen renda_pcap = renda_categor
sort renda_pcap
recode renda_pcap 0/2.9=1 3/5.9=2 6/42=3
label define renda_pcap 1"<3SM" 2"3 a 6SM" 3">6SM"
label value renda_pcap renda_pcap
drop renda_PC renda_cat renda_categor
tab renda_pcap, m
rename renda_pcap renda4
tab renda4
```

Criando a variável doença

```
gen infartod1=.
replace infartod1=0 if infartod==2
replace infartod1=1 if infartod==1
label define infartod1lbl 0"não" 1"sim"
label value infartod1 infartod1lbl
tab infartod1
tab infartod
gen angina1=.
replace angina1=0 if angina==2
replace angina1=1 if angina==1
label define angina1lbl 0"não" 1"sim"
label value angina1 angina1lbl
tab angina1
tab angina
gen acidente1=.
replace acidente1=0 if acidente==2
replace acidente1=1 if acidente==1
label define acidente1lbl 0"não" 1"sim"
label value acidente1 acidente1lbl
tab acidente1
tab acidente
gen asma1=.
replace asma1=0 if asma==2
replace asma1=1 if asma==1
label define asma1lbl 0"não" 1"sim"
label value asma1 asma1lbl
tab asma1
```

```

tab asma
gen enfisema1=.
replace enfisema1=0 if enfisema==2
replace enfisema1=1 if enfisema==1
label define enfisema1lbl 0"não" 1"sim"
label value enfisema1 enfisema1lbl
tab enfisema1
tab enfisema
gen ulcerano1=.
replace ulcerano1=0 if ulcerano==2
replace ulcerano1=1 if ulcerano==1
label define ulcerano1lbl 0"não" 1"sim"
label value ulcerano1 ulcerano1lbl
tab ulcerano1
tab ulcerano1
gen gastrite1=.
replace gastrite1=0 if gastrite==2
replace gastrite1=1 if gastrite==1
label define gastrite1lbl 0"não" 1"sim"
label value gastrite1 gastrite1lbl
tab gastrite1
tab gastrite4
criar a variável doença
gen doenca41= (infartod1)+ (angina1)+ (acidente1)+ (asma1)+ (enfisema1)
gen doenca5= (ulcerano1)+ (gastrite1)+ (doenca41) +(artrose)+ (diabetes)
gen doenca51=.
replace doenca51=. if doenca5==.
replace doenca51=0 if doenca5==0 |doenca1==1
replace doenca51=1 if doenca5==2
replace doenca51=2 if doenca5>=3 & doenca5<=17
label define doenca51lbl 0 "até 1 doença" 1 " 2 doenças" 2 " 3 ou mais"
label value doenca51 doenca51lbl
tab doenca51variada da associação entre fatores sociodemográficos e de aspectos
de saúde selecionados e tabagismo. Estudo Pró- Saúde, 1999.

```

/*variáveis religiosas de acordo com a categorização do IBGE*/

/***Católica**: Católica Apostólica Romana;

Pentecostal: Evangélica Pentecostal, Assembléia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, O Brasil para Cristo, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus, Casa da Bênção, Casa da Oração, Deus é Amor, Maranata, Tradicional Renovada, Renascer em Cristo, Internacional da Graça Não determinada;

Protestante Histórica: Evangélica Tradicional Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita, ou Não determinada;

Espírita Kardecista: Mediúnica Espírita;

Afro-brasileira: Mediúnica Umbandista e Mediúnica Candomblecista;

Outras religiões: Evangélica Não determinada, Católica Brasileira e Ortodoxa, Néocristã-Mórmon, Neo-cristã-Testemunha de Jeová, Neo-cristã-LBV, Outra Néocristã, Judaica*

```

/*Religião em 1999-religião declarada no dia da entrevista no ano de 1999*/
gen rel4=.
replace rel4=1 if e36==700 /* igreja católica*/
replace rel4=2 if e36==200 |e36==800| e36==1000 |e36==1800| e36==600
/* igreja pentecostais*/
replace rel4=3 if e36==100 |e36==300| e36==1200 | e36==1400 |e36==1500 /*
protestante histórica*/
replace rel4=4 if e36==900 /* espirita*/
replace rel4=5 if e36==500 |e36==1700 /*afro brasiliras= candomblé
e umbanda*/
replace rel4=6 if e36==400 |e36==1100|e36==1300|e36==1600|e36==1900 /*
outras*/
replace rel4=0 if e36==2000 /* n tem religião*/
label define rel4lbl 0"sem religião"1"católico" 4"Esp Kardecista" 3"protestante
histórico" 5"afro-brasileiras" 2"pentecostais" 6"outras"
label value rel4 rel4lbl

```

```

/*Religião em na qual foi criada*/
gen histrel4=.
replace histrel4=1 if e38==700 /* igreja cat[olice*/
replace histrel4=2 if e38==200 |e38==800| e38==1000 |e38==1800| e38==600 /*
igreja pentecostais*/
replace histrel4=3 if e38==100 |e38==300| e38==1200 | e38==1400 |e38==1500 /*
protestante histórica*/
replace histrel4=4 if e38==900 /* espirita*/
replace histrel4=5 if e38==500 |e38==1700 /*afro brasiliras= candomblé e
umbanda*/
replace histrel4=6 if e38==400 |e38==1100|e38==1300|e38==1600|e38==1900 /*
outras*/
replace histrel4=0 if e38==2000 /* n tem religião*/
label define histrel4lbl 0"criado sem religião"1"católico" 4"Esp Kardecista"
3"protestante histórico" 5"afro-brasileiras" 2"pentecostais" 6"outras"
label value histrel4 histrel4lbl

```

/*criando a variável mobilidade religiosa que servirá apenas para originar a variável mudrel4 que está diretamente relacionada com o trânsito religiosos tanto da figura 1 como da tabela4 */

```

gen mobrel4=.
replace mobrel4=0 if histrel4==0 & rel4==0
replace mobrel4=1 if histrel4==1 & rel4==1
replace mobrel4=2 if histrel4==2 & rel4==2
replace mobrel4=3 if histrel4==3 & rel4==3
replace mobrel4=4 if histrel4==4 & rel4==4
replace mobrel4=5 if histrel4==5 & rel4==5
replace mobrel4=6 if histrel4==6 & rel4==6
replace mobrel4=. if histrel4==. | rel4==.
replace mobrel4=7 if histrel4!= rel4

```

label define mobrel4lbl 0" sem rel sempre" 1"católico sempre" 2"Esp Kardecista sempre" 3"Missão sempre" 4"pentecostaissempre" 5"neopentecostais sempre" 6"outras sempre" 7"mudou de rel"

label value mobrel4 mobrel4lbl

/*mudrel foi criada para possibilitar a "formação" do trânsito religioso exposto na tabela4 e na figura 1"

gen mudrel4=.

replace mudrel4=0 if mobrel4==1 | mobrel4==2 | mobrel4==3 | mobrel4==4 | mobrel4==5 | mobrel4==6 /*NMR EXCLUINDO QUEM SEMPRE FOI SEM RELIGIÃO*/

replace mudrel4=1 if mobrel4==0 /* sempre sem religião*/

replace mudrel4=2 if histrel4>=1 & rel4==0 /*MpSR mudaram para sem religião*/

replace mudrel4=3 if rel5 != histrel5

replace mudrel4=. if rel5==. | histrel5==.

replace mudrel4=. if histrel4==. | rel4==.

label define mudrel4lbl 0"NMR(-sempre S/rel)" 1"sempre sem rel" 2"MpSR" 3"MR(-S/rel)

label value mudrel4 mudrel4lbl

/* mudrel41 foi uma variável derivada da mudrel4, permaneceram apenas duas categorias: mudaram de religião e mudaram para sem religião

gen mudrel41=.

replace mudrel41=0 if mudrel4==2 /*MpSR mudaram para sem religião*/

replace mudrel41=1 if mudrel4==3 /*MR*/

replace mudrel41=. if mudrel4==0 | mudrel4==1

replace mudrel41=. if mudrel4==.

label define mudrel41lbl 0"MpSR" 1"MR"

label value mudrel41 mudrel41lbl

/*TRANSITO RELIGIOSO -Criação de variáveis para análise FIGURA 1*/

/* pessoas que deixaram de ser pentecostais*/

gen npent=.

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==0

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==3

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==4

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==6

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==1

replace npent=2 if histrel4==2 & rel4==5

/*pessoas que passaram a ser pentecostais independente da religião ou sem rel de origem

gen novapent=.

replace novapent=0 if histrel4==0 & rel4==2

replace novapent=0 if histrel4==1 & rel4==2

replace novapent=0 if histrel4==3 & rel4==2

replace novapent=0 if histrel4==4 & rel4==2

replace novapent=0 if histrel4==5 & rel4==2

replace novapent=0 if histrel4==6 & rel4==2

/* pessoas que deixaram de ser catolicas*/

gen ncat=.

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==0

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==3

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==4

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==6

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==2

replace ncat=1 if histrel4==1 & rel4==5

/* pessoas que deixaram de ser protestantes historicos*/

gen nprohist=.

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==0

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==1

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==4

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==6

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==2

replace nprohist=3 if histrel4==3 & rel4==5

/* pessoas que deixaram de ser afro brasileira*/

gen nafro=.

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==0

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==1

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==2

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==3

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==4

replace nafro=5 if histrel4==5 & rel4==6

/*pessoas que se tornaram afro

gen novaafro=.

replace novaafro=0 if histrel4==0 & rel4==5

replace novaafro=0 if histrel4==1 & rel4==5

replace novaafro=0 if histrel4==2 & rel4==5

replace novaafro=0 if histrel4==3 & rel4==5

replace novaafro=0 if histrel4==4 & rel4==5

replace novaafro=0 if histrel4==6 & rel4==5

/*pessoas que foram criadas sem religião e procuram qq outra religião*/

gen nsemrel=.

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==1

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==2

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==3

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==4

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==5

replace nsemrel=0 if histrel4==0 & rel4==6

/*pessoas que foram criadas em qq religião e passaram para sem religião*/

gen novasemrel=.

replace novasemrel=0 if histrel4==1 & rel4==0

```

replace novasemrel=0 if histrel4==2 & rel4==0
replace novasemrel=0 if histrel4==3 & rel4==0
replace novasemrel=0 if histrel4==4 & rel4==0
replace novasemrel=0 if histrel4==5 & rel4==0
replace novasemrel=0 if histrel4==6 & rel4==0

```

```

/*pessoas que foram criadas em qq religião ou sem rel e passaram para kardecista*/
gen novakard=.

```

```

replace novakard=4 if histrel4==1 & rel4==4
replace novakard=4 if histrel4==2 & rel4==4
replace novakard=4 if histrel4==3 & rel4==4
replace novakard=4 if histrel4==0 & rel4==4
replace novakard=4 if histrel4==5 & rel4==4
replace novakard=4 if histrel4==6 & rel4==4

```

```

/*pessoas criadas kardecistas e mudou p qq religião ou sem rel*/
gen nkard=.

```

```

replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==1
replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==2
replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==3
replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==5
replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==6
replace nkard=4 if histrel4==4 & rel4==0

```

```

/*pessoas criadas outras e mudou p qq religião ou sem rel*/
gen noutras=.

```

```

replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==1
replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==2
replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==3
replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==5
replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==4
replace noutras=6 if histrel4==6 & rel4==0

```

```

/*pessoas que mudaram de religião quando comparamos a historia religiosa com
religião em 1999. Essa variável é diferente a de mud rel pq nela vem estratificada as
religiões*/

```

```

gen nreltodas=.

```

```

replace nreltodas=0 if nsemrel==0
replace nreltodas=1 if ncat==1
replace nreltodas=2 if npent==2
replace nreltodas=3 if nprohist==3
replace nreltodas=4 if nkard==4
replace nreltodas=5 if nafro==5
replace nreltodas=6 if noutras==6

```

```

tab nreltodas

```

```

label define nreltodaslbl 0"n semrel" 1"ncatolico" 2"npentecostal" 3"nprotestantehis"
4"nkardecista" 5"nafro" 6"noutras"
label value nreltodas nreltodaslbl

```

Antes de iniciar as análises foi necessário excluir aquelas pessoas que não responderam sobre a religião em 1999, religião de criação

```
replace e40=. if histrel4==.
replace idade4=. if histrel4==.
  replace escola4=. if histrel4==.
replace raca=. if histrel4==.
replace e19=. if histrel4==.
replace renda=. if histrel4==.
replace escolapai=. if histrel4==.
replace escolamae=. if histrel4==.
replace escolapaimae=. if histrel4==.
replace fuma4=. if histrel4==.
```

```
replace fuma4=. if mudrel5==.
replace e40=. if mudrel5==.
replace idadeind=. if mudrel5==.
replace idadeind=. if fuma4==.
replace idade4=. if mudrel5==.
  replace escola4=. if mudrel5==.
replace raca=. if mudrel5==.
  replace e19=. if mudrel5==.
replace renda=. if mudrel5==.
replace c10=. if mudrel5==.
replace c19=. if mudrel5==.
replace plano=. if mudrel5==.
replace doenca2=. if mudrel5==.
replace p1ghqdic3 =. if mudrel5==. # usei o ponto de corte 3 p o GHQ
replace p1ghqdic3 =. if mudrel5==.
```

```
replace e40=. if fuma4==.
replace idade4=. if fuma4==.
replace escola4=. if fuma4==.
replace raca=. if fuma4==.
replace e19=. if fuma4==.
replace renda=. if fuma4==.
replace c10=. if fuma4==.
replace c19=. if fuma4==.
replace plano=. if fuma4==.
replace doenca2=. if fuma4==.
replace rel4=. if fuma4==.
replace histrel4=. if fuma4==.
replace rel4=. if
```

PARTE II. Artigo 1. Saúde, religião, trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde.

TABELAS- Coloquei cada tabela e os comandos para a construção da mesma.

```
# autopercepção da saúde
gen auto=.
```



```

replace auto=0 if a1==1 | a1==2
replace auto=1 if a1==3 | a1==4
label define autolbl 0"muito bom/bom" 1"regular/ruim"
label value auto autolbl

```

/*Tabela 1. Características sociodemográficas da população do estudo. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

```

tab idade4 e40, col
tab escola4 e40, col
tab raca e40, col
tab e19 e40, col
tab renda4 e40, col
tab rel4 e40, col
tab histrel4 e40, col

```

/*Tabela 2. Características sociodemográficas da população do estudo segundo a religião declarada em 1999. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

```

.tab idade4 rel4, col chi2
tab escola4 rel4, col chi2
tab raca rel4, col chi2
tab e19 rel4, col chi2
tab renda4 e40, col chi2

```

/*Tabela 3. Características sociodemográficas da população do estudo em relação ao trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

```

tab idade4 rel4, col
tab escola4 mudrel4, col chi2
tab raca mudrel4, col chi2
tab e19 mudrel4, col chi2
tab renda4 mudrel4, col chi2

```

/*Tabela 4. Proporção de participantes segundo religião de criação e de adoção (Fidelidade religiosa). Estudo Pró-Saúde, 1999.*/

```

tab rel4 histrel4, col

```

/*Tabela 5. Proporção de participantes que deixaram a religião de criação de acordo com a de adoção. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

```

tab rel3 histrel4, col

```

/*Tabela 6. Associação entre a autopercepção da saúde e o grupo com religião e sem religião. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

```

tab auto novo, row
xi: logistic novos i.auto4
xi: logistic novos i.auto4 i.e40 i.idade4 i.escola4

```

/*Tabela 7. Associação entre a autopercepção da saúde e o trânsito religioso. Estudo Pró-Saúde, 1999*/

```

xi: mlogit mudrel5 i.auto i.e40 i.idade4 i.escola4, rrr

```

/***Tabela 8.** Associação entra a autopercepção da saúde e afiliação religiosa. Estudo Pró-Saúde, 1999. */

tab rel4 auto, col

xi: logistic i.auto i.rel4

xi: logistic i.auto i.rel4 i.e40 i.idade4 i.escola4

/***Tabela9.** Associação entre a autopercepção da saúde e novo kardecistas e pentecostais. Estudo Pró-Saúde, 1999.*/

xi: logistic i.auto i.novos1999 i.e40 i.idade4 i.escola4

Parte III. Artigo II. Religião, trânsito religioso e tabagismo, Estudo Pró-Saúde, 1999

TABELAS- Coloquei cada tabela e os comandos para a construção da mesma.

Antes de iniciar as análises é necessário excluir quem não respondeu sobre a história religiosa, mudança religiosa ou sobre o fumo.

```
replace e40=. if histrel4==.
replace idade4=. if histrel4==.
replace escola4=. if histrel4==.
replace raca=. if histrel4==.
replace e19=. if histrel4==.
replace renda=. if histrel4==.
```

Excluir quem n tem informação de mudança de religião e sobre fumar

```
replace fuma4=. if mudrel5==.
replace e40=. if mudrel5==.
replace idadeind=. if mudrel5==.
replace idadeind=. if fuma4==.
replace ghqdic=. if fuma4==.
replace ghqdic=. if mudrel5==.
```

```
replace idade4=. if mudrel5==.
replace escola4=. if mudrel5==.
replace raca=. if mudrel5==.
replace e19=. if mudrel5==.
replace renda=. if mudrel5==.
replace c10=. if mudrel5==.
replace c19=. if mudrel5==.
replace plano=. if mudrel5==.
replace doenca2=. if mudrel5==.
```

```
gen idade5=.
replace idade5=0 if idadeind<=24
replace idade5=1 if idadeind>=25 & idadeind<=34
replace idade5=2 if idadeind>=35 & idadeind<=44
replace idade5=3 if idadeind>=45 & idadeind<=54
```

```

replace idade5=4 if idadeind>55
label define idade5 0"<=24" 1"25-34" 2"35-44" 3"45-54" 4">55
label value idade5 idade5lbl
tab idade5
replace e40=. if fuma4==.
replace idade4=. if fuma4==.
replace escola4=. if fuma4==.
replace raca=. if fuma4==.
replace e19=. if fuma4==.
replace renda=. if fuma4==.

```

```

replace c10=. if fuma4==.
replace c19=. if fuma4==.
replace plano=. if fuma4==.
replace doenca2=. if fuma4==.
replace rel4=. if fuma4==.
replace histrel4=. if fuma4==.
replace rel4=. if

```

**Criação das variáveis*/*

```

gen fuma9=.
replace fuma9=0 if c12==2
replace fuma9=1 if fuma==1
replace fuma9=2 if fuma==2
label define fuma9 0"não fumante" 1"fumante" 2"ex fumante"
label value fuma9 fuma9lbl
tab fuma9

```

*/*Tabela 11. Características dos participantes segundo variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde. Estudo Pró-Saúde, 1999. */*

```

replace fuma9=. if c10==.
replace fuma9=. if c19==.
replace fuma9=. if ghq==.
replace fuma9=. if doenca51==.
replace fuma9=. if mudrel8==.

```

```

tab c10 fuma9, col chi2
tab c19 fuma9, col chi2
tab ghq fuma9, col chi2
tab doenca51 fuma7, col chi2

```

*/*Tabela 12. Características dos participantes segundo a religião de criação, adoção, o trânsito religioso e o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999. */*

```

tab rel4 fuma9, col chi2
tab histrel5 fuma9, col chi2
tab mudrel8 fuma9, col chi2

```

/*Tabela 13. Associação entre o tabagismo, trânsito religioso, religião de adoção. Estudo Pró-Saúde, 1999*/

xi: mlogit i.fuma9 rel4 i.e40 i.raca i.e19 i.renda4 i.idade4 i.escola4 i. i.c10 i.c19 i.doenca2, rrr

xi: mlogit i.fuma9 i.mudrel8 i.e40 i.raca i.e19 i.renda4 i.idade4 i.escola4 i. i.c10 i.c19 i.doenca2 , rrr

ANEXO B- Parte do questionário do EPS de 1999 utilizada na tese

A1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1 Muito bom
 2 Bom
 3 Regular
 4 Ruim

A8. Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem...

Para CADA condição ou doença, marque SIM ou NÃO.

Sempre que marcar SIM, informe COM QUE IDADE um MÉDICO lhe informou, pela primeira vez, que você teve ou tem a condição ou doença.

Colesterol alto (gordura no sangue)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Diabetes (açúcar no sangue)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Infarto do miocárdio (ataque do coração)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Angina (isquemia, má circulação no coração)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Úlcera no estômago ou duodeno?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Gastrite?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite/sinovite)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Artrose (artrite, reumatismo)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Acidente vascular cerebral (derrame)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Asma (bronquite asmática)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Enfisema ou bronquite crônica?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Cálculo (pedra) no rim?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Cálculo (pedra) na vesícula?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Hérnia de disco?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Hipertireoidismo (tireóide acelerada)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Hipotireoidismo?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

Tuberculose?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
 2 Não

C10. Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

1 Sim

2 Não

Se **NÃO**, pule para a pergunta **C12**, na página 13

C12. Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou, ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?

1 Sim

2 Não

Se **NÃO**, pule para a pergunta **C18**, nesta página

C14. Você fuma cigarros atualmente?

1 Sim

2 Não

Se **SIM**, pule para a pergunta **C16**, nesta página

C19. Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

1 Sim

2 Não

Se **NÃO**, pule para o **BLOCO D**, na página 15

E19. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
 2 Separado(a), ou divorciado(a)
 3 Viúvo(a)
 4 Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

Se NUNCA CASOU, ou NUNCA VIVEU EM UNIÃO, pule para a pergunta E22, nesta página

E33. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 500 reais
 2 Entre 501 e 1000 reais
 3 Entre 1001 e 1500 reais
 4 Entre 1501 e 2000 reais
 5 Entre 2001 e 2500 reais
 6 Entre 2501 e 3000 reais
 7 Entre 3001 e 4000 reais
 8 Entre 4001 e 5000 reais
 9 Mais de 5000 reais

E34. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.

_____ pessoas

E35. Qual é o seu grau de instrução?

- 1 1º grau incompleto
 2 1º grau completo
 3 2º grau incompleto
 4 2º grau completo
 5 Universitário incompleto
 6 Universitário completo
 7 Pós-graduação

E36. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- 1 Adventista
- 2 Assembléia de Deus
- 3 Batista
- 4 Budista
- 5 Candomblé
- 6 Casa da Benção
- 7 Católica
- 8 Congregação Cristã do Brasil
- 9 Espírita Kardecista
- 10 Evangelho Quadrangular
- 11 Judaica
- 12 Luterana
- 13 Messiânica
- 14 Metodista
- 15 Presbiteriana
- 16 Testemunha de Jeová
- 17 Umbanda
- 18 Universal do Reino de Deus
- 19 Outra (especifique): _____
- 20 Não tenho religião

E38. Em que religião você foi criado(a)? (Se for o caso, marque mais de uma.)

- 1 Adventista
- 2 Assembléia de Deus
- 3 Batista
- 4 Budista
- 5 Candomblé
- 6 Casa da Bênção
- 7 Católica
- 8 Congregação Cristã do Brasil
- 9 Espírita Kardecista
- 10 Evangelho Quadrangular
- 11 Judaica
- 12 Luterana
- 13 Messiânica
- 14 Metodista
- 15 Presbiteriana
- 16 Testemunha de Jeová
- 17 Umbanda
- 18 Universal do Reino de Deus
- 19 Outra (especifique): _____
- 20 Não fui criado(a) em nenhuma religião

E39. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

E40. Qual é o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

E41. Qual é a sua data de nascimento?

_____/_____/_____
 dia mês ano